

XXVI Congresso dell'ALASS

CALASS 2015

Ancona • 3, 4 e 5 settembre 2015

Riassunti



Tema principale: “Tecnologie e salute”

Luogo del Congresso

Facoltà di Economia

Piazzale Martelli, 8

60100 - Ancona

Coordinate GPS 43°37'12.2"N 13°31'02.1"E



ALASS beneficia del supporto di:

Belgique

- Cliniques Universitaires Saint-Luc - Université Catholique de Louvain
- Université Libre de Bruxelles. Hôpital Erasme. Bruxelles
- Santhea, Fédération hospitalière, Bruxelles-Namur
- Centre Hospitalier Universitaire Sart Tilman Liège
- Union Nationale des Mutualités Socialistes. Bruxelles
- Alliance Nationale des Mutualités chrétiennes. ANMC. Bruxelles

Brasil

- Rede de promoção à Saúde. São Paulo

Canada

- Secteur de la Santé Publique, Université de Montréal

España

- O+Berri. Instituto Vasco de Innovación Sanitaria.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Servicio Andaluz de la Salud

France

- IRDES. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Paris
- Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Rennes
- Université Jean Moulin Lyon 3 - IAE Lyon

Italia

- CRISS. Centro interdipartimentale per la Ricerca e l'Integrazione Socio-Sanitaria. Università Politecnica delle Marche. Ancona
- INRCA-IRCCS, Istituto di Ricerca e Cura per gli anziani. Ancona
- A.O.R.N. DEI COLLI MONALDI - COTUGNO – CTO. Napoli

Luxembourg

- Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois. Luxembourg
- Centre de Recherche Public de la Santé. Luxembourg

México

- Departamento de Atención a la Salud, División de Ciencias Biológicas y de la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Repubblica di Moldavia

- Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină. Chisinau

Romania

- Școala Națională de Sănătate publică și Management sanitar. Bucurest.
- Asociația Română de Sănătate Publică și Management Sanitar – ARSPMS

Suisse

- Département de la Santé et de l'Action Sociale. Canton de Vaud. Lausanne

Giovedì, 3 settembre

Orario: 08:00 - 08:45 – **Accoglienza dei partecipanti**

Orario: 08:45 - 09:15 – **Apertura del Congresso**

BENVENUTO – AULA MAGNA

Monica De Angelis, Presidente di ALASS, Italia
Sauro Longhi, Rettore Università Politecnica delle Marche
Francesco Chelli, Preside della Facoltà di Economia
Giovanna Vicarelli, Direttore del CRISS

Orario: 09.15 - 11.00 – **Aula Magna**

Sessione Plenaria

Tecnologie e salute: scenari

Relatori:

Giancarlo Vilella – Direzione generale delle tecnologie Parlamento Europeo

Lo sviluppo delle tecnologie e le conseguenze sul settore sanitario: uno sguardo dall'Europa

Francesco di Stanislao – Facoltà di Medicina, Università Politecnica delle Marche

Le tecnologie organizzative in sanità: quale efficacia?

Claudio Socci – Dipartimento di Economia e Diritto, Università di Macerata

L'impatto economico delle tecnologie in sanità

Giuseppe de Stefano – CSVnet – Osservatorio nazionale del Volontariato

L'umanizzazione fattore qualitativo della tecnologia in sanità: l'apporto del volontariato

Orario: 11.00 –11.30  **PAUSA CAFFÈ**

Orario: 11.30 - 13.15 **SESSIONI PARALLELE**

Sessione 1

Aula 1

Tema: *Tecnologie e processi tecnologici nelle strutture sanitarie*

Presidente: Guy Durant, Président d'honneur ALASS, Belgique

Evaluation des technologies de santé en milieu hospitalier appliquée aux dispositifs médicaux innovants: quelle organisation dans les centres hospitalo-universitaires français ?

Nicolas Martelli, AP-HP, Isabelle Borget, AP-HP e Hélène Van den Brink, GRADES, France.
nicolas.martelli@egp.aphp.fr

Contexte et description du problème :

L'évaluation des technologies de santé (ETS) en milieu hospitalier a comme objectif d'améliorer l'efficacité des décisions concernant l'acquisition de nouvelles technologies et en particulier les plus coûteuses. Appliquée aux dispositifs médicaux, cette démarche intégrée au contexte hospitalier permet de lever un maximum d'incertitudes autour de ces produits de santé qui souffrent généralement d'un déficit d'évaluation avant leur mise sur le marché. De plus, quand ces dispositifs médicaux sont innovants, le recul clinique sur leur sécurité et leur efficacité est d'autant plus faible. Au niveau international, plusieurs modèles d'organisation ont été décrits, se caractérisant par des niveaux de complexité et de champs d'action différents. Les modèles en vigueur dans les hôpitaux français ont été rarement rapportés dans la littérature. Alors que les autorités sanitaires françaises plaident pour une meilleure coordination des activités d'évaluation des dispositifs médicaux innovants avec les centres hospitalo-universitaires (CHU), il n'existe aucune image précise des organisations de l'ETS dans ces établissements de santé.

Objectifs :

L'objectif de ce travail issu de la thèse d'université du premier auteur a été de décrire l'organisation de l'ETS en milieu hospitalier dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) français appliquée à l'évaluation des dispositifs médicaux innovants. En précisant ces modalités d'évaluation, nous avons ensuite cherché à les comparer avec les expériences internationales. Enfin, nous avons essayé de dégager des pistes d'amélioration de ces processus d'évaluation.

Matériel et Méthode :

Nous avons choisi une approche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès de pharmaciens hospitaliers en charge des dispositifs médicaux. Ces investigations ont été menées d'octobre 2012 à avril 2013 dans un échantillon de 18 CHU français. Tous ces entretiens ont été transcrits, puis codés de manière indépendante par deux chercheurs. Une exploitation statistique de ces données a été réalisée notamment en utilisant des analyses de correspondances multiples pour dégager des tendances.

Résultats/Discussion :

Parmi les 18 CHU enquêtés, nous avons mis en évidence 3 processus organisationnels: les commissions des médicaments et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), les commissions des innovations et un processus défini de façon inductive que nous avons appelé « Pharmacien/Direction ». Les COMEDIMS et les commissions des innovations peuvent être complétées par un secrétariat scientifique ou une Cellule innovation, dont la fonction ressemble au modèle des unités d'ETS. Les COMEDIMS seules sont le processus le plus répandu et sont assimilables au modèle des comités internes. Les commissions des innovations constituent un processus émergent, fonctionnant lorsqu'elles sont seules, comme des comités internes, mais plus proches du modèle des unités d'ETS quand elles sont associées à une unité d'évaluation dédiée. En effet, leur activité est exclusivement consacrée à l'aide à la décision à la différence des COMEDIMS. Le processus Pharmacien/Direction est un processus alternatif, reposant essentiellement sur les pharmaciens hospitaliers et permettant de répondre aux cas ponctuels ou aux situations urgentes pour lesquels les deux processus précédents sont moins adaptés. La plupart des COMEDIMS et des commissions des innovations évaluent les demandes de DM innovants de façon multidimensionnelle et répondent ainsi en partie aux canons de l'ETS en milieu hospitalier comme elle a été décrite sur le plan international. L'influence importante de ces évaluations sur la décision traduit selon nous la reconnaissance de ces processus d'évaluation au sein des institutions enquêtées. Enfin, les enquêtés ont suggéré des actions internes et collectives pour améliorer les processus d'évaluation, mais également des voies possibles de structuration d'un réseau autour du partage de ces informations sur le plan national.

Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art :

Ce travail est, à notre connaissance, le premier à s'intéresser à l'organisation de l'ETS en milieu hospitalier en France pour les dispositifs médicaux.

Technologies mobilisées pour évaluer l'utilisation d'un service de soutien postnatal à domicile.

Geneviève Roch, Roxane Borgès Da Silva, Marie-Hélène Deshaies, Louise Hamelin-Brabant, Francine De Montigny, Ginette Mbourou Azizah, Christophe Tremblay e Stéphane Turcotte, Université de Laval, Québec. genevieve.roch@fsi.ulaval.ca

Les centres de ressources périnatales (CRP) reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux sont des organismes à but non lucratif (OBNL) localisés dans huit régions du Québec qui relèvent de l'action communautaire et du mouvement de l'économie sociale. Le soutien que ces organismes offrent à même les réseaux locaux de services de santé se traduit notamment par un programme de soutien postnatal à domicile appelé « relevailles », qui consiste à offrir une assistance familiale afin d'écouter, d'encourager, d'informer et de soutenir l'organisation du quotidien. Dans un contexte d'organisation intégrée des services de santé et des services sociaux, les relevailles se situent comme une innovation sociale qui demeure largement méconnue et pour laquelle aucune donnée d'enquête n'a été compilée à ce jour. Sur la base d'un partenariat avec le Réseau des CRP, plusieurs technologies ont été mobilisées à même un projet de recherche collaboratif afin d'évaluer l'utilisation des relevailles auprès des familles qui y ont recours.

But :1)

Documenter les technologies mobilisées auprès des membres d'OBNL, dans le cadre d'une collecte de données sur l'utilisation d'un service de soutien postnatal à domicile, appelé relevailles; 2) Évaluer l'utilisation des services de relevailles offerts par les CRP à partir d'indicateurs;

Méthode :

Démarche de recherche collaborative réalisée en partenariat avec le Réseau des CRP. Les technologies mobilisées pour permettre la collecte des données d'enquête requises aux analyses sur l'utilisation de services ont d'abord été documentées à partir des thèmes suivants : 1) types de technologies mobilisées; 2) motifs d'introduction; 3) période d'utilisation de chaque technologie; 4) moyens pris pour faciliter l'utilisation ; 5) maîtrise de la technologie par les membres des CRP et de leur Réseau; 6) barrières et facilitateurs à l'utilisation. Les données d'enquête sur les demandes, l'inscription et les visites de relevailles ont été compilées via *LimeSurvey* par les 9 CRP participants durant une période de 12 mois. La construction d'indicateurs d'utilisation des services et analyses descriptives quantitatives ont permis de dégager une appréciation de continuité, de productivité et de globalité pour 8 des CRP.

Résultats :

Un comité formé de représentants des chercheurs et des CRP (N = 9), se rencontrant notamment via *Skype*, a permis la création de fiches d'utilisation de services, pour la demande, l'inscription et les visites de relevailles. Le contenu des fiches a servi au développement d'un outil de collecte de données en ligne *LimeSurvey*, pour lequel du matériel de formation s'adressant aux membres des 9 CRP participants a été développé. Des formations individuelles et de groupe ont été offertes via *Skype* et avec le soutien du logiciel *TeamViewer* pour les démonstrations. Un forum d'échange *Google groups* en ligne a aussi été créé et plusieurs échanges *téléphoniques* et *courriels* ont eu lieu. Deux des six technologies mobilisées (téléphone, courriel) étaient maîtrisées avant l'amorce du projet, pour les 4 autres elles ont été maîtrisées par la majorité des utilisateurs visés grâce aux documents et formations. Seul un des CRP n'a pu rendre ses données via *LimeSurvey*. Le forum en ligne fut davantage utilisé pour consultation que pour échanges. Parmi les facilitateurs, notons : 1) intérêt/engagement des utilisateurs; 2) accessibilité/flexibilité des chercheurs; 3) clarté/simplicité des documents et formations; 4) gratuité des logiciels. Pour les barrières, notons : 1) temps requis; 2) qualité des connexions; 3) limites/mise à jour des logiciels; 4) culture/modalités de travail et 5) renouvellement des effectifs. Au cours d'une période de collecte de données de 12 mois, 404 familles ont reçu des relevailles et un total de 4150 visites ont été réalisées. La concentration des visites sous-jacente à l'indicateur de *continuité* se traduit par une moyenne de 10 visites par famille, ainsi que par une étendue moyenne de 109 jours entre la première et la dernière visite. La *continuité* relationnelle indique que 88 % des visites sont réalisées par la même assistante périnatale. La *productivité* se traduit par un nombre moyen de 4 à 5 visites par mois, dont 3 visites par assistante périnatale. La *globalité* révèle des pourcentages de tâches qui varie pour chaque CRP selon les quatre profils suivants : 1) coaching; 2) instrumental; 3) nounou; 4) équilibré.

Apports et conclusion :

La multiplication de gratuits permet aujourd'hui d'élargir la gamme des moyens mis à contribution pour faciliter la collecte de données permettant l'appréciation des services offerts par les OBNL. Pour en permettre l'utilisation, il importe de considérer le temps et les ressources requises, tout en s'assurant d'un accompagnement flexible et adapté. Grâce aux moyens technologiques mobilisés en partenariat avec les CRP participants, les résultats sur le profil des familles desservies et leur utilisation des relevailles permettent de mieux cerner la contribution de ce programme. Des avenues visant la concertation des services de soutien postnatal gagneraient à être envisagées dans une optique d'organisation régionale en réseau misant sur l'intégration des expertises professionnelles et communautaires.

La cura delle Neoplasie: il trattamento radiante con Protoni, potenzialità e vantaggi. L'esperienza del centro di Protonterapia di Trento.

Sabina Vennarini e Francesco Fellin, Italia

Incorporação de tecnologias de alto custo: análise das tomadas de decisão, em diferentes instituições de saúde

Marcelo Gurgel, Carlos da Silva e Fernando dos Santos Rocha Filho, Universidade Estadual do Ceará, Brasil. marcelo.gurgel@uece.br

Introdução:

A evolução tecnológica em saúde trouxe muitos ganhos importantes para o tratamento e diagnóstico das mais variadas patologias. Entretanto, este ganho veio acompanhado por um aumento de custos que vêm se tornando insustentáveis para os sistemas públicos de saúde e conseqüentemente para a sociedade. Para atender às demandas do processo assistencial e gerencial, faz-se necessário que se implante um modelo de gestão para a tomada de decisão, a fim de otimizar o processo gerencial hospitalar, que é visto hoje como uma empresa.

Objetivo:

Analisar os processos de tomada de decisão, sobre a incorporação de novas tecnologias de alto custo para diagnóstico por imagem.

Métodos:

Estudo transversal, analítico onde, foram realizadas entrevistas semi estruturada com 09 gestores de quatro hospitais de alta complexidade do Ceará – Brasil, sendo dois públicos, um filantrópico e um privado lucrativo, buscando a identificação das tecnologias incorporadas, os atores envolvidos, fluxos e etapas das decisões, prioridades e critérios, assim como o uso de avaliações econômicas das tecnologias. Para os dados empíricos coletados na entrevista, foi utilizado a análise temática, crítica e reflexiva, sobre as percepções e as decisões tomadas de decisão nas incorporações identificadas acima, e análise comparativa entre as várias instituições e o tipo de alternativa tomada para controle, avaliação e monitoramento de aquisições que otimizem a incorporação tecnológica. A análise apoiou-se para a discussão em base teórico-conceitual da Teoria das Decisões, formulada inicialmente por Herbert Simon, o planejamento em saúde com foco em uma situação-objetivo com embasamento de Matus e Paim e os critérios prioritários nas decisões sobre incorporação de novas tecnologias de saúde.

Resultados e discussão:

Hospitais de alta complexidade pesquisados: dois públicos (A e B), um filantrópico (C) e um privado lucrativo (D). Atendem a vários tipos de patologias de clientes, inclusive de outras regiões. Entre 2009 e 2014, foram incorporadas tecnologias de imagem de mais alto custo, desde um equipamento de ressonância magnética, cinco tomógrafos. Cinco para hemodinâmica. Dois para Cintilografia (medicina nuclear). Quatro PACS (*picture archiving and communication system*). Percebe-se que o poder de decisão relativo a aquisição é dos gestores das instituições, assessorados por médicos especialistas e engenheiros clínicos. A informação sobre o tipo de equipamento vem através de fornecedores / representantes comerciais que divulgam seus produtos. Atores do Poder Judiciário avaliam decisões sobre produtos e fornecedores. Equipes especializadas em avaliação tecnológica em saúde, como o CEATS, não foram consultadas, nem representantes dos usuários. Nas tomadas de decisão, os critérios mais valorizados pelos profissionais foram: aplicabilidade da tecnologia no quadro de doenças prioritárias da clientela; efetividade comprovada; segurança. Pelos gestores: custo, impacto orçamentário, características da empresa fornecedora e tipo de contrato. Foram pouco enfatizadas: análises de custo-efetividade; impactos sociais e ambientais e outros, apesar de valorizados no estado da arte. Afirmou-se que nas instituições públicas o tempo de demora dos processos de decisão foram maiores que nas privadas, inclusive devido às exigências legais, como as da lei de licitações públicas.

Contribuições:

Os resultados deste estudo - contextualizado no tempo e local de sua realização - trazem contribuição significativa para uma maior compreensão dos processos e critérios das tomadas de decisão sobre a incorporação de novas tecnologias de imagem de alto custo em hospitais de alta complexidade. Das análises surgem alternativas para otimizar esses processos, como a maior utilização de alguns critérios importantes nas decisões e a participação maior de certos atores, como especialistas em avaliações econômicas, profissionais de saúde, clientes e outros.

L'analyse (amélioration) des processus de soins: plein feu sur les modes de coordination et la continuité informationnelle

André Côté, Angel Ruiz e Daniel Pasco, Université Laval. Faculté des sciences de l'administration. Québec. andre.cote@fsa.ulaval.ca

Depuis plusieurs années, les différentes approches d'optimisation des trajectoires de soins ont apporté des réponses partielles, locales et temporaires à l'objectif qui est de rendre plus fluide le cheminement clinique des patients. (Burns and Pauly 2012, Burns and Pauly 2012)

Notre constat est que ces approches mettent beaucoup trop l'accent sur la formalisation et l'uniformisation des épisodes de soins et pas assez sur les dynamiques sociales qui interagissent au sein et entre les trajectoires de soins.

À cet égard, nous avons développé, lors de travaux précédents, un cadre conceptuel qui a pour objet de lier étroitement les réalités opérationnelles avec les réalités sociales qui régissent le processus de soins. Il accorde une importance prépondérante au jeu de l'acteur en partant du postulat que ce dernier, en tant qu'acteur compétent, soit apte à comprendre les attentes généralisées en regard de son interprétation des expériences passées rapportées ou vécues et de les moduler en fonction de ses préoccupations et de ses attentes particulières. Il accorde également une importance tout aussi prépondérante aux structures sociales (institutionnelles, organisationnelles et relationnelles) qui ont pour objet de coordonner le travail de tout un chacun à l'intérieur du processus de soins. Enfin, le modèle incorpore la notion de continuité informationnelle caractérisée par un tritype d'exigences quant à la disponibilité et à l'accessibilité de l'information (juste et précise) à l'endroit voulu (points de services) et au moment voulu. (Côté A., Demers C. et al. 2007, Côté A. 2007a)

Le but de la présentation à la CALASS est faire le point sur notre projet de recherche qui vise à proposer une preuve de concept pour une approche holistique de la gestion des trajectoires de soins notamment en faisant ressortir l'interdépendance entre la continuité informationnelle, les intervenants, les modes opératoires et les modes de coordination.

Nous partons ici du postulat qu'un système d'information déficient accroît significativement la complexité des modes de coordination. Et que l'efficacité de ce dernier repose sur une transformation des modes opératoires et des routines d'interaction des intervenants impliqués dans la trajectoire de soins.

Pour atteindre cet objectif de recherche, nous avons préalablement :

- Modéliser, à l'aide du cadre conceptuel, les trajectoires de soins étudiés au sein d'une unité de services en relation avec d'autres unités de services ;
- Évaluer/quantifier/comparer l'intensité ou le volume d'activité de chacun des processus identifiés dans le cadre conceptuel par rapport aux autres
- Concevoir un outil pour le diagnostic de la fluidité des activités (optimisation) au sein des trajectoires de soins.

Une partie essentielle de ce modèle étant la continuité informationnelle, nous nous proposons de concevoir un prototype informatique modélisant la CI de la trajectoire étudiée.

Notre investigation empirique s'appuie sur la démarche Soft System Methodology (SSM) développée par Peter Checkland, professeur à l'Université de Lancaster en Angleterre, à la fin des années 1960 (Checkland and Scholes 1990). « Originally it was seen as a modelling tool, but in later years it has been seen increasingly as a learning and meaning development tool. Although it develops models, the models are not supposed to represent the "real world", but by using systems rules and principles allow you to structure your thinking about the real world. The models are neither descriptive or normative, though they may carry elements of both. » (Galliers and Currie 2011)

Utilisée dans le domaine de la santé, la SSM a permis notamment d'améliorer la significativement la qualité de la communication entre différentes unités de soins (Brenton 2007) et s'avère fort utile pour aborder les questions globalement dans un dessein de cibler les activités cliniques à modéliser. (Jacobs 2004)

Au niveau scientifique, cette recherche contribue au développement d'un cadre conceptuel holistique des trajectoires de soins. En effet, malgré l'ampleur des recherches sur les organisations prestataires de soins de santé, aucune ne s'attarde, dans le meilleur de nos connaissances, spécifiquement aux trajectoires patients. Elle sert également à démontrer et à préciser les liens inhérents entre les composants du cadre conceptuel. De manière ultime, cette recherche établira une méthodologie permettant de faire un diagnostic sur l'efficacité et l'efficience d'une trajectoire de soins basée sur l'analyse des processus plutôt que sur des mesures de performance de type entrée/sortie ou encore financière.

Au niveau pratique, les outils dérivés de la méthodologie devraient permettre à l'organisation de s'améliorer en adaptant les processus formels (continuité informationnelle, modes opératoires) de manière à bien compléter les processus informels (aspects cognitifs des intervenants et les modes de coordination) qui sont beaucoup plus difficiles à influencer par l'organisation.

Sessione 2

Aula 2

Tema: *Tecnologie e formazione in sanità - I*

Presidente: Edna Maria Goulart Joazeiro, Hospital de Clínicas UNICAMP, Brazil

Tecnologia de produção do cuidado: experiência inovadora sobre a implantação de uma disciplina de enfermagem na atenção à saúde do homem.

Anderson Reis de Sousa, Michelle Teixeira Oliveira; Aline Macedo de Queiroz; Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia; Álvaro Pereira; Thiago da Silva Santana, Brasil

Utiliser les médias sociaux en sciences infirmières: constats d'expériences d'enseignement.

Isabelle Brault, Québec

A mediação tecnológica integrando e fortalecendo redes na educação e a cooperação entre instituições de ensino da saúde no Brasil.

Ana Cristina Da Matta Furniel, Tania Celeste Nunes, Ana Paula Mendonça e Rosane Mendes, Brasil

O Feedback como ferramenta pedagógica no ensino a distância.

Maria Aparecida Dias, Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Thais Paulo Teixeira Costa e Ingrid Beatriz da Silva, Brasil

Sessione 3

Aula 3

Tema: *Innovazione e tecnologie per la salute e per gli ambienti di vita*

Sessione organizzata da: Sauro Longhi e Andrea Monteriù, Dipartimento di Ingegneria dell'Informazione; Università Politecnica delle Marche

Innovazione e tecnologie per la salute e per gli ambienti di vita.

L. Cavanini, D.Ortenzi, G. Cimini, A. Monteriù, A. Freddi e S. Longhi, Italia

Migliorare il tracciamento del movimento umano in uno scenario di teleriabilitazione.

F. Ferracuti, A. Giantomassi, S. Iarlori, S. Longhi, L. Romeo e F. Verdini, Italia

Un'architettura per la gestione dei disturbi motori nella malattia di Parkinson.

Lucia Pepa, Federica Verdini e Luca Spalazzi, Italia

Applicazione su smartphone per rilevazione di cadute.

G. De Maso Gentile, S. Orcioni, A. Brito e M. Conti, Italia

L'agenda medica NFC.

R. Pellegrini, G. De Maso Gentile, M. Conti, Università Politecnica delle Marche, Italia. m.conti@univpm.it

Riassunti:

Il presente lavoro propone l'uso di moderne tecnologie dell'ICT come smartphone, NFC, internet e le tecnologie web, per realizzare un sistema di assistenza per aiutare il paziente nel portare avanti le proprie terapie. Il sistema realizzato fornisce un calendario e una funzione di memoria delle assunzioni, garantisce l'identificazione del farmaco mediante NFC, permette l'assistenza remota da parte del personale sanitario e dei familiari, i quali possono supervisionare e gestire in tempo reale la terapia. Il sistema inoltre realizza un'informazione centralizzata della situazione terapeutica del paziente, utile per scegliere nuove terapie in maniera compatibile con quelle preesistenti.

Resumen:

En este trabajo se propone el uso de las modernas tecnologías ICT, como las tecnologías de teléfonos inteligentes, NFC, internet y web para crear un sistema de asistencia para ayudar al paciente en la realización de sus terapias. El sistema desarrollado proporciona un calendario y una función de recordatorio de supuestos, garantiza la identificación de la droga a través de NFC, lo que permite la asistencia remota de personal médico y miembros de la familia, que pueden supervisar y administrar el tratamiento en tiempo real. El sistema también crea una cuestión de situación de tratamiento centralizado del paciente, útil para elegir nuevas terapias de una manera consistente con los ya existentes.

Tema: *Tutela della salute del personale sanitario*

Presidente: Carlo De Pietro, Professore di Economia Aziendale, SUPSI, Svizzera

Nuove tecnologie e tutela della salute e della sicurezza sul lavoro degli operatori sanitari.

Bianca Maria Orciani, Italia

La verifica della tutela della salute del personale nel SSN italiano: risultati intermedi di una ricerca economico-aziendale.

Carlo De Pietro, Scuola Universitaria della Svizzera Italiana, Svizzera. carlo.depietro@supsi.ch

Obiettivi della ricerca

Rispondere alle seguenti domande specifiche:

- Quante sono le inidoneità (incidenza e prevalenza) nelle aziende sanitarie pubbliche SSN? Qual è il loro andamento quantitativo nel tempo? Con quale frequenza vengono riviste/revocate?
- Ci sono differenze sistematiche legate a: (i) tipo contratto di lavoro (tempo interminato versus altri) categoria d'inquadramento; (ii) genere; (iii) età; (iv) Regioni (o macro-regioni); (v) tipologia di azienda (ASL, AO, AOU, IRCCS, ecc.); (vi) presenza di attività lavorative su turni anche notturni?
- Quali sono le tassonomie già disponibili per classificare le inidoneità? Quali sono le modalità adeguate per costruirne una efficace ed esaustiva?
- Quali elementi orientano il comportamento/ le decisioni dei medici competenti? (tipologie contrattuali che legano il medico al datore di lavoro; frequenza e profondità dei rapporti tra medico e dipendenti; qualità delle relazioni tra medico e attori aziendali; esperienze individuali relative a profili di responsabilità legale)
- Quali sono le prassi manageriali che prevengono i problemi o ne riducono gli impatti (la metafora della prevenzione)?
- Quali sono le percezioni che i diversi attori del sistema sanitario hanno circa prevalenza e tipo delle inabilità?

Contesto e descrizione del problema

Le aziende sanitarie sono un contesto assai interessante per guardare alle modalità e ai risultati dei sistemi di controllo e tutela della salute dei lavoratori. Tale interesse deriva, nell'esperienza delle aziende sanitarie pubbliche italiane, dall'esse e al contempo organizzazioni nelle quali (i) il lavoro è "usurante" sia sotto il profilo fisico sia sotto quello psichico; (ii) molte attività sono h24; (iii) la cultura burocratica e di tutele del pubblico impiego è assai presente; (iii) l'azione sindacale è tradizionalmente forte.

Negli ultimi anni diversi fenomeni hanno reso più rilevante – e problematica – la gestione di tali aspetti. Primi tra tutti tali aspetti sono certamente (i) l'aumento dei ritmi di lavoro e della sua intensità sia tecnica sia emotiva e (ii) il rapido invecchiamento degli organici aziendali.

Teorie, metodi, modelli, materiali utilizzati

Il progetto di ricerca si avvale di più fonti/strumenti di analisi:

- Comitato guida, che raccoglie esponenti di attori chiave per comprendere il fenomeno nelle sue diverse dimensioni (ANMA, FIASO, IPASVI, Ministero della Salute, organizzazioni sindacali, SIMLII) e discutere i risultati delle analisi quantitative e qualitative (cfr. sotto);
- Rilevazione "quantitativa" (incidenza e tipologia delle limitazioni) (presso un quinto delle aziende pubbliche SSN);
- Rilevazione qualitativa con redazione di casi di studio aziendali, capaci di ricostruire le modalità organizzative di gestione del fenomeno.

Risultati e discussione

Presentazione dei risultati intermedi del progetto: obiettivi, metodologia e difficoltà della rilevazione, prime evidenze “quantitative” (incidenza, prevalenza, tipologia delle limitazioni), prime evidenze qualitative (casi di studio).

Contributo/interesse della comunicazione in rapporto allo stato dell’arte o alle pratiche

Il tema è percepito come particolarmente critico dal management e dagli operatori del sistema sanitario pubblico italiano.

Análise fatorial de instrumento para detecção do assédio moral no trabalho: um estudo com uma amostra de servidores estaduais da saúde.

Iracema Viterbo Silva, Estela M.L. de Aquino e Isabela Cardoso de Matos Pinto, Instituto de Saúde Coletiva. Brasil. iviterbos@yahoo.com.br

Problema:

Em razão das limitações na definição do assédio moral e nas formas de identificá-lo, torna-se cada vez mais relevante o desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis, uma vez que as diferentes formas de tratar o problema criam dificuldades na identificação e estimativa da prevalência do fenômeno, que acaba confundido com outras práticas humilhantes e também prejudiciais. Alguns instrumentos têm sido criados com o intuito de oferecer um diagnóstico mais preciso acerca da ocorrência do assédio moral no trabalho.

Objetivo:

Este estudo tem como objetivo avaliar as propriedades psicométricas do *Negative Acts Questionnaire - Revised*, instrumento para detecção do assédio moral.

Metodologia:

Os dados foram produzidos através de entrevista face a face, com o auxílio de um questionário que trazia em primeiro plano, questões sobre as características sócio-demográficas e laborais. Para investigação do assédio moral foi utilizado o *Negative Acts Questionnaire, Revised* – NAQ-R composto de 22 questões objetivas referentes a atos negativos, com possibilidade de cinco níveis de respostas (*nunca, de vez em quando, mensalmente, semanalmente e diariamente*). Realizou-se uma análise fatorial. Iniciando com o cálculo da matriz de correlação dos itens do instrumento a fim de verificar o grau de associação entre eles. Visando testar a aplicação da Análise Fatorial utilizou-se o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* medida de adequação da amostra, tomando como parâmetro para a sua interpretação os seguintes critérios: Igual ou maior a 0,80, admirável; entre 0,79 e 0,70, mediano; de 0,60 a 0,69, medíocre; de 0,59 a 0,50, ruim; e abaixo de 0,50, inaceitável (Hair Jr et al, 2005) A consistência interna do instrumento foi verificada por meio do Alpha de Cronbach, considerando como satisfatório valor próximo a 1. Para identificação da estrutura e das dimensões presentes no conjunto de variáveis analisadas fez-se uso do método de extração dos Componentes Principais, sendo aplicado o critério de Kaiser que sugere a utilização dos fatores com autovalores (*eigenvalues*) iguais ou superiores a uma unidade. Foram observados os valores das comunalidades e para facilitar a interpretação dos fatores, utilizou-se a rotação varimax ortogonal, levando em conta cargas fatoriais iguais ou maiores que 0,40.

Resultados e Discussão:

Os resultados apontaram para a existência de três dimensões ou variáveis latentes, identificadas como *assédio moral pessoal, assédio moral relacionado ao trabalho, e desqualificação pessoal e profissional*, esta última apenas entre os homens. O instrumento também demonstrou boa consistência interna, sendo o resultado do Alpha de Cronbach igual a 0,79 entre os homens e de 0,82 entre as mulheres. A dimensão *assédio relacionado ao trabalho* esteve correlacionada, entre os homens, com saúde autorreferida (RHO=0,40; p=0,00) e entre as mulheres com satisfação com o trabalho (RHO=0,34; p=0,00). O mesmo ocorreu com o *assédio moral pessoal*, que apresentou correlação com saúde autorreferida entre os homens (RHO=0,35; p=0,02) e entre as mulheres com satisfação com o trabalho (RHO=0,25; p=0,00).

Conclusões e contribuições:

Ante os resultados, acredita-se que o NAQ-R possua um desempenho aceitável a fim de detectar o assédio moral no trabalho, demonstrando habilidade em identificar os atos negativos que caracterizam este tipo de abuso, constituindo-se em um instrumento confiável para a detecção desse fenômeno no ambiente de trabalho em saúde.

El estrès como enfermedad

Rosa Di Meo e Ilaria Bresciani, Dipartimento di Management, Facoltà di Economia "G. Fuà", Università Politecnica delle Marche. Italia. rosadimeo@hotmail.it

Resumo:

Il presente lavoro intende approfondire il tema dello *stress* da lavoro correlato, che si identifica quando le persone percepiscono uno squilibrio tra le richieste avanzate nei loro confronti dal datore di lavoro e le risorse a loro disposizione per far fronte a tali richieste; il fenomeno non può ancora essere configurato come uno stato di malattia, ma è certo che una situazione di prolungata tensione può ridurre l'efficienza sul lavoro e tradursi in un cattivo stato di salute. Il tema è stato partitamente affrontato dall'*Accordo quadro europeo sullo stress nei luoghi di lavoro* dell'8 ottobre 2004, e in Italia si è tradotto nel d. lgs. n. 81/2008.

Resumen:

Con la presente obra se quiere profundizar el tema del estrés laboral con el que se identifica aquel fenómeno que se manifiesta cuando las personas perciben un desequilibrio entre las solicitudes avanzadas a ellos por el empleador y los recursos a su disposición para enfrentar tales solicitudes; el fenómeno todavía no puede ser calificado como un estado de enfermedad, pero es cierto que una situación de tensión prolongada puede reducir la eficiencia en el trabajo y traducirse en un mal estado de salud. El tema ha sido afrontado en los detalles en el acuerdo macro europeo sobre el estrés laboral del 8 octubre 2004, y en Italia ha sido traducido en el d. lgs. n. 81/2008.

Prevalência da Síndrome de Burnout e fatores associados entre Médicos Egressos de Universidade Pública do Nordeste do Brasil.

Edméa Fontes de Oliva-Costa, Tássia Mayara Cardoso Rodrigues, Gilenaldo de Gois, José Cícero da Silva, Flávio Aragão Silva e Enaldo Vieira de Melo, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, Brasil. edmeaolivacosta@gmail.com

Resumo:

OBJETIVO: Estimar prevalência de Síndrome de Burnout (SB) e fatores associados entre médicos egressos de Universidade pública brasileira. **MÉTODO:** Estudo transversal analítico em abril/2015. Participantes responderam um questionário online elaborado pelos autores e a escala Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para a investigação de SB. **RESULTADOS:** Idade média 26,8 anos, variando entre 23 e 30 anos. A prevalência de SB foi de 15,8% quando usado critério tridimensional e 44,7% quando bidimensional. **CONCLUSÃO:** Nosso estudo corrobora com os dados da literatura que demonstram alta prevalência em duas dimensões de SB.

Riassunto:

OBIETTIVO: Per stimare la prevalenza della sindrome del burnout e fattori associati tra i medici brasiliani dell'Università. **METODI :** Studio trasversale in aprile 2015 . I partecipanti hanno risposto un questionario online predisposto dagli autori e la scala Maslach Burnout Inventory (MBI - HSS) per SB . **RISULTATI** L'età media 26,8 anni , compreso tra 23 e 30 anni . La prevalenza di SB era 15,8 % e 44,7 % quando tridimensionale quando bidimensionale. **IN CONCLUSIONE,** lo studio conferma i dati della letteratura dimostrano un'alta prevalenza in due dimensioni SB.

Sessione 5

Aula 5

Tema: *Medici e risorse umane in sanità*

Presidente: Magda Scherer, Professeure de Saúde Pública, Universidade de Brasília

Avaliação de indicadores de saúde de doenças crônicas em população do município de Laranjeiras - Se no Nordes brasileiro de 2009-2013.

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Safira Rios Souza; Silva, Cruz, Maria Eliane de Oliveira, Soraia Silva Candeias, Oscar Donovan Casas Patiño e Veronica de Lourdes Sierpe Jeraldo, Universidade UNIT-Tiradentes. Brasil. criscunhaoliva@yahoo.com.br

Resumo

O presente estudo possui o objetivo de analisar os indicadores de saúde da população de Laranjeiras no Estado de Sergipe de 2009-2013, quanto aos atendimentos relacionados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis e verificar os indicadores de acompanhamento e prevenção. Trata-se de pesquisa transversal com abordagem quantitativa com dados coletados no Sistema de Informação em Saúde/SIS, disponibilizados no DATASUS. A proporção de hipertensos e diabéticos acompanhados no município foi (>95%), mas a razão de exames citopatológicos e de mama não alcançou a meta estadual.

Riassunto

Il presente studio ha come l'obiettivo di analizzare gli indicatori di salute della popolazione di Laranjeiras nello stato di Sergipe dal 2009-2013, quanto agli attendimenti relazionati alle malattie croniche non trasmissibili e verificare gli indicatori di accompagnamento e prevenzioni. Si tratta di una ricerca trasversale di approccio quantitativo con dati raccolti nel Sistema d'informazione in Salute/SIS disponibili nel DATASUS. La proporzione di ipertensivi e diabetici seguiti dal municipio è stata (>95%), ma la ragione di esami citopatologici e di mammografici non è stato raggiunto l'obiettivo statale

Mobilidade dos Médicos no Brasil.

Paulo Henrique D'Ângelo Seixas, Daniel de Araújo Moreira Marques Silvestre, Ana Luiza d'Avila Viana, Liza Yurie Teruya Uchimura e Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira, Brasil

Evolução da mão-de-obra médica na Região Norte do Brasil entre 2010 e 2014: uma análise dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) antes e depois do Programa "Mais Médicos" para o Brasil.

Renato Faria da Gama, Tânia França, Carla Gouvêa e Erica Vanessa Brum Lobo da Gama, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. renatofgama@gmail.com

Resumo:

A Região Norte do Brasil tem baixa densidade de médicos. Em 2014 foram implantadas políticas de direcionamento destes profissionais para a atenção primária prioritariamente para locais com menor contingente médico buscando, entre outros objetivos, minimizar os impactos das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Este estudo utilizou um Sistema de Informações em Saúde (SIS) brasileiro denominado Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) para avaliar os impactos destas políticas nesta região. Concluímos que as políticas federais produziram resultados variáveis em cada um dos sete estados.

Riasunti:

Il Brasil e del Nord ha una bassa densità di medici . Nel 2014 sono statidi mira le politiche messe in atto questi professionisti per cure primarie per le zone a minorricerca contingente medico, tral'altro, a ridurre al minimo l'impattodelle Cure Primarie Condizioni Sensibili (CPCS) . Questo studio ha utilizzato un Sistema Informativo Sanitario (SIS) chiamato Brasiliano Registro Nazionale delle Strutture Sanitarie (CNES) per valutare l'impatto di queste politiche nella regione. Concludiamo che le politiche federali hanno prodotto risultati variabili in ciascuno dei settestati.

Tema: *Tecnologie e salute orale*

Presidente: Giovanna Vicarelli, Direttore CRISS, Italia

Una "rete" per l'assistenza odontoiatrica

Gerardo Ghetti, ANDI Servizi Srl, Italia consulenzasezioni@andiservizi.it

Il modello di assistenza odontoiatrica italiano è peculiare in tutti i suoi aspetti.

L'assistenza pubblica non raggiunge il 10% del totale ed opera quasi esclusivamente per le classi di reddito più basse e comunque secondo 21 diverse normative regionali che si riflettono sul tipo delle prestazioni.

L'assistenza privata copre pertanto oltre il 90% della domanda, senza distinzione di tipologia ed in modo uniforme sul tutto territorio nazionale.

La spesa odontoiatrica privata è tuttora solo parzialmente intermediata ed a differenza di quella medica sono poche le prestazioni garantite e quindi nel suo complesso è da considerare “out of pocket”. L’offerta odontoiatrica è garantita da oltre 43.000 strutture variamente organizzate e che nel 90% dei casi sono Studi Monoprofessionali o Studi Associati di dimensioni comunque ridotte.

L’evoluzione della Professione Odontoiatrica, clinica, tecnologica, economica, relazionale richiede una organizzazione del lavoro innovativa con un approccio alle tante problematiche differente da quello attuale che, nei fatti, non è più adeguato.

E’ impensabile, quanto meno nel breve periodo, la realizzazione di strutture cliniche-odontoiatriche che, riunendo nel proprio interno più dentisti, possano migliorare la gestione clinica e non clinica anche per la forte resistenza del dentista stesso, specie se con una anzianità professionale rilevante e con un proprio studio avviato da anni, che non vuole rinunciare alla propria “indipendenza” forte anche di una scelta forte e consapevole di essere un Professionista Libero.

Tali forme aggreganti rischierebbero inoltre di sminuire quello che è uno dei punti forti e qualificanti dell’attuale modello di assistenza odontoiatrica: la capillare presenza sul territorio, fatto che agevola non poco l’accesso della Popolazione alle cure odontoiatriche.

La soluzione invece può essere rappresentata da una “RETE” che aggregi gli studi odontoiatrici e che permetta la soluzione di una buona parte delle problematiche incumbenti sulla Professione, con particolare attenzione a:

controllo e gestione dei flussi dei pazienti anche con la intermediazione della spesa odontoiatrica
gestione del rischio clinico anche con la realizzazione di prodotti assicurativi mirati
la formazione del Professionista in ambito ECM e non l’informazione e la comunicazione nei confronti dei pazienti e della Popolazione
la realizzazione di quanto previsto dalla legge 81/08 per la sicurezza sul lavoro
il trattamento dei dati sensibili.

Per avere successo la “RETE” deve potersi avvalere della miglior tecnologia disponibile, ma anche rendere essa facilmente accessibile ed utilizzabile, sia in termini di costi che di facile fruibilità.

Rete significa anche e soprattutto “condivisione” che deve diventare non solo modus operandi ma un valore concreto per far fronte alle continue necessità e problematiche dei professionisti, e dare soluzioni alle richieste della società e dei cittadini-pazienti.

La bocca dell’innovazione: tecnologia e progresso s’incontrano nello studio del medico-odontoiatra. Una “bottega” d’avanguardia tecnica, al servizio di un sorriso.

Federico Fabbri, Università Politecnica delle Marche, Italia.

Tecnologia e progresso s’incontrano nello studio del medico-odontoiatra. Una” bottega” d’avanguardia tecnica, al servizio di un sorriso.

Lo studio di un buon odontoiatra è spesso popolato, tra gli arredi, da oggetti che ne caratterizzano l’aspetto, rendendolo somigliante a un laboratorio di strumentid’alta precisione. Nulla di inquietante, niente di simile agli scenari un po’ foschi che la cinematografia hollywoodiana, armata dei suoi budget sterminati e multimilionari, assegna al binomio scienza-tecnologia. Al contrario, questa diade di termini capace di declinare il concetto di progresso, delinea il perimetro di una professione medica e del luogo che essa necessita per operarvici, anche grazie alla relazione proficua con macchine elettromedicali, impianti e tecniche terapeutiche all’avanguardia. Si pensi, ad esempio, agli apparecchi ad ultrasuoni, agenti a specifiche frequenze di risonanze fino a ieri utili alla rimozione della placca batterica calcificata, oggi usati come ausilio chirurgico per operare sui tessuti ossei (implantologia) e sui tessuti minerali dentari (endodonzia) ecc. Esplorando un ipotetico ambulatorio odontoiatrico, potremmo passare in rassegna altre piccole gemme di tecnica medica, dalla comune lampada ad UV, sorgente di energia per catalizzare la reazione di perossido di carbamide e produrre un salutare effetto sbiancante, all’uso del laser, fondamentale per la parodontologia, la chirurgia orale, l’endodonzia e in grado di garantire una rapida guarigione delle ferite e un’applicazione quasi indolore e priva di sanguinamento. L’occhio d’una videocamera di piccolissime dimensioni, permette di accedere a un cavo orale catturandone le problematiche e restituendole, con dovizia di particolari, ai pazienti più curiosi, sullo schermo di un monitor. L’ottica approfondita della camera è indispensabile anche per l’attività diagnostica, poiché consente di osservare, con potenti ingrandimenti, zone altrimenti irraggiungibili. Di grandissima utilità risultano, inoltre, le radiografie RVG, un dispositivo tecnico digitale che riduce l’impatto delle radiazioni per il paziente del 90 per cento e, in pochi minuti, fornisce immagini immediatamente visualizzabili al computer. Per non parlare anche del sempre più diffuso uso della CBCT (cone beam computed tomography) che è una tomografia a fascio conico per acquisire direttamente l’intero volume dell’area

d'interesse operativo, aprendo nuovi orizzonti di precisione e conoscenza anatomica utilissimi negli interventi di estrazioni e disinclusioni di elementi ritenuti, nell'implantologia, nell'ortodonzia, nella parodontologia, nell'endodonzia e nelle patologie del distretto della testa e del collo.

Se poi una dentatura avesse bisogno d'essere ridefinita, un prezioso sistema d'implantologia 3D computer guidata sarebbe in grado di riprogettarla, individuando inclinazione, profondità e dimensione esatta degli impianti guidati da una dima chirurgica in rapporto alla posizione del dente da sostituire e alla conformazione anatomica del paziente. E per la ricostruzione di tessuti di sostegno, e altri elementi? . Oggi esiste la possibilità di fare innesti di osso eterologo particolare (bovino, equino privato del DNA) che funga da nutrizione e stimolazione alla ricrescita dell'osso naturale. Esiste anche la possibilità di prelevare osso autologo da vari siti donatori come il cavo orale stesso, il piatto tibiale, la cresta iliaca, l'osso temporale. Tutto questo è solo un accenno delle infinite ulteriori possibilità a cui la nuova scienza medico-odontoiatrica può accedere e che saranno motivo di ulteriori approfondimenti nelle prossime pubblicazioni. Una "bottega" quindi d'alta innovazione e tecnologia di grande valore scientifico e professionale ,specialmente se è al servizio di un sorriso che è il miglior sintomo di una ottima salute del cavo orale e di tutto l'organismo.

Tendências da produção científica sobre tecnologias em saúde no Brasil 2000 - 2014.

Isabela Cardoso de Matos Pinto, Vinício Oliveira da Silva e Davllyn Santos Oliveira dos Anjos, Brasil

Orario: 13:15 – 14:15



Giovedì pomeriggio – 3 settembre

Orario: 14:15 - 17:35

SESSIONE POSTER I • Zona C

- 1. O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde.**
Helena Eri Shimizu, Aline Silva Amorim e Vitor Laerte Pinto Junior, Brasil
- 2. La violenza contro le donne: una valutazione economica dei costi per il sistema sanitario.**
Clio Ciaschini, Sabrina Di Bitonto, Facoltà di Economia "G. Fuà", Università Politecnica delle Marche. Italia. c.ciaschini@pm.univpm.it

Riassunti

In questa comunicazione si esamina l'incidenza delle regole tecniche nei trattamenti sanitari al fine di individuare quale sia la competenza dell'autorità pubblica di regolare con norme generali, astratte e tecniche la pratica medica. Particolare attenzione è rivolta anche alle lacune ovvero alla mancanza di normazione. Talvolta, infatti, queste ultime possono essere colmate da regole scientifiche, talaltra, al contrario, devono essere intese come divieto assoluto di effettuare quel trattamento.

Résumé

Dans cette communication, nous examinons l'impact des règles techniques dans les traitements médicaux afin d'identifier quelles sont les compétences de l'autorité publique pour réguler avec les règles générales, abstraites et techniques la pratique médicale. Une attention particulière est également accordée aux lacunes ou l'absence de règles. Parfois, en fait, ils peuvent être remplis par des règles scientifiques, parfois, au contraire, doit être comprise comme une interdiction absolue d'effectuer le traitement.

Obiettivi:

Questo lavoro si propone di affrontare la questione degli effetti economici del fenomeno della violenza contro le donne sul sistema sanitario e su quello istituzionale. Ciò al fine di rispondere al

quesito di politica economica volto a sottolineare se sia conveniente mettere in atto politiche di prevenzione, piuttosto che sopportare le conseguenze di tale fenomeno in termini di costo. L'analisi quantitativa fa riferimento a episodi di violenza contro le donne effettivamente verificati così come emergono da atti giudiziari e mira a cercare una loro congruenza con le macrocategorie individuate dall'art.3 della Convenzione di Istanbul del 2013, ratificata dall'Italia nel 2014.

Riguardo ai costi, constatata la necessità di pervenire alla loro quantificazione attraverso metodi e procedure standardizzate e riconosciute a livello internazionale, il primo obiettivo è quello di studiare tra le procedure esistenti le caratteristiche che possono condurre a definizioni condivise internazionalmente.

Un secondo obiettivo concerne l'identificazione di possibili elementi comuni tra i diversi casi di violenza esaminati, per poter associare ciascuna macro categoria definita dalla Convenzione di Istanbul a un insieme di reati rilevati nei fascicoli penali da ricercare nella parte del Codice Penale dedicata ai delitti contro la persona (Libro II, Titolo XII C.P.).

Un terzo obiettivo è costituito dalla individuazione esauriente del background culturale ed economico delle parti coinvolte nei reati, al fine di acquisire informazioni che permettano la definizione di un particolare ambiente o situazione familiare da cui possono trarre origine episodi violenti.

Un quarto obiettivo, infine, riguarda il comportamento in fase processuale degli operatori di giustizia in ordine alle fattispecie di reato contestate.

Metodologia di quantificazione dei costi:

Per la quantificazione del costo di beni e servizi, le metodologie utilizzate sono: il metodo della frazione attribuibile, gli approcci "bottom up" e "top down", e i criteri del: "costo diretto", "costo indiretto" e "costo opportunità". Per la quantificazione dei costi degli intangibili, vale a dire, dolore e sofferenza derivanti da episodi di violenza, si fa riferimento al "metodo del capitale umano" metodo "willingness to pay" e metodo "Disability Adjusted Life Years".

L'analisi statistica è stata condotta tramite l'uso dei software statistico econometrici SPSS e GRETL.

Ulteriori sviluppi:

Ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di standardizzazione si confronteranno i dati della VAW con dati e procedure che emergono dalla contabilità nazionale. Attraverso un confronto con gli aspetti multisettoriali della contabilità nazionale, si potrebbe procedere non soltanto a uno studio dei costi che emergono direttamente, quando bisogna prendere provvedimenti a favore delle vittime, ma anche di quelli a carico di tutta l'economia, cioè di quelli indotti e causati dall'attivazione dei settori produttivi.

3. Os sistemas de informação e o controle de adesão da vacina HPV em um município de Grande Porte do Nordeste brasileiro.

Adenilda Lima Lopes Martins, Kelma Larissa de Oliveira Silva, Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia-Brasil. adenildamartins@hotmail.com

Resumo:

Objetivos: Descrever a utilização dos Sistemas de Informação disponíveis na implantação da vacinação contra o Papillomavírus Humano(HPV)/2014 em Feira de Santana-Bahia- Brasil, destacando seu papel na avaliação da cobertura vacinal e nos eventos adversos notificados. Foi introduzida pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI)/MS para meninas (11 a 13 anos) e indígenas (9 a 13), utilizando esquema estendido. **Métodos:** Estudo descritivo, baseado no SI-PNI disponível no DATASUS/MS, em que foi buscada a cobertura das 1ª e 2ª doses aplicadas por faixa etária. **Resultados:** O SI-PNI registrou uma cobertura = 117,32% da população-alvo na primeira dose e de 72,54% na segunda.

Riassunto:

Obiettivi: Descrivere l'utilizzo dei Sistemi di Informazione disponibili per l'impianto della vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV)/2014 a Feira de Santana-Bahia- Brasile, mettendo in evidenza il suo ruolo nella valutazione della copertura vaccinale e eventi avversi riportati. È stato introdotto dal Programma di Immunizzazione Nazionale (PIN)/MS per le ragazze (11-13 anni) e gli indiani (9-13), con schema esteso. **Metodi:** Studio descrittivo basato sul SI-PNI disponibili in DATASUS/MS in cui si è cercato di coprire la prima e la seconda dosi applicate, per fascia di età.

Risultati: Il SI-PNI ha registrato una copertura = 117,32% della popolazione target nella prima dose, e 72.54% nella seconda.

4. Formação profissional em Saúde: desafios na efetivação de tecnologias em saúde.

Maria Isabel Barros Bellini, Camilla S.Faler, Patricia T. Scherer e Rebel Zambrano Machado, Faculdade de Serviço Social/PUCRS, Brazil maria.bellini@puccrs.br

Introdução:

O Ministério da Saúde e o Ministério da Educação brasileiros tem unido esforços e construído ações e programas em parceria que tem como objeto central a formação profissional em saúde. Neste artigo busca-se refletir sobre a indagação proposta pelo Congresso :Como a formação (acadêmica ou outra) pode contribuir ao desenvolvimento das novas tecnologias para a saúde?Busca-se através de ações articuladas entre estes ministerios a construção de uma formação profissional em saúde que tenha como produto: práticas éticas, humanizadas, reflexivas, e principalmente uma formação profissional que atenda as demandas da realidade em saúde e que possa romper com a tradicional formação estritamente técnica, hospitalocêntrica, curativa, fundada no modelo médico hegemônico.Nesta perspectiva o Ministério da Saúde e a CAPES/Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior propuseram, em 2011, edital voltado a fomentar ações em nível de -graduação comprometendo as instituições de ensino superior com uma formação profissional que participe na consolidação da Política de Saúde. Nesta perspectiva o projeto Integração Entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde (PUCRS), aprovado para este edital tem como um dos principais Objetivos qualificar e ampliar a produção científica, tecnológica e de inovação sobre o tema do ensino e formação na saúde.Ampara-se em Merhy para quem é possível pensar o trabalho em saúde de forma criativa. A analogia criada por Merhycom as três valises em que a primeira contém “os instrumentos (tecnologias duras), na segunda, o saber técnico estruturado(tecnologias leve-duras) e, na terceira,as relações entre sujeitos que só têmmaterialidade em ato (tecnologias leves)”(2002,p.283), é um exemplo adequado para a proposta do projeto aqui tratado. Para esse autor o trabalho em saúde é um trabalho vivo na medida em que “interage com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagemdiversos tipos de tecnologias” (idem,p.282), e essas tecnologias podem se expressar de forma mais criativa ou mais dura.Metodologia:O projeto em tela inclui professores, pesquisadores, mestres, doutorandos, alunos de graduação e de trabalhadores nos estudos e pesquisas e compromete-se com estudos que incidem sobre: formação dos acadêmicos em saúde, capacitação de profissionais e professores, qualificação de trabalhadores em questões de saúde, produção de conhecimentos, experiências, estudos e pesquisas que promovam a intersetorialidade entre as políticas públicas. Seu papel fundamental é promover a integração entre a política de saúde e a universidade e assim elevar o nível de qualidade da formação em nível de graduação e pós-graduação e produção científica na área da educação para a saúde e contribuir para a formação profissional compatível com os desafios da contemporaneidade, com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Ao propor a consolidação, fortalecimento, ampliação e implementação da área de concentração e as linhas de pesquisa relativas ao ensino e formação na saúde, assume que as ações realizadas tem como horizonte e direção social a construção de relações democráticas, a produção social dos direitos e do impacto sobre as práticas profissionais e sociais e a consolidação do SUS. Considerando que a realidade atual exige novos desafios para os profissionais de diferentes áreas do conhecimento ligadas ao setor de saúde para identificar as oportunidades que surgem no dia-a-dia e impõe que as universidades e as políticas, criem novas tecnologias, ferramentas e espaços para a construção de ações que corroboram o acesso efetivo aos direitos historicamente alcançados. Resultados:Em seu quarto ano de implementação o projeto efetivou as seguintes ações: - formação 03 estudantes de mestrado, 01 mestre em treinamento, 03 alunos de doutorado em formação, 01 doutorado sanduíche na Universidade de Guadalajara, participação de vários acadêmicos de Iniciação Científica; - Publicação de 01 coletânea de artigos e pesquisadores acadêmicos ligados ao projeto, tem 04 livros em organização; - Coordenação/Organização de 02 seminários regionais e 01 Seminário Internacional; - Criação de 01 GEPESI/Grupo de Pesquisa em Ensino em Saúde e Intersetorialidade; - Criação de 01 disciplina pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social / PUCRS. Conclusões:O projeto Integração Entre Universidade e Política de Saúde: Intersetorialidade e Ensino em Saúde, está alinhado à política de saúde e promove processos de criação, implementação, gestão e avaliação das ações de saúde bem como o fortalecimento da educação e da formação na saúde “na direção da verdadeira finalidade do

‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das na direção da verdadeira finalidade do ‘trabalho em saúde’: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde” (p.283)

5. **A pesquisa como ferramenta tecnológica: possibilidades de construir respostas em saúde.**
Maria Isabel Barros Bellini, Fátima Barros Plein, Claudia W. Cruz, Antonio Ruas, Daniela C. dos Santos e Silvana Amaro, Faculdade de Serviço Social/PUCRS, Brazil maria.bellini@puccrs.br

Introdução:

O Artigo em tela reflete sobre como a pesquisa em saúde pode contribuir para construir respostas as mais intrigantes indagações como:Quais as tecnologias que permitem a prestação dos cuidados mais apropriados para os pacientes? Nesta direção a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS)re-criou a Coordenação de Pesquisa em amrço de 2015. A ESP foi criada em 11 de julho de 1962, por meio do Decreto Estadual nº 13.812/1962 é mantida pelo Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Secretaria de Estado da Saúde e tem o compromisso com a formação, a educação permanente, a pesquisa e a produção de conhecimentos em saúde em consonância com os preceitos constitucionais e éticos do SUS. Realiza a gestão da educação em Saúde Coletiva no Estado, desenvolvendo ações de formação, educação permanente, pesquisa, extensão e produção de conhecimentos, que contribuam para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e para a promoção da saúde e da qualidade de vida da população gaúcha bem como promove o desenvolvimento e inovação no âmbito científico tecnológico e de acompanhamento dos recursos humanos em saúde.Nesta perspectiva a ESP re-organizou a coordenação da pesquisa a fim de contribuir com subsidios para a promoção e desenvolvimento da educação e da produção de conhecimento no campo da saúde por meio do ensino, da pesquisa, das atividades de extensão educativa, da difusão de informação científica, documental e de educação popular e da articulação interinstitucional e intersetorial. Área de Concentração- Educação Na/Em Saúde(produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação na/em saúde, envolve práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular).A Coordenação De Pesquisa constitui-se em um pólo privilegiado de educação, pesquisa, investigação e construção de conhecimento em saúde, comprometido com a qualidade da gestão, da atenção e do controle social nos serviços de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.Objetivo:Assessorar a direção da ESP na definição da política de pesquisa da instituição;Articular relações com as demais instituições de pesquisa em saúde do estado do RS, bem como com instituições de outros estados da Federação e do exterior, buscando oportunidades de desenvolvimento de projetos interinstitucionais;Atuar como elo de ligação entre os pesquisadores da ESP e entre estes e os pesquisadores dos demais órgãos de saúde da Administração estadual;Atuar como fator de emulação e de estímulo à produção científica da ESP, através da realização de seminários temáticos, fóruns de discussão sobre projetos em andamento, etc.;Deliberar, juntamente com o CEP/ESP, sobre aspectos éticos envolvidos nas pesquisas realizadas no âmbito da ESP.

Composição: Profissionais da ESP vinculados aos diferentes setores (RIS,ETSUS,Políticas Públicas, CEIDS) graduados e/ou pós-graduados e Acadêmicos); ObservaRH-Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ROREHS/ESP. Linhas De Pesquisa: Recursos Humanos em saúde; Gestão, Ensino, Atenção, Participação Popular /Controle Social.

Resultados: em seus 02 meses de existencia a Coordenação de Pesquisa ja tem nucleado a equipe; iniciado o mapeamento das pesquisas realizadas na SES e o mapeamento das teses e dissertações realizadas com recursos do Estado; elaborado uma proposta de evento nacional que esta concorrendo a edital público. É possível refletir que a pesquisa em saúde pode se tornar uma ferramenta tecnológica na medida em que formação de profissionais para a saúde,participa na avaliação das tecnologias sanitárias,e pode ajudar a responder com rigor as seguintes indagações:como os profissionais de saúde se confrontam com as novas tecnologias e como se acostumam com elas? O que as redes podem oferecer para o aprimoramento dos sistemas de saúde? Como a formação (acadêmica ou outra) pode contribuir ao desenvolvimento das novas tecnologias para a saúde? Onde a tecnologia é necessária e onde não o é? .

6. **I diritti dei pazienti nelle cure transfrontaliere: il caso della Romania.**
Berardino Cristino, Programmi di Cooperazione Territoriale Europea presso 't33 Sound Policy srl'. Italia. dino_cristino@yahoo.it

Abstract e obiettivi della ricerca:

In questo poster si mostrano i principali risultati derivanti da un'analisi sul campo relativi al processo di attuazione della Direttiva 2011/24/EU in Romania. L'attuazione delle disposizioni normative contenute nella Direttiva potrebbe rappresentare l'opportunità di intervenire profondamente nel sistema della sanità pubblica romena attraverso scelte strategiche e investimenti da parte del Governo nazionale.

L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di evidenziare le principali opportunità e sfide per le organizzazioni pubbliche e private nel fornire servizi sociali nel contesto dell'implementazione della Direttiva 2011/24/EU concernente i diritti dei pazienti nelle cure sanitarie transfrontaliere, prendendo in considerazione lo sviluppo tecnologico (ad es. domotica, Ambient Assisted Living) e l'importanza della Silver Economy.

Descrizione del problema e del contesto:

Il progetto di ricerca è iniziato dalle domande poste dall'implementazione della Direttiva 2011/24/EU, che rappresentano un'opportunità a investire nel contesto dell'Ambient Assisted Living e nella Silver Economy, attrarre e concentrare risorse alla luce della nuova Politica di Coesione 2014-2020 e nel programma Horizon 2020, migliorare la qualità della salute degli anziani e delle persone più deboli, ridurre i costi ed incrementare l'efficienza.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

La tipologia di ricerca svolta è stata condotta utilizzando un approccio giuridico. Accanto all'analisi della normativa romena e comunitaria nell'ambito delle cure sanitarie, sono state svolte interviste sul campo e verifica delle dotazioni (strumentali/informatiche) di alcune strutture sanitarie pubbliche della città di Braşov.

Risultati:

L'analisi svolta ha individuato potenziali interessi specifici derivanti dall'implementazione della Direttiva 2011/24/EU sia per le organizzazioni pubbliche, sia per quelle private. Quest'ultime potrebbero mappare la potenziale domanda per nuovi servizi e attivare strategie di investimento nel campo dell'automazione, della social innovation e dell'Ambient Assisted Living (ad es. Software per la gestione delle ricette e cartelle cliniche online). Le organizzazioni pubbliche, invece, attraverso l'implementazione della Direttiva comunitaria, potrebbero raggiungere un più alto livello di efficienza ed efficacia attraverso una maggiore attenzione al paziente, una diffusione e uno scambio delle migliori pratiche e un supporto alle attività di ricerca.

7. La TCMD COLON-TC con una capa 64: análisis de parámetros técnicos y optimización del ejecutivo protocolo.

Monica Martellucci, Chiara Lucantoni, Luigi La Riccia, Rosanna Minervini, Barbara Damen, Simonetta Cercaci, Giovanni Mazzoni, Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università Politecnica delle Marche. Italia. monica.martellucci@hotmail.it

Introducción:

La Tomografía de tercera generación representa el sistema base en el cual se han desarrollado los modernos equipos TC multidetector. Esta nueva tecnología ha traído notables mejoras tanto en términos de velocidad de adquisición, que de calidad final de las imágenes gracias a un aumento sustancial de resolución espacial intrínseca. El uso de estas nuevas técnicas ha abierto nuevas perspectivas en el diagnóstico por imagen. El estudio del colon a través de colonoscopia virtual TC es el ejemplo más típico.

Objetivos:

El objetivo del estudio es de analizar y comentar los parámetros técnicos del protocolo TC en vigor, empleado en el Departamento de Ciencias Radiológicas del Hospital Universitario "Ospedali Riuniti di Ancona" para estudiar las patologías del colon. Tras un cuidadoso análisis de los datos recogidos, se consideraron los dispositivos que se pueden poner en marcha con el objetivo de minimizar la dosis media administrada, sin comprometer la eficacia diagnóstica del examen.

Materiales y métodos:

Por medio del sistema RIS/PACS (Centricity/Medora® General Electrics versión 5.0) se han seleccionado retrospectivamente todos los pacientes que han seguido el examen de Colon-TC en TCMD modelo General Electric Light Speed VCT 64 capas desde enero de 2009 hasta agosto de 2014, para un total de 217 casos. A través el uso de Centricity Enterprise Web GE Medical System®

integrado en la red corporativa, se han consultado los datos DICOM relacionados con los parámetros de tomografía y las otras informaciones necesarias para el estudio. Los datos así obtenidos han sido copiados en una página de cálculo Excel y fueron divididos por año. Luego han sido estudiados y comentados los parámetros que caracterizan la adquisición de las imágenes, además se ha puesto la atención sobre cómo estos parámetros sean cambiados durante el período considerado.

Resultados y conclusiones:

De los resultados obtenidos se deduce que el parámetro que más influencia la dosis de radiación administrada al paciente y sobre todo como tiene un amplio alcance para intervenir, son los mA. En particular, se ha visto una notable diferencia, en términos de exposición, entre la adquisición en donde se ha utilizado mA fijos y aquellos en los que se utilizó el sistema de modulación de la corriente "Smart mA". La Colon-TC es una investigación que no requiere una dosis alta para su definición, teniendo en cuenta el contraste intrínseco creado en las estructuras consideradas, todavía hay espacio para contener los mAs empleados, obteniendo, de esta manera, una reducción concomitante de la dosis total administrada. La disminución en mAs puede materializarse a través el uso de mA fijos, sea a través del uso del sistema de modulación de la dosis, la reducción de la rango de mA en su configuración. Los directrices, en realidad, sugieren el uso de los mA menos de 0 igual a 50 mAs en la adquisición de una secuencia en decúbito prono y decúbito supino, obviamente en los casos que requieren de continuar con el estudio del abdomen con la administración del medio de contraste y con excepción de los pacientes con BMI ≥ 25 , cuando una reducción desproporcionada de mA implica una gran pérdida de calidad de imagen. Siempre que sea posible, la contención de las dosis al paciente se puede lograr mediante el uso de dispositivos modernos de reconstrucción iterativo, que no estaba disponible en el equipo utilizado en el presente estudio.

8. Bilancio Sociale ALASS: risultati passati ed obiettivi futuri.

Elisa D'Adamo, Monica De Angelis, Italia

9. Protocolo para la protección en radiología y evaluación del riesgo radiológico en el sector hospitalario.

Sofia Roberta Bernardini, Stefania Maggi, Chiara Ardito, Alberto Mari, Giovanni Mazzoni, Maurizio Puschi e Tersilio Tarabelli, Universidad Politecnica de Marche- Facultad de Medicina y cirugía. Italia. sofi.berna@libero.it; corso.laurea.tsrn@univpm.it

Premisa:

La protección en radiología y la evaluación del riesgo radiológico son los requisitos indispensables para la salud en el sector sanitario, tanto para el técnico como para el paciente. La Protección en radiología se basa en tres principios fundamentales establecidos por ICRP (International Commission on Radiological Protection): práctica justificada, protección y límite en la dosis individual y colectiva. Estos principios han sido impuestos por la dirección de D.L. 230/95 y D.L. 241/00, que establece el respeto en las diferentes actividades.

Introducción:

El protocolo de la protección en radiología está gestionada por algunos directivos de la empresa: el experto cualificado, el empresario, el médico competente y autorizado, y el coordinador. Estas personas tienen el deber de rellenar de forma adecuada y completa la ficha laboral, de supervisar el uso correcto de dispositivos de protección individual, de permitir al trabajador de tener una formación y competencia adecuadas para su protección y de confirmar que las áreas "controladas" y "vigiladas" estén conformes con las leyes vigentes. Además, es fundamental la recogida de material radiológico para estimar el riesgo del técnico y permitir al experto de elegir la correcta clasificación.

Materiales y Métodos:

Se han procesado las cargas de trabajo para las unidades de bloqueo operativo, de la gastroenterología, de urología, de neuroradiología, y de radiología quirúrgica. Dependiendo del tipo de aparato y de la radiación difundida, el papel del técnico y la distancia de apoyo de radiación, del número de operaciones o del tipo de protocolo, de los parámetros predispuestos (Kv, mA, tiempo) y de la técnica de ejecución se ha podido estimar la dosis para los técnicos dotados de dosímetro individual.

Resultados:

Es el resultado de la investigación que los técnicos que llevan a cabo más de una detección están sujetos a mayores dosis y que la técnica fluoroscopia, siendo la más utilizada, hace que el técnico absorba más dosis respecto a la técnica radiográfica. Los enfermeros o los instrumentistas reciben menos dosis que los médicos. En radiología quirúrgica es evidente que los diferentes tipos de aparatos permiten estimar otras dosis. Son evidentes las dosis elevadas en neuroradiología. En fin, el uso del delantal de plomo reduce notablemente la dosis absorbida.

Conclusión:

La evaluación de riesgo radiológico para el personal expuesto a radiaciones ionizantes depende de la correcta individualización de los ambientes y de las actividades a que se exponen, de la correcta valoración de las condiciones de exposición (tempi, Kv, mA) y del correcto uso y mantenimiento de los dispositivos de protección individual. Es necesario un correcto registro de las cargas de trabajo para permitir la clasificación al experto cualificado.

10. **CARDIO-TC: comparaison dose qualité en la utilisation du le gating prospectiv et retrospectiv.**
Rafael Rota, Davide Cicconi, Luigi La Riccia, Daniele Aramini, Rosanna Minervini, Barbara Damen e Giovanni Mazzoni, Universidad Politecnica de Marche- Facultad de Medicina y cirugía. Italia.
rafael.rrota@yahoo.it

Résumé:

La technique «Cardio-TC» devient le gold-standard pour l'étude de la coronaire, c'est pourquoi il est essentiel d'avoir des connaissances sur cette méthode avec les bonnes compétences. En particulier, il est important que le choix du type de gating qui est le mieux adapté pour le sujet. Si le patient a un rythme cardiaque stable et inférieur à 65 BPM est souhaitable l'utilisation de la synchronisation prospective; dans les cas où il est impossible d'obtenir un rythme cardiaque régulier nécessite l'utilisation de synchronisation rétrospective. Le choix du protocole est une étape délicate, en affectant une profonde différence de bénéfice dosimétrique des études prospectives ont comparé les rétrospectives.

Riassunto:

La tecnica "Cardio-TC" si sta affermando come gold-standard per lo studio coronarico, motivo per cui è indispensabile possedere le giuste competenze e conoscenze relative a questa metodica. Risulta importantissima la scelta del tipo di gating che più si adatta al singolo soggetto in esame. Qualora il paziente presenti una frequenza cardiaca stabile e al di sotto dei 65 BPM è auspicabile l'uso del gating prospettico; nei pazienti in cui non è possibile ottenere tale frequenza cardiaca regolare è necessario l'uso del gating retrospettivo. La scelta del protocollo rappresenta una fase delicata, data la profonda differenza dosimetrica a favore degli studi di tipo prospettico rispetto al retrospettivo.

GATING PROSPECTIVE ET RÉTROSPECTIVE: L'acquisition en utilisant synchronization **prospective** est fondée sur l'estimation du taux de temps d'une certaine fraction de intervalle de la RR associé à laquelle vous souhaitez capturer les données de manière axiales CT. Pour une acquisition correcte, il est nécessaire que la fréquence cardiaque reste stable pendant toute la durée de l'examen. Fréquente est l'utilisation de médicaments pour réduire la fréquence à environ 60 bpm. Avec gating **rétrospective**, le TC d'acquisition est de type volumétrique et se produit en continu et synchronisé avec le ECG permettant l'acquisition de l'ensemble du volume du cœur pendant la totalité du cycle. Cette technique permet la reconstruction 4par la sélection d'une phase spécifique du cycle cardiaque, exprimée en pourcentage de l'intervalle RR. Ce type d'acquisition est à privilégier dans tous les cas de rythme cardiaque supérieur à 65 BPM, dans les cas où le patient présente des troubles du rythme ou dans les cas où il ya la nécessité d'achever l'étude morphologique avec une étude fonctionnelle. **MATÉRIAUX ET MÉTHODES:** Nous avons analysé les examens de Cardio-CT pour l'étude de MDCT coronaire effectuée avec un General Electric LightSpeed VCT 64-slice dans la période Janvier 2011-Septembre 2014, sur la base du type de gating et l'utilisation de paramètres techniques et ensemble méthodologique, obtenir une première analyse **quantitative**. L'échantillon a été divisé en groupes selon le sexe et l'âge des sujets, en choisissant comme un facteur discriminant de 50 ans. Ils ont ensuite été distingués quatre groupes: **M + 50** (83 cas), **m-50** (30 cas), **f + 50** (42 cas), **f-50** (11 cas), pour un **total** de 166 cas. Il a ensuite été réalisée puis une **analyse qualitative** des images produites selon un critère d'évaluation qui a pris en compte la technique d'acquisition employée et la dose totale administrée, selon les nombreuses variables associées à ce type de procédure TC. Dans l'analyse des images produites,

ont été pris en compte dans la partie proximale, la médiane et distale de la droite et à gauche des artères coronaires; chaque section a été attribué une note sur une échelle de 1 à 4, 1 étant le score le plus élevé et le score minimum 4. **CONCLUSIONS:** De *analyse quantitative* des données a montré que l'utilisation du protocole prospective représente un petit pourcentage sur la rétrospective avant, depuis son emploi régulier au "Dipartimento di Scienze Radiologiche dell'Azienda Ospedali Riuniti" de Ancône il est récente et surtout, conditionnée par l'inclusion de paramètres stricts décrits. En ce qui concerne les valeurs de kVp employés, la prévalence est jusqu'à 120 kV (81 études), suivie par 100 kV (66 études) et, enfin, à partir de 80 kV (19 études). Ce résultat est stable dans tous les groupes, et est probablement dérivé de la nécessité d'assurer une haute qualité des images basées sur le corps du patient. En ce qui concerne la valeur du tube actuel, aucun groupe n'a jamais tombé en dessous du seuil de 600 mA, étant donné que cela est justifié par la nécessité de bien documenter un cadre plus intime et en mouvement constant. Compte tenu des données concernant le nombre d'examens initialement inclus dans l'étude, on peut noter que persiste un pourcentage d'examens (16% de **m + 50**, + 16% à **50 f** et 6% pour les **m-50**), qui est non complété en raison de la fréquence cardiaque supérieure à 65 BPM, même après la fréquence cardiaque de l'administration du médicament abaissant. Une attention particulière mérite l'application de post-traitement des examens cardio-CT effectuées; données montrent que, parmi les diverses reformatage disponibles, les plus utilisés sont les **VR** (133 reformater), **Lumen** (115 reformater) et **Curved** (136 reformater). Un autre fait digne de mention est l'introduction de la note Protocole de *Calcium Score*, de l'année 2014, pour l'évaluation de calcium coronaire. LA *Analyse qualitative* des données recueillies a mis en évidence les gains substantiels de dose utilisant synchronisation prospective et kilovoltage différente. En particulier, à 80 kV a été détectée une dose économies de 38% dans le groupe **m-50** et 57% dans le groupe **m + 50**; en utilisant 100 kVp il a été constaté une dose économies de 73% dans le groupe **m-50**, 53% dans le groupe **m + 50** et 59% dans le groupe **F + 50**; 120 kVp il y avait une économie de 69% dans le **m + 50** et 65 + 50% dans le groupe **f**. En ce qui concerne la qualité des images produites, la proportion de segments avec une note de 4 est faible par rapport à la somme des segments de mesure (max 6% dans le groupe **m + 50**), en fait la majorité des images analysées reçu une note entre 1 et 3, étant donc adapté pour le diagnostic. L'analyse qualitative susmentionnée a permis de déterminer que le protocole prospectif de Cardio-CT nous a permis d'obtenir des images de haute qualité avec une réduction simultanée de la dose de radiation délivrée varie de 38% à

11. **Analyse et évaluation technique, méthodologique et dosimétrique de la URO-CT: notre expérience avec CT-SCAN 64.**

Chiara Lucantoni, Monica Martellucci, Luigi La Riccia, Daniele Aramini, Gabriella Pascucci, Federica Marchetti e Giovanni Mazzoni, *Università Politecnica de Marche- Facultad de Medicina y cirugía. Italia.* chiara.lucantoni@hotmail.it; corso.laurea.tsrn@univpm.it

Introduction:

L'avènement du multidétecteur, en plus de permettre une réduction progressive du temps de l'acquisition et un affinement concomitant de la résolution spatiale et du contraste, a également permis une évaluation dynamique des structures anatomiques de l'abdomen, en utilisant une analyse temporelle du contraste des tissus normaux et pathologiques.

Objectifs:

Le but de cette étude est d'analyser et d'évaluer la procédure d'examen Uro-Tomographie Computerisée (Uro-CT) du point de vue technique, méthodologique et dosimétrique par référence au protocole d'exploitation employée dans le Département des Sciences Radiologiques de l'Hôpital universitaire de Ancona pour l'étude des maladies de l'appareil urinaire. Après une analyse approfondie des données recueillies sur les paramètres techniques utilisés, nous mettons en évidence les avantages et les limites du protocole d'exploitation appliqué jusqu'ici, en identifiant comment optimiser ce processus, afin de permettre le meilleur rapport entre la qualité de l'image et la dose d'exposition.

Matériel et méthodes:

On a été obtenus de RIS / PACS (Centricity / Medora® General Electric version 5.0), rétrospectivement, les données des patients qui ont effectués l'examen Uro-CT sur CT-scan multidétecteur (MDCT) modèle General Electric LightSpeed VCT 64 barrettes au cours de la période du temps du 1 Janvier 2011 au 31 Août 2014. On a été sélectionnés un total de 362 patients âgés entre 16 et 92 années, 254 hommes et 108 femmes. Les données des patients sont servis pour

rechercher les paramètres d'acquisition CT de chacune des séquences réalisées, extrapolées des informations DICOM, et les procédures du post-traitement, qui ont été traitées par l'utilisation de GE Centricity Enterprise Web médical System® intégré dans le réseau de l'entreprise. Les paramètres techniques examinés sont: kVp, l'épaisseur nominale de la couche, le temps d'exposition, le courant dans le tube, le filtre de convolution, le temps de rotation du tube, l'épaisseur de collimation simple, la collimation du faisceau, le pitch et l'indice de bruit. On a aussi été examinés le post-traitement et l'agent de contraste utilisé avec la relative quantité, se ils ont été indiqués dans le rapport. Enfin les valeurs de CTDIvol, DLP de chaque phase et DLP total ont été détectés, dérivés à partir du rapport de dose. Toutes les informations obtenues ont été rapportées sur les feuilles de calcul Microsoft Office Excel 2007. Les modifications des différents paramètres au cours de la période considérée ont été détectées par la construction des graphiques, obtenus à partir des tableaux Excel.

Résultats et conclusions:

L'indice de bruit est le paramètre qui contribue le plus à l'endiguement de la dose utilisée dans les études réalisées entre 2011 et 2014, parce qu'il était l'un des paramètres à avoir subi d'importants changements, en conduisant à une réduction progressive de CTDI et DLP. À partir de cette on en déduit combien c'est important d'opter pour une modulation des autres paramètres techniques afin d'obtenir des résultats optimaux du point de vue de la dose délivrée au patient. Dans le détail on serait souhaitable une réduction du kilovoltage basé sur les patients avec un BMI <25: pour ces patients, l'utilisation de 80 ou 100 kVp dans les séries artérielle et urinaire, en plus de contenir sensiblement la dose délivrée, il permettrait une augmentation considérable du enhancement contrastographique dans le rapport de l'énergie caractéristique (k-edge) de l'iode. Aussi l'adoption d'une intensité du courant au tube réduite, en particulier dans la phase caractérisante l'uro-CT, en utilisant un courant fixé au tube dès que possible, conduirait à une réduction significative de la dose totale délivrée. Cependant, il est important de souligner que l'examen uro-CT, comme beaucoup d'autres examens, ne peut pas être standardisé dans sa totalité, parce que sa réalisation devrait être «sur mesure» en fonction du type du patient et des indications cliniques qui ont motivées la requête.

12. Agli albori della sanità italiana nella legislazione dello Stato pontificio.

Andrea Betto e Marta Cerioni, Universidad Politecnica de Marche, Italia. A.BETTO@TISCALI.IT

Riassunto:

Il presente lavoro intende ricostruire i tratti fondamentali della normativa pontificia di primo Ottocento in materia di sanità marittima, contenuta nel *Motu Proprio* di Papa Pio VII del 25 novembre 1818 e nel successivo *Regolamento per la pratica esecuzione del Codice di sanità marittima pei porti e lidi dello Stato pontificio*. Tali atti normativi disegnano un articolato sistema di norme sostanziali e processuali, che ordina e raccoglie, codificandola, la legislazione precedente, d'antico regime e anche del periodo napoleonico, costituendo un elaborato corpo organico di regole, in grado di disciplinare ogni aspetto della materia. Tale codice è il frutto della lunga elaborazione normativa e giurisprudenziale d'antico regime, maturata nella dialettica tra diritto di fonte pontificia e diritto particolare delle magistrature delle autonomie comunali. La città di Ancona spicca in questo per la sua lunga e significativa tradizione normativa e amministrativo-giudiziaria in tema di sanità marittima. Ancona si è data regole proprie e ha istituito una magistratura apposita, i Provvisori di Sanità, attiva dal 1430 fino al 1810. Le vicende processuali dell'Ufficio di Sanità di Ancona rappresentano una testimonianza rilevante per la storia del diritto sanitario marittimo, segnando, nel loro sviluppo, l'autorevolezza e l'orgogliosa autonomia di tale magistratura e della città, rispetto a Roma e rispetto alle altre Nazioni, prima tra tutte la rivale Venezia; autonomia sempre a rischio e, nel corso del Settecento, e mano a mano sempre più flebile rispetto agli organi giudiziari centrali dello Stato pontificio e del Delegato pontificio per le Marche. Il Codice del 1818 assegna ad Ancona la sede del nuovo magistrato centrale di sanità, con giurisdizione molto estesa, dal Po al Tronto, che agisce tuttavia quale rappresentante del Tribunale supremo di sanità di Roma, ed è direttamente presieduto dal Delegato. Sul Tirreno il Tribunale supremo agisce per mezzo della Commissione di Civitavecchia, che ha funzioni esecutive.

Il Codice è distinto in undici Titoli: *'Disposizioni generali, Delle fedi di sanità, e dei costituiti, Della contumacia, Dei naufragi, Dei gettiti di mare, Dei cordoni sanitari, Dei magistrati di sanità (sezione I, Del magistrato centrale di Ancona, Il Della Commissione di Civitavecchia), Delle attribuzioni del magistrato di sanità, Degli uffici di sanità, Disposizioni penali (Lesa maestà, Pena di morte, Ferri in perpetuo, Opera a tempo), Delle spese.'* Il Regolamento di esecuzione si divide in sei Capi: *'Delle fedi di sanità, e costituiti'*, con una apposita sezione dedicata a *'Disposizioni particolari pel porto di*

Ancona, Della contumacia, Dei Naufragi, Dei gettiti di mare, Dei cordoni sanitarj, Dei magistrati e impiegati di sanità’.

L’esposizione della disciplina del codice pontificio è preceduta da una breve ilustración storica de la estructura e de las funciones de la precedente magistratura de antiguo regimе, l’Ufficio dei Provvisori di sanità di Ancona e dalla discusión de algunos casos procesales da essa trattati del siglo XVIII, rilevanti in se per evidenziare gli istituti più importanti e ricorrenti del diritto sanitario marittimo e per dar conto del progressivo at-tenuarsi dell’autonomia di tale magistratura rispetto all’autorità pontificia. Dopo pochi cenni alla normativa propria del periodo rivoluzionario e napoleonico (Repubblica Romana e Regno d’Italia), si affronta la trat-tazione sistematica del testo di Pio VII, che ordina gli istituti sostanziali frutto di lunga elaborazione d’antico regimе e introduce un nuovo sistema giudiziario. La normativa pontificia della Restaurazione, pur facen-do tesoro della tradizione d’antico regimе, accoglie e valorizza l’afflato sistematico e centralistico delle legislazioni napoleoniche: le procedure sono più chiare e ordinate, l’autorità è indiscutibilmente quella pontifi-cia. La funzione amministrativa di sanità comincia ad assumere, nelle terre del Papa, tratti di sistematicità e universalità che presenta ancora oggi.

Resumen:

El presente trabajo quiere reconstruir los rasgos fundamentales de la normativa pontificia de primeros del siglo XIX en materia de salud marítima, contenida en el Motu Proprio de Papa Pio VII del 25 de noviembre de 1818 y en el sucesivo 'Reglamento para la práctica ejecución del Código de salud marítima para los puertos y costas de los Estados Pontificios'. Tales actos normativos dibujan un articulado sistema de normas sustanciales y procesales, que ordena y recoge, codificando la legislación anterior del antiguo régimen y también del período napoleónico, constituyendo un elaborado cuerpo orgánico de reglas, capaz de disciplinar cada aspecto de la materia. Tal código es el fruto de la larga elaboración normativa de la jurisprudencia del antiguo régimen, en la experiencia dialéctica entre derecho de fuente pontificia y el derecho particular de las magistraturas de las autonomías municipales. La ciudad de Ancona destaca en esto por su larga y significativa tradición normativa y administrativo-judiciaria en tema de salud marítima. Ancona se ha dado reglas propias y ha instituido una magistratura adecuada, los Provisionales de Salud, activa desde 1430 hasta 1810. Los actos procesales de la Oficina de Salud de Ancona representan un testimonio relevante en la historia del derecho sanitario marítimo, señalando, en su desarrollo, la autoridad y la orgullosa autonomía de la magistratura y de la ciudad, con respecto a Roma y con respecto a las demás Naciones, en primer lugar la rival Venecia; autonomía siempre en riesgo a lo largo de los siglos XVI y XVII y, cada vez más débil con respecto a los órganos judiciales centrales del Estado pontificio y del Delegado pontificio en las Marcas. El Código de 1818 asigna a Ancona la sede del nuevo magistrado central de salud, con jurisdicción muy extensa, desde el Po al Tronto, que actúa, sin embargo, como representante del Tribunal supremo de salud de Roma, y está presidido directamente por el Encargado. En el Tirreno el Tribunal supremo actúa a través de la Comisión de Civitavecchia, que tiene funciones ejecutivas. El Código está constituido por once Títulos: *‘Disposizioni generali, Delle fedi di sanità, e dei costituiti, Della contumacia, Dei naufragi, Dei gettiti di mare, Dei cordoni sanitarj, Dei magistrati di sanità (sezione I, Del magistrato centrale di Ancona, Il Della Commissione di Civita-vecchia), Delle attribuzioni del magistrato di sanità, Degli uffici di sanità, Disposizioni penali (Lesà maestà, Pena di morte, Ferri in perpetuo, Opera a tempo), Delle spese.*’ El Reglamento de ejecución se divide en seis Capítulos: : *‘Delle fedi di sanità, e costituiti*’, con una apposita sezione dedicada a *‘Disposizioni particolari pel porto di Ancona, Della contumacia, Dei Naufragi, Dei gettiti di mare, Dei cordoni sanitarj, Dei magistrati e impiegati di sanità*’. La exposición de la disciplina del código pontificio es precedida por una breve ilustración histórica de la estructura y de las funciones de la anterior magistratura del antiguo régimen, la Oficina de los Provisionales de salud de Ancona y de la discusión de algunos casos procesales del siglo XVIII , relevantes en sí para evidenciar los institutos más importantes y recurrentes del derecho sanitario marítimo y para dar cuenta del progresivo reducirse la autonomía de tal magistratura con respecto a la autoridad pontificia. Después de mencionar la normativa propia del período revolucionario y napoleónico (República romana y Reino de Italia) se afronta la disertación sistemática del texto de Pio VII, que ordena los institutos sustanciales fruto de larga elaboración del antiguo régimen e introduce un nuevo sistema judicial. La normativa pontificia de la Restauración, incluso teniendo en cuenta la tradición del antiguo régimen, acoge y valoriza la inspiración sistemática y centralística de las legislaciones napoleónicas: los procedimientos son más claros y ordenadas, la autoridad es indiscutiblemente la pontificia. La función administrativa de salud pública empieza a asumir, en las tierras del Papa, signos de sistematicidad y universalidad que todavía presenta hoy.

13. **O blog As palavras na ponta-da-língua eo uso de recursos da internet para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas no campo da Neurolinguística.**
Marcus Vinicius Borges Oliveira, Rosana do Carmo Novaes Pinto, Brasil
14. **Avaliação das modificações linguístico-cognitivas após realização de estimulação cerebral profunda (DBS) na doença de Parkinson: um estudo comparativo pré e pós- cirúrgico.**
Maira Camillo, Brasil
15. **Table des interdépendances et de production d'un hôpital.**
Barbara Kulaga e Rosita Pretaroli, Facoltà di Economia "G.Fuà", Università Politecnica delle Marche, Italia. antiope388@msn.com

Riassunto:

La ricerca è volta ad analizzare l'attività produttiva dell'Ospedale come fenomeno complesso che si sviluppa attraverso un "impianto" ad alta connotazione tecnologica. L'Ospedale viene considerato come insieme di Reparti distinguibili per la specificità della prestazione erogata e/o per la tecnologia utilizzata. Il Reparto dell'Ospedale può considerarsi a tutti gli effetti un "sotto-impianto" per il quale può essere definita ogni fase di lavorazione. Dunque sotto questo profilo la produzione dell'Ospedale è a sua volta costituita dalla produzione dei Reparti, i quali, per generare le prestazioni, assorbono risorse (prestazioni di altri reparti, beni intermedi, servizi di lavoro e capitale) secondo una determinata regola tecnico-produttiva che è specifica di ogni patologia trattata.

Data questa complessità, la produzione dell'Ospedale può essere analizzata e controllata da un punto di vista economico attraverso uno strumento multisettoriale che prende il nome di Tavola delle Interdipendenze e della produzione (TIP). L'obiettivo della ricerca è in primis effettuare l'analisi di efficienza delle singole produzioni, al fine di poter avere, in una prospettiva più ampia, la mappa del processo produttivo per poter identificare la funzione di costo industriale; quindi comparare più unità di rete (produttiva) al fine di comprendere al meglio la rete produttiva nel complesso, conoscendo il tipo di interrelazioni esistenti tra i nodi secondo un approccio multisettoriale.

Résumé:

La recherche est destinée à analyser l'activité de l'Hôpital comme phénomène complexe que se développe entre une "plante" à haute connotation technologique. L'Hôpital est considéré comme un ensemble de Départements que se distingues pour leur spécificité à l'égard de la performance affectée et/ou pour la technologie utilisée. Le Département de l'Hôpital se peut considérer un « sous-plante » dans lequel il peut être défini chaque phase de travail. Donc sous ce profil la production de l'Hôpital se constitue de la production des Départements, lesquels, pour offrir des performances, absorbent des ressources (performances que dérivent des autres Départements, biens intermédiaires, services de travail et capital) d'après une règle donnée technique-productive spécifique pour chaque pathologie traitée.

Compte tenu de cette complexité, la production de l'Hôpital peut être analysée et contrôlée d'un point de vue économique grâce à un outil multisectoriel nommé Table des Interdépendances et de la Production (TIP). L'objectif de la recherche est principalement d'effectuer l'analyse d'efficacité de toutes les productions, afin d'avoir, dans une perspective plus large, la carte du procès productif pour identifier la fonction de coût industriel; donc comparer plus unité de réseau de production afin de comprendre au mieux le réseau de production complète, en sachant les types des interrelations que existent entre les nœuds d'après une approche multisectorielle.

16. **Pacemaker y RM, final del tabú? Análisis del dispositivo RM condicional en el estudio del encefalo.**

Davide Cicconi, Rafael Rota, Luigi Imperiale, Marco Cola, Tiziana Bocci, Alessio Canari, Liliana Balardi e Giovanni Mazzoni, Italia. davide_cicconi@libero.it

Introducción:

Desde la introducción de la metodología por imaging de resonancia magnética (RM) hasta hoy, la solicitud de exámenes esta prácticamente triplicada así como va en aumento el numero de implantes de pacemaker (PM). En todos estos años la presencia del PM hasta la introducción del device RM compliant, ha sido considerada una contraindicación absoluta en la imaging a RM.

Objetivos:

El objetivo del estudio es la definición de un protocolo para examen de RM del encéfalo en pacientes portadores de dispositivos PM RM conditional y la identificación de secuencias de estudio en el cumplimiento de las rigurosas restricciones proporcionadas por las casas productoras.

Materiales y métodos:

Fueron analizados y optimizados los parámetros de las secuencias para que sean compatibles con los requisitos proporcionados por las casas productoras del device analizado (PM). En particular fueron modificados y optimizados los parámetros técnicos de las secuencias usadas en el protocolo RM encéfalo con el fin de obtener un valor de SAR (Specific Absorbtion Rate)(indicado automáticamente para cada secuencia del equipo RM), inferior al valor exigido en las especificaciones proporcionadas por las casas productoras del device (PM). El estudio fue efectuado en el hospital universitario Ospedali Riuniti di Ancona. Fue utilizada una instrumentación de RM General Electric (GE) Cvi/Nvi (Cardio Vascular Imaging/Neuro Vascular Imaging) con el software Excite HDxt versión 15.0. El equipo tiene un campo magnético estático de 1,5 T, un slew rate par a 150 T/m/s y gradientes de campo magnético de 50 mT/m. La bobina utilizada es la 8ch Brain (GE). Para optimizar el valor del SAR, pueden ser efectuadas modificaciones que determinan el aumento del tiempo de repetición (TR), la reducción del número de slices o la reducción del flip angle(FA) en cuanto todos estos parámetros influyen el duty cycle de la maquina, o sea el porcentaje de tiempo de una secuencia durante la cual se aplican impulsos RF. En nuestro caso se decidió no disminuir el número de slices para no perder la cobertura, sino modificar indirectamente el tiempo de repetición TR usando la reducción de la amplitud de banda de recepción (Bandwidth).

Resultados y conclusiones:

Del análisis de las secuencias del protocolo RM del encéfalo, solo dos resultaron tener un SAR superior al límite de 3 W/kg que representa el valor máximo establecido por las casas productoras del device considerado (PM): la sagital Spin Echo (SE) T1w con un valor de SAR de 3.23 W/kg y la coronal Fast Spin Echo T2w con un valor de SAR par a 1.11 W/kg. Para hacer si que estas dos secuencias sean conformes a las especificaciones proporcionadas, fue efectuada una reducción del valor de Bandwidth, o sea el intervalo de frecuencias en las cuales está codificada la información sobre la posición que automáticamente causa un aumento del tiempo de repetición (TR). En tal situación operativa, siendo menor el intervalo de frecuencia la máquina recibirá, al mismo tiempo menos señal y habrá entonces la necesidad de un mayor espacio temporal entre un impulso de excitación y otro. Los resultados obtenidos evidencian que, modificando determinados parámetros de las secuencias de RM y ateniéndose escrupulosamente a las indicaciones proporcionadas por las casas productoras de PM conditional, es posible disponer de un protocolo de examen para el estudio del encéfalo en grado de respetar las rigurosas restricciones proporcionadas y por consiguiente tener la posibilidad de efectuar en total seguridad exámenes RM encéfalo en pacientes portadores de tales dispositivos los cuales hasta ahora no han tenido la posibilidad de realizar estudios diagnósticos con esta importante metodología.

17. Prevalência de sintomas depressivos entre médicos egressos de uma Universidade Pública brasileira.

Edméa Fontes de Oliva-Costa, Flávio Aragão Silva, Gilenaldo de Gois, Tássia Mayara Cardoso Rodrigues, José Cicero da Silva e Enaldo Vieira de Melo, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Brasil. edmeaolivacosta@gmail.com

Objetivos:

Estimar a prevalência de sintomas depressivos (SD) e seus níveis entre médicos egressos de uma Universidade pública do Nordeste do Brasil.

Contexto e descrição do problema:

A classe médica está entre os profissionais que mais sofrem incapacidades laborais devido ao desgaste físico e principalmente mental. Este desgaste mental torna o médico vulnerável a apresentar sofrimento psíquico, sintomas psíquicos, entre eles os sintomas depressivos e até a desenvolver transtornos mentais, que poderão culminar em agravos importantes para sua saúde. Desde a formação médica, o médico é exposto constantemente a desafios que geram estresse emocional. Esses desafios perpassam por toda a vida profissional, pois no Brasil o médico se depara com questões conflituosas no ambiente de trabalho, seja pela estrutura precária, seja pela cobrança excessiva dos outros profissionais e mesmo do paciente, enfrenta cargas horárias de

trabalho excessivas, privação de sono, gerando cansaço, desmotivação, irritabilidade, fadiga o que poderá resultar em depressão e até em suicídio. Então, pesquisas enfocando a saúde mental de médicos egressos de uma Universidade pública brasileira são de extrema relevância, pois poderão contribuir para reflexão profunda da comunidade acadêmica e daquelas de perfil semelhante acerca da formação médica, novas tecnologias de ensino e do sistema de saúde acerca da organização do trabalho, além do planejamento de medidas preventivas dos sintomas psicopatológicos detectados visando cuidar melhor de quem cuida.

Método:

Estudo transversal analítico realizado em março/2015 com médicos egressos de uma Universidade pública do Nordeste do Brasil, formados entre 2011-2 e 2014-1, através dos seguintes instrumentos on line: 1) Questionário Específico, elaborado pelos autores sobre características sociodemográficas, pessoais, formação e trabalho; 2) Inventário de Depressão de Beck (IDB), para investigação de SD. Os dados foram analisados por meio de um programa estatístico, utilizada descrição da população através de estatística descritiva, posteriormente a análise simples com cálculo do odds ratio (OR) bruta e ajustada.

Resultados:

Enviado os questionários online para toda população a ser pesquisada de 290 médicos, mas depois de vários emails e busca ativa nas redes sócias, quando foi solicitada a participação na pesquisa, apenas 41 deles respondeu e destes, somente 38 adequadamente, sendo esta, a população utilizada para análise dos dados. A média de idade foi de 26,8 anos, variando de 23 a 30 anos. O sexo masculino predominou (55,3%). A média de tempo de formados foi de 24,02 meses, variando de 6 a 48 meses. A prevalência de sintomas depressivos foi 34,2% na população pesquisada. Foram verificados sintomas depressivos leves/moderados e moderados/grave em 28,9% dos médicos egressos, e sintomas de depressivos graves em 5,3%. Os demais, situados na faixa de ausência de sintomas depressivos ou sintomas mínimos, corresponderam em 65,8%.

Discussão:

Os SD causam impactos importantes na vida do médico e a depressão é a quarta causa de incapacidades no mundo inteiro. Estudos recentes mostram que prevalências de sintomas depressivos semelhantes ao nosso estudo, porém o nível de sintomas graves foi maior na nossa população pesquisada. Estudo anterior com estudantes de medicina, da mesma instituição de onde foram formados os médicos pesquisados, revelou alta prevalência de sintomas depressivos, maior em relação ao nosso estudo, já os sintomas graves entre os estudantes foram menores em relação a este nosso estudo atual com médicos.

Conclusões:

A alta prevalência de sintomas depressivos e até de sintomas depressivos graves, embora em menor prevalência, demonstra a necessidade de planejamento de medidas preventivas imediatas visando cuidar melhor de quem cuida da saúde da população.

Contribuições:

Pesquisas enfocando a saúde mental de médicos egressos de uma Universidade pública no Brasil são de extrema relevância, pois poderão contribuir para reflexão profunda da comunidade acadêmica e daquelas de perfil semelhante acerca da formação médica, novas tecnologias de ensino e dos membros e gestores da nossa rede de saúde acerca da organização do trabalho e do seu papel na promoção, prevenção e terapêutica dos sintomas psicopatológicos detectados.

18. A Repercussão da falta de qualificação do servidor que opera o Sistema de Recursos Humanos, na vida funcional do servidor da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil.

Lucia de Fátima Castellucci Ferreira. Secretária da Saúde do Estado da Bahia, Brasil.

vini-santos@hotmail.com

Introdução:

A falta de qualificação do servidor que opera o Sistema de Recursos Humanos tem como consequência o descontrole nas informações funcionais do servidor, gerando em algumas situações, a transgressão à norma disciplinar por frequência negativa, ensejando penalização do infrator conforme a natureza e a gravidade da falta cometida.

Objetivo:

Identificar as principais falhas cometidas pelo servidor responsável pelo Sistema de Recursos Humanos do Estado da Bahia, que geram a suspensão do pagamento do servidor e favorece a instauração de Processos Administrativos.

Metodologia:

Trata-se de uma análise documental onde se utilizou como fonte de informação 562 (quinhentos e sessenta e dois) processos administrativos admitidos na Coordenação de Processos Administrativos Disciplinares – COPAD em 2012, os quais 10 resultaram em Processos Administrativos Disciplinares (PADs), em desfavor dos servidores. Num primeiro momento, levantou-se toda a demanda admitida naquele ano e em seguida, os PADs instaurados em 2012. Construiu-se uma matriz contendo as possíveis causas, da ocorrência de frequência negativa. A partir daí, selecionou-se os processos que foram objeto de instauração, para a construção de uma matriz contendo as possíveis irregularidades encontradas.

Resultados:

Após análise dos processos admitidos/instaurados em 2012, chegou-se ao quantitativo de 38 (trinta e oito) processos administrativos decorrentes de denúncia de frequência negativa feita pela Unidade de lotação do servidor, observou-se um número elevado de registro inadequado de frequência negativa, bem como informações incipientes no sistema, com a consequente aplicação incorreta da legislação para tipificação do fato, configurando o cometimento de vícios formais na instrução dos processos administrativos disciplinares.

Conclusão:

Dificuldades na utilização correta do Sistema de Recursos Humanos, contribui para a instauração dos processos administrativos disciplinares, o que apontam para a necessidade de investimentos na formação do corpo técnico que atua na área de instrução processual. Por esta razão, considera-se a necessidade de intervenção na qualificação desses profissionais, visando a segurança e proteção à saúde física e mental desses servidores.

19. Prevalência de Transtorno Mental Comum entre Médicos Egressos de uma Universidade Pública Brasileira.

Edméa Fontes de Oliva-Costa, Gilenaldo de Gois, José Cícero da Silva, Flávio Aragão Silva, Tássia Mayara Cardoso Rodrigues e Enaldo Vieira de Melo, Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Brasil. edmeaolivacosta@gmail.com

Objetivo:

Estimar a prevalência de Transtorno Mental Comum (TMC) e fatores associados entre médicos egressos de uma Universidade Pública Brasileira formados entre 2011 e 2014.

Contexto e descrição do PROBLEMA: Com o advento da tecnologia na medicina e o consequente enfraquecimento da medicina liberal, a relação do médico com seu trabalho mudou drasticamente, a relação do médico com o paciente passou a ser intermediada por uma pessoa jurídica (empresa ou Estado), não podendo mais o médico regular como antes todos os aspectos referentes ao seu trabalho, como carga-horária, número de pacientes, o tempo da consulta. Além disso, os médicos costumam ter mais de dois vínculos empregatícios, para compensar os baixos salários, com plantões noturnos. Ainda tem o estresse de lidar com o sofrimento alheio e a morte constantemente. Todos estes fatores podem contribuir para deteriorar a saúde mental do médico e o consequente aparecimento de transtornos mentais nesses profissionais, como TMC, que abrange os transtornos somatoformes, de ansiedade e de depressão, com prejuízos à vida pessoal e profissional.

Metodologia:

Estudo transversal descritivo analítico. A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro/2014 a janeiro/2015, após aprovação do comitê de ética. Foi realizado um questionário autoaplicável, contendo 30 questões fechadas pré-codificadas relativas a características socioeconômicas e demográficas, a aspectos pessoais referentes à escolha profissional e às vivências psicoemocionais atuais. A investigação de TMC foi feita através do Self Report Questionnaire (SRQ-20) que é uma escala de avaliação de sintomas ansiosos, depressivos e somatoformes. A partir dos questionários preenchidos, foi construído um banco de dados num programa estatístico e a partir das variáveis pré-codificadas fizemos análise simples de frequência para descrição da população. RESULTADOS: O questionário online foi enviado para toda

população a ser pesquisada de 290 médicos, mas depois de vários e-mails e busca ativa nas redes sociais, quando solicitamos a participação na pesquisa, apenas 41 deles responderam e destes, somente 39 responderam adequadamente, sendo esta, a população utilizada para análise dos dados. Os participantes eram na maioria do sexo masculino (56,4%), solteiros (89,7%), com alguma religião (53,8%) e renda familiar entre 11 a 20 salários-mínimos (64,1%). Alguns deles (10,3%) afirmaram possuir ou ter possuído transtorno mental diagnosticado por psiquiatra, fazer ou ter feito psicoterapia (28,2%) e usar ou já ter usado psicofármaco prescrito por médico (20,5%), mas 25,6% já se automedicaram com algum psicofármaco. Com relação a aspectos pessoais: 23,1% afirmaram dedicar menos que 4 horas semanais para o lazer, dormir entre 5 e 8 horas (82,1%), enquanto 53,8% não praticam atividade física. Quando responderam sobre aspectos profissionais, 28,2% disseram que não fariam medicina novamente, se fossem iniciar agora a graduação e 61,5% já fizeram ou estão fazendo pós-graduação, enquanto isso, 12,8% consideraram seu desempenho profissional como insatisfatório e 46,2% já pensaram em abandonar a medicina, sendo que apenas 33,3% afirmaram receber o apoio emocional de que precisam. A prevalência de TMC foi 35,8% e ocorreu entre os que dedicaram menos de 4 horas semanais ao lazer (50%), sentiam-se tensos/estressados com o trabalho (92,9%), não escolheriam medicina novamente (28,6%), não estão satisfeitos enquanto médicos (21,4%), já pensaram em abandonar a profissão (64,3%), consideraram insatisfatório seu desempenho profissional (14,3%) e 78,6% não recebem apoio emocional.

Discussão:

A prevalência de TMC na população pesquisada foi superior a outro estudo realizado com médicos na mesma Região. Ao contrário de outros estudos, a religião, no caso de médicos, não parece ser um fator protetor, pois a maioria dos indivíduos com TMC tinham alguma religião. O Estudo não mostrou relação entre a falta de atividade física e TMC. Estudo recente com estudantes da área da saúde, da mesma instituição de formação dos médicos desta pesquisa, revelou alta prevalência de TMC entre tais estudantes, um pouco menor em relação ao nosso estudo.

Conclusão:

O estudo revelou alta prevalência de TMC entre médicos egressos de uma Universidade Pública Brasileira, além de mostrar diferenças entre a prevalências em estudos anteriores. Tais resultados servem de reflexão para gestores, médicos e coordenadores dos programas de serviços de saúde no sentido de elaborar estratégias no sentido de melhor cuidar da saúde dos profissionais médicos.

Contribuições:

Pesquisas que estudam a saúde mental de médicos egressos de uma Universidade Pública Brasileira têm importância fundamental pois servem de reflexão para a comunidade médica e acadêmica, para mudanças no trabalho médico e formação acadêmica, no intuito de prevenção e tratamento dos indivíduos acometidos.

20. A importância da consulta de pré-natal: informações de gestantes atendidas em uma unidade de atenção básica.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, Géssica Costa Mendes de Souza, Lívia Ferraz Almada, Milena dos Anjos Conceição, Michelle Teixeira de Oliveira e Anderson Reis de Souza. UEFS/Faculdade Nobre de Feira de Santana, Brasil. anamargarette@yahoo.com.br

Introdução:

O pré-natal é um conjunto de ações e de atenções multidisciplinares direcionadas à saúde da mulher. Com consultas periódicas e realização de exames para o acompanhamento do desenvolvimento da gestação. Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive (BRASIL, 2006).

Objetivo:

Este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento das gestantes atendidas em uma unidade de Saúde da Família de um município da Bahia, Brasil sobre a importância da consulta de pré-natal. As vantagens deste trabalho para a comunidade acadêmica e científica estão relacionadas com o

repassa de informações sobre as consultas de pré-natal, sua importância e a política de atenção à saúde da mulher.

Método:

Trata-se de um estudo que foi realizado a partir de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Para o estudo, foi eleita a Unidade de Saúde da Família do bairro Jussara em Feira de Santana-Ba. Os sujeitos da pesquisa foram as gestantes, maiores de 18 anos, que fizeram acompanhamento na unidade e que aceitaram participar da pesquisa. Utilizamos para o estudo a entrevista semiestruturada, foram entrevistadas 08 gestantes da Unidade mencionada. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010). Resultado e

Discussão:

Para a maioria das gestantes entrevistadas a importância da realização do Pré-Natal baseia-se principalmente na detecção de algumas patologias e também no cuidado com a saúde de seu filho. A primeira consulta de Pré-Natal deve começar nas primeiras doze semanas de gestação como é preconizado pelo Ministério da Saúde, e este período foi respeitado pela maioria das gestantes. O pré-natal influencia diretamente no processo gestacional, e essa assistência deve ser realizada de forma adequada onde os profissionais detêm o conhecimento necessário para serem transmitidas as gestantes. Por isso, é importante a realização de um pré-natal bem feito, pois quando realizado de forma inadequada pode trazer prejuízos para a mãe e o bebê. Com relação à influência do pré-natal na gestação é de conhecimento de todas as entrevistadas, no entanto o real motivo de sua importância ainda é desconhecido por muitas gestantes.

Considerações finais:

Durante a gestação muitos problemas podem acontecer e se não forem evitados ou tratados rapidamente pode acarretar em danos tanto para mãe quanto para o feto. É de suma importância que haja um acompanhamento e que as gestantes realizem os exames necessários na gravidez, pois se houver algo de anormal pode ser solucionado ou amenizado rapidamente. O estudo alcançou os objetivos propostos quando analisou o conhecimento das gestantes a cerca da importância, início e influência do pré-natal em sua gestação.

21. Estratégias não farmacológicas para o alívio de dor no período gestacional: o olhar das puérperas.

Ana Margarete Cordeiro da Silva Maia, Natalia Pedreira Vinha, Suzana Alves Nogueira, Michelle Teixeira de Oliveira e Anderson Reis de Souza., UEFS/Faculdade Nobre de Feira de Santana, Brasil. anamargarette@yahoo.com.br

Introdução:

No período gestacional para aliviar os desconfortos, é comum as gestantes utilizarem estratégias farmacológicas no intuito de obter um resultado esperado. Assim, os procedimentos não farmacológicos têm incentivado a buscarem outros tipos de métodos para amenizar a dor e ao mesmo tempo evitar as complicações, obtendo o alívio dos mesmos. A gestação é um momento marcante na vida de uma mulher e o nascimento de um bebê saudável é a maior espera dos pais.

Objetivo:

Esse estudo tem como objetivo analisar as estratégias utilizadas pelas puérperas atendidas no Hospital da Mulher para o alívio da dor no período gestacional.

Método:

Trata-se de um estudo que foi realizado a partir de uma pesquisa de campo, do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Para o estudo, foi eleito o Hospital da Mulher em Feira de Santana-Ba. Os sujeitos da pesquisa foram mulheres no pós parto, maiores de 18 anos, que fizeram acompanhamento na unidade e que aceitaram participar da pesquisa. Utilizamos para o estudo a entrevista semiestruturada, foram entrevistadas 08 gestantes da Unidade mencionada. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática (MINAYO, 2010).

Resultado e Discussão:

Os resultados foram categorizados em dois aspectos: **Desconfortos apresentados no período gestacional** onde observou-se que os desconfortos gestacionais relatados pelas participantes do estudo, estão relacionados às dores na coluna, enjôos, dispnéia, desconfortos noturnos e edemas.

Algumas mulheres se queixam também de **distúrbios do sono**. O repouso é importante e fundamental, pois, *restaura a parte física e a mental*. O edema na segunda semana da gestação é devido às transformações no organismo causado pelo aumento do útero. Para diminuir esse problema, é recomendado, diminuir a quantidade do sal no preparo dos alimentos, beber bastante líquido, que é fundamental para o funcionamento do corpo, realizar exercícios físicos de forma moderada, pois melhora a circulação sanguínea e a elevação **das pernas no período da noite para melhora também o retorno sanguíneo**. **Métodos utilizados na gestação para o alívio da dor** as entrevistadas relataram que fizeram o uso dos medicamentos para o alívio dos desconfortos, entretanto, chamou à atenção que nenhuma delas utilizou os métodos não farmacológicos. A terapia medicamentosa no período gestacional está indicada para gestante que tem algum problema na saúde. O profissional de saúde tem o papel fundamental que é alertar as gestantes sobre o uso de fármacos durante todo o período gestacional, suas contra-indicações e as possíveis reações.

Considerações finais:

Assim, conclui-se que existe um percentual muito alto de puérperas que fazem uso de medicamentos para o alívio dos desconfortos apresentados durante a gestação, mostrando a necessidade de orientação pelos profissionais de saúde durante o preparo da mulher desde o pré-natal até o momento do parto.

Orario: 14:15 - 15:45

Atelier 1 Sala computer/Piano terra

Atelier organizado da: Georges Borges da Silva

Documenter sur Medline et sur Bibliothèque de santé.

Orario: 14:15 - 15:45 **SESSIONI PARALLELE**

Sessione 7

Aula 1

Tema: Tecnologia e professioni sanitarie

Presidente: Magda Duarte dos Anjos Scherer, Professeure de Saúde Pública, Universidade de Brasília, Brasil

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a organização dos processos de trabalho.

Magda Duarte dos Anjos Scherer, Estela Auxiliadora Almeida Lopes e Ana Maria Costa, Brasil

Méthode et outil de contractualisation pour stimuler l'implication des médecins dans le management des équipes et le développement organisationnel des hôpitaux.

Frantz Datry, Marc Bonnet e Véronique Zardet, France

Engajamento ou resistência às tecnologias de qualidade em saúde: uma revisão narrativa sobre possíveis origens da resistência médica à acreditação hospitalar.

Renato Faria da Gama, Tânia França e Carla Gouvêa, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. renatofgama@gmail.com

Resumo:

A gestão dos sistemas nacionais de saúde é uma tarefa complexa e exige a utilização de tecnologias para assegurar sua qualidade, dentre as quais a acreditação. Apesar das potencialidades do método alguns profissionais reagem a ela com ceticismo e até mesmo rejeição. Foi realizada uma revisão narrativa sobre o tema com a formulação de quatro hipóteses sobre as causas desta resistência.

Concluimos que a utilização de uma abordagem didático-pedagógica mais apropriada tem um papel fundamental para incrementar a adesão do médico a esta estratégia.

Riassunto:

La gestione dei sistemi sanitari nazionali è un compito complesso e richiede dell'utilizzo di tecnologie per garantire la loro qualità, tra i quali l'accreditamento. Nonostante le potenzialità del metodo di alcuni professionisti istruiscono adesso con scetticismo e anche il rifiuto. Una revisione enarrativa il soggetto con la formulazione di quattro ipotesi sulle cause di questa resistenza è stata effettuata. Abbiamo concludere che l'uso di una procedura didattica e pedagogica più appropriata ha un ruolo chiave per aumentare l'adesione del medico questa strategia.

Estratégia metodológica para trabalho de campo: o caso do estudo com trabalhadores da saúde na Bahia, Brasil.

Iracema Viterbo Silva, Davilyn Santos Oliveira dos Anjos, Isabela Cardoso de Matos Pinto, Carlos Antonio de Souza Teles Santos, Fabriccio Alves Macedo, Daniele Pereira Borges e Jeferson Souto Pinheiro, Brasil

Sessione 8

Aula 2

Tema: La tecnologia e le ricadute su particolari patologie

Presidente: Marie-Pierre Gagnon, Professeure, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

Retombées d'une nouvelle technologie sur la qualité de la prise en charge des cas à entérocoques résistants à la vancomycine.

Randa Attieh, Marie-Pierre Gagnon et Geneviève Roch, Centre de recherche du Centre Hospitalier Universitaire de Québec. Québec. randa.attieh.1@ulaval.ca

Contexte:

Dans les organisations de santé, l'attention portée à la qualité et l'efficacité des soins met en évidence la nécessité d'évaluer les retombées de l'intégration des nouvelles technologies dans les pratiques professionnelles, tout particulièrement en prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCIN). Dans un établissement de soins spécialisés et ultraspecialisés québécois, le dépistage fiable et rapide des entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) par la technologie *Polymerase Chain Reaction* (PCR) vise à contribuer à une détection rapide et à une prise en charge optimale des sujets véritablement infectés par ERV. Notre objectif consiste alors à évaluer les retombées de la technologie PCR sur la prise en charge des cas à ERV par la mesure des taux de faux positifs et de faux négatifs d'ERV dépistés par PCR et par culture.

Méthode:

Étude observationnelle descriptive quantitative s'appuyant sur une extraction des données administratives de janvier 2012 à octobre 2013 sur les cas ERV dépistés par la technologie PCR et par culture dans les laboratoires des trois installations de l'établissement de santé à l'étude. La sortie des données en format Excel a été faite par le biais de la technicienne responsable des laboratoires.

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS version 9.3 afin de documenter : 1) l'efficacité de la PCR par rapport à la technique de référence, soit la culture pour la détection d'ERV.

Pour apprécier l'efficacité de la technologie PCR par rapport à la culture, une évaluation des proportions de faux positifs (FP) et de faux négatifs (FN) des cas ERV a été effectuée. Pour ce faire, une évaluation de la sensibilité (Se), de la spécificité (Sp), et des valeurs prédictives positive (VPP) et négative (VPN) a été réalisée. La spécificité se définit par la proportion de vrais négatifs chez les non-infectés, alors que la sensibilité se traduit par la proportion de vrais positifs chez les patients infectés. La VPP correspond à la probabilité que le patient soit réellement infecté lorsque le résultat du test PCR-ERV est positif, alors que la valeur VPN correspond à la probabilité que le patient soit vraiment non-infecté par ERV quand le test est négatif. Afin de déterminer l'efficacité de la PCR, un appariement des tests PCR et culture effectués dans un délai de 14 jours suite à l'admission des patients a été effectué. Le choix de 14 jours dérive du fait que le patient infecté et/ou colonisé à ERV doit rester isolé pendant 14 jours.

Résultats:

Après l'appariement des tests PCR et culture faits dans un délai de 14 jours suite à l'admission des patients, un échantillon total de 8410 tests d'ERV a été recensé. Sur ce total, 87 faux-négatifs (1%), 930 faux-positifs (11%), 178 ERV vrais positifs (2.1%) et 7215 ERV vrais négatifs (85,8%) ont été recensés. De faibles sensibilité (67,2%) et spécificité (88,6%) ont été estimées avec une valeur prédictive positive (VPP) de 16,1 % et une valeur prédictive négative (VPN) de 98,8 %.

Discussion/Conclusion:

La technologie PCR est une alternative à la culture qui présente des avantages et inconvénients pour la prise en charge des ERV dans les établissements de santé. Avec un temps-réponse de 24 heures, la méthode PCR s'est avérée utile pour gérer les éclosions à ERV en réduisant le délai avant la mise en œuvre de mesures préventives, sachant le long délai dans la sortie des résultats d'un dépistage par culture, soit 48-72 H. Cependant, les faibles sensibilité et spécificité de la PCR montrent une faible efficacité de la technologie pour améliorer la PCIN à ERV et répondre aux besoins des patients. La documentation de 1% de faux-négatifs démontre que les précautions à ERV ne peuvent pas être mises en œuvre chez ces patients ou même peuvent être discontinuées. En plus, la recension de 11% de faux positifs indique une mise en place des mesures préventives inutiles pour ces 11% sur une période de 48 à 72 H, soit la durée de sortie des résultats de confirmation par la culture. Des efforts devront désormais également se concentrer sur le développement de tests plus sensibles, mais qui demeurent rentables pour détecter les ERV. En augmentant la sensibilité de ces tests, le grand réservoir des patients inconnus infectés et/ou colonisés par ERV peut être réduit et l'on pourrait finalement limiter l'augmentation persistante de la prévalence des ERV à travers les hôpitaux.

L'implantation du module de gestion des produits immunisants (GPI) au Québec: quels avantages pour les utilisateurs et le système de santé?

Marie-Pierre Gagnon e Amélie Lampron, Université Laval. Québec.

marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectifs:

L'étude a pour but d'évaluer la performance globale du module de gestions des produits immunisants (GPI) à travers l'identification des bénéfices générés par la mise en œuvre de ce module, dans le cadre du système d'information et de surveillance en santé publique Panorama. L'étude vise plus particulièrement à : 1) identifier les avantages de l'implantation du module de GPI, 2) mesurer les impacts de l'implantation sur les indicateurs retenus, 3) déterminer si l'adoption du module de GPI a eu un impact sur les pertes des produits immunisants (PI), le suivi des inventaires et le partage des stocks et finalement, 4) proposer des recommandations en vue d'améliorer l'utilisation du module de GPI et contribuer efficacement à la mise en œuvre du Programme québécois d'immunisation.

Contexte et description du problème:

La détection et la surveillance de nouvelles menaces associées aux maladies sont rendues possibles grâce aux données recueillies par les différents échelons du système de santé publique (niveau local, provincial, territorial et fédéral), qui permettent de surveiller les changements relatifs aux tendances des maladies infectieuses. Amorcé en 2005, le projet pancanadien Panorama, consiste en un système d'information électronique supportant les activités de santé publique reliées à la gestion des maladies infectieuses et à l'immunisation. Son adaptation québécoise a débuté avec l'implantation du module de GPI. En assurant la gestion des PI, ce module est une composante majeure dans la corroboration des objectifs de santé publique et la prévention des maladies évitables par vaccination. Le principal avantage attendu suite au déploiement de ce module vise la prévention des pertes de PI pour réduire les coûts associés.

Théories, méthodes, modèles et matériels employés:

L'évaluation, réalisée en deux phases, s'est déroulée entre mars 2013 et février 2014. La première phase visait principalement à rapporter les perceptions des personnes concernées par les premières implantations du module de GPI, par le biais d'entrevues semi-dirigées. Une démarche mixte a été utilisée lors de la seconde phase d'évaluation, afin de réaliser des analyses quantitatives confirmatoires et complémentaires faisant suite aux analyses qualitatives issues de la première phase d'évaluation. Un premier volet s'est traduit par la création d'un questionnaire en ligne envoyé à tous les utilisateurs du système. Par le biais d'entrevues semi-dirigées auprès d'informateurs clés, un second volet a permis de

compléter les informations portant sur les indicateurs retenus, en vue d'évaluer la performance globale du système.

Résultats et discussion :

En joignant les résultats des deux phases du projet, nous arrivons à des conclusions similaires à plusieurs niveaux. Parmi les bénéfices générés par le système, on retrouve une amélioration de l'accès à l'information. La mise en œuvre d'un système centralisé offre une vue d'ensemble sur les PI en inventaire, dont l'information est disponible en tout temps. Le module de GPI apporte également une amélioration sur les plans de la planification de la gestion des PI et de la communication entre les utilisateurs des différents paliers. Les utilisateurs notent toutefois une baisse de la productivité, notamment en raison du temps requis et de la complexité reliée à la réalisation de certaines tâches dans le système. Le manque d'assiduité et des erreurs de saisies de données que cela entraîne font en sorte que la visualisation des inventaires demeure partielle. En dépit de ces quelques inconvénients, la majorité des répondants s'estiment satisfaits de l'information fournie dans le système. Une meilleure communication entre les acteurs impliqués contribue au maintien des objectifs visés par l'implantation du module de GPI, tels que la meilleure gestion des PI et les suivis plus réguliers des inventaires et des retours des PI en vue de réduire les pertes. En l'absence de données administratives enregistrées par le système depuis son implantation, l'évaluation n'a pas été en mesure de vérifier concrètement les retombées sur module sur les pertes de PI et les coûts associés. Une évaluation ultérieure est prévue à cet effet. D'ici là, il faut retenir que les données actuellement saisies dans le système doivent être lues avec prudence, tant que la décrémentation des PI ne se fera pas automatiquement dans le système.

Apports/intérêts de la communication par rapport aux pratiques:

L'implantation du module de GPI est un premier pas vers une meilleure gestion de la santé publique au Canada. En facilitant l'accès à l'information et en s'assurant d'avoir les produits immunisants nécessaires et viables au moment opportun, Panorama permettra au Canada de mieux gérer les interventions lors de menaces d'épidémie ou de maladies émergentes. De plus, l'efficacité du module de GPI aura pour principal effet d'atténuer les coûts engendrés par ces situations de crises, tant sur le plan provincial que national.

Salute e dignità dell'uomo di fronte alle nuove tecnologie.

Laura Trucchia, Italia

Sessione 9

Aula 3

Tema: Tecnologia e formazione in sanità - II

Presidente: Carmen Tereanu, Dirigente Dipartimento di prevenzione, ASL Bergamo, Italia

Sesiones de Briefing y Teledidáctica; proposición de un método para mejorar el aprendizaje clínico de los estudiantes de cursos Universitarios y de los recién empleados.

Gilda Pelusi e Tersilio Tarabelli, Italia. g.pelusi@ospedaliriuniti.marche.it

El briefing es una metodología didáctica que prepara a los estudiantes a la práctica clínica; consiste en el suministro de instrucciones para la organización (objetivos, reglas, roles) y se ofrece a ayudar a los estudiantes a identificar las necesidades de aprendizaje, consolidar los procesos de "problem solving" y facilitar la aplicación de conocimientos teóricos en la práctica clínica. Este momento preparatorio a la práctica, desempeña un papel esencial en la formación de los estudiantes de los cursos Universitarios y en los nuevos empleados; la literatura lo define como *una actividad enacaminada para orientar una persona hacia una experiencia*. Matheney fue uno de los primeros que escribió sobre la utilidad del briefing en la formación enfermerística en los Estados Unidos; su punto de vista es todavía eficaz, pero sufrió modificaciones y transformaciones inevitables. Estudios realizados en el ámbito de la formación médica sostienen la utilización de esta metodología junto a la simulación para reducir el riesgo clínico en los pacientes en situaciones reales. Otros autores han utilizado el briefing en entornos específicos como los quirófanos, con resultados positivos y mejoras con respecto al clima de colaboración en el grupo de trabajo y reducción de efectos negativos para los pacientes como la flebitis y la utilización impropia de antibióticos. Los estudios desarrollados en ámbito enfermerístico no enfocan la atención en el *briefing* sino en la metodología del *debriefing* al final de la

experiencia de la práctica clínica, para estimular una reflexión sobre la experiencia, mejorar el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

En la literatura no hay estudios que relacionen el *briefing* con la experiencia práctica de enfermeros estudiantes; este es el momento más importante de la formación enfermerística, una manera privilegiada y insustituible para aprender el rol profesional, una anticipación del mundo del trabajo que permite que el estudiante enfrente sus expectativas con un contexto real. La gestión de las sesiones de *briefing* de los Coordinadores/Guías de la práctica en contextos clínicos, requiere una atenta planificación de los objetivos y las estrategias da poner en acción para identificar la finalidades de la actividad de aprendizaje clínico y requiere la dedicación de un tiempo que la literatura estima en 15-30 minutos.

A menudo la complejidad organizativa y la falta de tiempo, junto a un elevado número de estudiantes que rotan con una frecuencia de 4-5 semanas, comprometen la realización y la eficacia de las sesiones de *briefing*. La teledidáctica soluciona esta problemática ligada al tiempo y sobre todo al número elevado de estudiantes y se propone como un instrumento eficaz para la realización de sesiones de *briefing* por vía telemática, simplificando el acceso del estudiante a todas aquellas informaciones útiles para enfrentar la práctica clínica en una estructura operativa establecida en el plan de estudios del curso. La teledidáctica es una metodología de aprendizaje y enseñanza original y caracterizada por un alto nivel de autonomía en el curso didáctico respecto a vínculos de asistencia o de horario, elemento específico que motiva y estimula al aprendizaje.* La enseñanza en línea es un proceso de formación que implica la utilización de las tecnologías de la red para planear, repartir, elegir y gestionar el aprendizaje. La posibilidad de acceder a la información en cualquier momento y en cualquier lugar dotado de una conexión a internet, unida al tipo de proyecto de los materiales didácticos y a la monitorización continua de los procesos de evaluación y autoevaluación, llevan a definir la teledidáctica como una "solución de enseñanza centrada en el estudiante". La creación de productos multimediales de *e-learning* exige conocimientos múltiples y diferenciados, tanto pedagógicos en la selección de contenidos por expertos disciplinares y en la definición de las finalidades educativas, como coherentes con el específico instrumento de comunicación, que puede incluir de vez en cuando, de manera individual o conjunta, el texto impreso en papel o soporte digital, el audio verbal o musical, la video grabación analógica o digital, la representación gráfica estática o animada, los recursos de la *information technology*. Muchos estudios concuerdan sobre la utilización de la teledidáctica como soporte fundamental a la enseñanza tradicional.† ‡Sin embargo, hacen falta estudios sucesivos para estimar la eficacia real del *e-learning* como metodología de aprendizaje y formación de los enfermeros§ ** †† y en la literatura no se encuentra la aplicación de esta metodología con un enfoque central sobre los enfermeros recién empleados, dada la importancia de los dos procesos formativos de *briefing* y *teledidáctica*, hemos pensado en utilizarlos conjuntamente en nuestro trabajo como método para el aprendizaje clínico de los recién empleados.

Objetivo

El objetivo de este trabajo es sugerir a la Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti de Ancona un proyecto para conducir la metodología del *briefing* al inicio de la práctica, a través de la teledidáctica con la finalidad de mejorar el aprendizaje clínico de los estudiantes del curso de licenciatura de la Universidad Politécnica delle Marche y perfeccionar la misma metodología para los nuevos empleados.

Evaluación on line de la transferencia de dos actividades formativas en gestión sanitaria (comparación entre formato semipresencial y virtual).

Begoña Isac Martínez, Martínez, Juan José, Mercader Casas, Óscar Mendoza, García Mariano e Hernán García, España. begona.isac.easp@juntadeandalucia.es

* Mehrdad N, Zolfaghari M, Bahrani N, Eybpoosh S. Learning outcomes in two different teaching approach in nursing education in Iran: e-learning versus lecture. Acta Med Iran. 2011;49(5):296-301.

† Warnecke E, Pearson S. Medical students' perceptions of using e-learning to enhance the acquisition of consulting skills. Australas Med J. 2011;4(6):300-7.

‡ Feng JY, Chang YT, Chang HY, Erdley WS, Lin CH, Chang YJ. Systematic review of effectiveness of situated e-learning on medical and nursing education. Evid Based Nurs. 2013 Aug;10(3):174-83.

§Koch LF. The nursing educator's role in e-learning: a literature review. Nurse Educ Today. 2014 Nov;34(11):1382-7.

**Bloomfield JG, Jones A. Using e-learning to support clinical skills acquisition: exploring the experiences and perceptions of graduate first-year pre-registration nursing students - a mixed method study. Nurse Educ Today. 2013 Dec;33(12):1605-11.

†† McCutcheon K(1), Lohan M, Traynor M, Martin D. A systematic review evaluating the impact of online or blended learning vs. face-to-face learning of clinical skills in undergraduate nurse education. J Adv Nurs. 2015 Feb;71(2):255-70.

OBJETIVO:

Evaluar la transferencia de la formación impartida en cuatro ediciones de dos cursos sobre Gestión Sanitaria, realizados por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

CONTEXTO

La EASP es una entidad que forma parte de sistema sanitario público de Andalucía (España), con 30 años de experiencia en la formación de profesionales sanitarios y directivos. En 2014 ha desarrollado 285 actividades formativas, registrando 16.723 de alumnos/as. Comparando con años anteriores, se observa un significativo aumento del número de participantes, atribuible al notable incremento de la virtualización en la docencia. Cada vez más actividades tienen un enfoque virtual o semipresencial, y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) tienen mayor peso en la formación impartida.

Entendemos por “evaluar la transferencia” determinar el grado en que los y las participantes trasladan o aplican a su puesto de trabajo los conocimientos y habilidades adquiridas durante la formación, considerando su utilidad y las dificultades para su aceptación por parte de la organización.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta en línea entre el alumnado, empleando un cuestionario electrónico de carácter anónimo elaborado con la herramienta de software libre Lime Survey. Este instrumento ya se había usado para evaluar formación similar en El Salvador y se quería mostrar su adaptabilidad y la posibilidad de aplicarlo en diferentes contextos. Fue remitido a 225 personas, obteniéndose una tasa de respuesta del 70,2%.

Las actividades formativas evaluadas son las cuatro últimas ediciones finalizadas del Diploma en Gestión Sanitaria (semipresencial) y el Curso en Gestión de Servicios de Salud (virtual), dos cursos con contenidos similares.

Prácticas de enseñanza - aprendizaje innovadora en la formación profesional: construcción de tecnologías integrales en salud.

Maria Salete Bessa Jorge, Fernando Sergio Pereira de Sousa, Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos, Adriana Catarina Souza Oliveira e Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Universidade Estadual do Ceará, Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

Introducción:

Se centra en el proceso formativo de los profesionales de salud a partir de las tecnologías y ofertas pedagógicas en el grado y postgrado bien como las experiencias y críticas reflexivas sobre las pretensiones e intencionalidades del perfil profesional para la integralidad asistencial. En este sentido, el alumno necesita asumir un papel cada vez más activo, rompiendo la condición de la actitud de mero receptor de contenidos, buscando efectivamente conocimientos relevantes a los problemas y a los objetivos del aprendizaje. La propuesta de una práctica pedagógica innovadora es un punto de partida para la construcción de tecnologías para la salud, atraviesa por nuevos modos de pensar y hacer de la educación y de la salud, visando un actuar humanizado, integral y que comprenda la completitud de los sujetos y del proceso salud-enfermedad.

Objetivo:

Comprender las metodologías de enseñanza-aprendizaje en la formación del profesional como potencializadora de construcción de tecnologías integrales en salud y sus articulaciones teórico-prácticas.

Metodología:

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo. Los participantes fueron constituidos por tres grupos de informantes: grupo I - docentes de los cursos de grado en Enfermería; grupo II - alumnos de los cursos de grado y postgrado en Enfermería; grupo III - enfermeros de la Red SUS que actúan como preceptores. Para el abordaje cualitativo fueron recogidos datos por medio de un guión de entrevista semiestructurada, grupo focal narrativo y documentos (Proyectos Políticos Pedagógicos), siendo los últimos sometidos por el análisis cualitativo del software Nvivo 9.0. Para el análisis cualitativo de los datos fueron recogidas informaciones en 71 entrevistados de los tres grupos. Fue utilizada la técnica de análisis temática en las entrevistas y en los textos representados en los documentos, permitiendo el

entrecruzamiento entre las diferentes fuentes de información. El estudio fue sometido y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de UECE, bajo el nº 10461052-2.

Resultados y discusión:

La evidencia demuestra la necesidad de romper con los referenciales de la biomedicina de enseñanza en salud, reorientándole para concepciones de tecnologías de cuidado y clínica que mejor articule nociones de subjetividad e integralidad. En este prisma, la metodología de enseñanza innovadora, como por ejemplo las metodologías activas, emergen como potencializadoras de tecnologías en salud que contribuía para la búsqueda de la superación de la formación fragmentada al impulsar una mayor interconexión entre la teoría y la práctica en el intuito de favorecer en el actual contexto social, en el cual los medios de comunicación están fortalecidos por el avance de nuevas tecnologías y por la precepción del mundo vivo como una red de relaciones dinámicas y en constante transformación, viene siendo discutido la necesidad de urgentes cambios en las instituciones de enseñanza superior visando, entre otros aspectos, la reconstrucción de su papel social. Los hallazgos también apuntaron para la necesidad de un proceso pedagógico dirigido hacia la integridad del cuidado como forma de aproximar los estudiantes al cuidado, tanto en la dimensión teórica cuanto en la práctica. Mismo con los intentos, por parte de los profesores, de inducir a los estudiantes a la restricción de las prácticas centradas en procedimientos, aún prevalece una formación fiel y conflictiva con los sentidos de la integridad. El proceso pedagógico todavía deja lagunas en relación a la participación y construcción colectiva. Entonces, se alerta, para la necesidad de buscar nuevos caminos, de nuevas formas tecnológicas de enseñanza-aprendizaje de ver y hacer las relaciones entre la teoría y la práctica y la relación de ellas con los diversos sujetos sociales y colectivos que constituyen la formación en salud.

Contribuciones:

La reflexión de este estudio busca fomentar la discusión crítico-reflexiva a respeto de la necesidad de reformulaciones didáctico-institucional de los cursos de formación de los profesionales de salud. Visa despertar nuevas concepciones de tecnologías en salud, contribuyendo así para el proceso integral del ser humano, teniendo en cuenta las relaciones intersubjetivas experimentadas en el universo social.

Resultados de una experiencia formativa en línea masiva de autoaprendizaje dirigida a la Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.

Eva Martín Ruiz, Begoña Isac Martínez, Diana Gosálvez Prados, Antonio Contreras Sánchez , Ángel Mena Jiménez, Manuel Ollero e Andrés Cabrera León, España

Sessione 10

Aula 4

Tema: Salute e anziani: diritti e tecnologie

Presidente: Giovanna Vicarelli, Direttore CRISS, Italia

Anziani non autosufficienti e continuità assistenziale: esperienze territoriali di integrazione a confronto.

Marco Arlotti, Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Social, Italia. t.tesauro@irpps.cnr.it

Obiettivi della ricerca

La comunicazione riprende gli esiti di un percorso di ricerca empirico condotto nella Regione Marche nel corso del 2012, sui sistemi di integrazione socio-sanitaria per anziani non autosufficienti in sette ambiti territoriali sociali. In tale ricerca, una linea specifica è stata finalizzata alla ricostruzione dei percorsi di continuità assistenziale, ponendo attenzione al raccordo “ospedale-territorio” e a quello fra sistemi di cura “formale” ed “informale”

Contesto e la descrizione del problema

L'invecchiamento della popolazione, il mutamento del quadro epidemiologico e le trasformazioni delle strutture familiari costituiscono fattori cruciali che spiegano la crescente rilevanza delle problematiche della non autosufficienza nei paesi Occidentali, inclusa l'Italia. Al contempo, le pressioni finanziarie sempre più stringenti sul welfare e la complessità dei bisogni, hanno spinto verso la necessità di aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi. In tale quadro il tema dell'integrazione e del coordinamento è divenuto uno dei temi centrali nelle traiettorie di riforma delle politiche di welfare.

Teorie, metodi, modelli, materiali utilizzati

La ricostruzione dei sistemi di continuità assistenziale per anziani non autosufficienti nei sette ambiti della Regione Marche, ha posto attenzione alla declinazione dell'integrazione socio-sanitaria attraverso una metodologia volta a ricostruire sia gli assetti dell'integrazione che le ricadute della stessa. Sul primo versante, è stata adottata la tecnica delle «vignette», uno strumento di indagine attraverso cui, a partire da brevi descrizioni che simulano eventi reali, vengono ricostruite ed indagate in profondità con referenti dei servizi ed operatori le modalità di gestione e gli schemi di intervento per fare fronte a specifiche condizioni di bisogno. Sul secondo versante, l'impatto del sistema di interventi è stato analizzato attraverso interviste «discorsive» con famiglie, i cui profili - nel percorso di individuazione e contatto - si è cercato di far corrispondere a quelli indagati tramite le «vignette», in modo da avere una valutazione più completa dell'impatto del sistema di interventi.

Risultati e discussione

Nel quadro di un sistema regionale di welfare che vede attribuire alle famiglie i compiti principali di cura per gli anziani non autosufficienti nonché a fronte di un sistema di governance debole sul versante della regolazione dell'integrazione socio-sanitaria, le esperienze territoriali analizzate mettono in luce l'implementazione di diversi tipi percorsi di continuità assistenziale. Questi oscillano dalla piena integrazione sia all'interno della filiera istituzionale che nel raccordo con i sistemi di cura informale (come nel caso dei sistemi strutturati di dimissioni protette), a casi di totale assenza di integrazione, che danno luogo a fenomeni di scarico, di cui sono paradigmatiche le cosiddette dimissioni «selvagge».

Contributo/interesse in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche

La ricerca empirica mette in luce la necessità di sviluppare percorsi di continuità assistenziale e di integrazione che non si limitino unicamente alla dimensione istituzionale, ma anche al raccordo con il sistema delle cure informali, riconoscendo e valorizzando le reti di reciprocità in una prospettiva integrata di rete delle cure.

Memory: un progetto di attivazione per anziani non autosufficienti.

Tiziana Tesauro, Italia

Riassunti:

il laboratorio narrativo è un progetto di ricerca-azione condotto dall'IRPPS-CNR nel corso dell'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e finanziato dall'Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Napoli. Il progetto ha promosso il *massimo livello possibile* di attivazione in un gruppo di anziani non autosufficienti attraverso l'esercizio della narrazione indotta in un nuovo contesto narrativo creato ad hoc dai ricercatori. Il progetto ha dimostrato che la riappropriazione della memoria attraverso la narrazione può migliorare le capacità di resilienza dei soggetti anziani non autosufficienti e istituzionalizzati. La pratica dell'auto-narrazione produce infatti effetti benefici direttamente osservabili. Il progetto ha dunque conseguito notevoli "guadagni in salute" e migliorato la qualità della vita dei soggetti che hanno partecipato alla ricerca.

Abstrait

Résumé:

Le laboratoire narrative est une recherche menée par l'action dall'IRPPS -CNR pendant l'Année européenne du vieillissement actif et financé par la politique sociale de la ville de Naples. Le projet a favorisé le niveau le plus élevé possible de l'activation d'un groupe de personnes âgées fragiles à travers l'exercice du récit induite dans un nouveau contexte narratif créé ad hoc par les chercheurs . Le projet a montré que la réappropriation de la mémoire à travers l'histoire peut améliorer la résilience des personnes âgées dépendantes et institutionnalisées . La pratique de l'auto - narration produit des effets bénéfiques fait observable . Le projet a donc réalisé " des gains en matière de santé " remarquables et amélioré la qualité de vie de ceux qui ont participé à la recherche.

Tecnologie e anzianità: un approccio antropologico allo sviluppo.

Laura Bertini, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana – Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, Svizzera. laura.bertini@supsi.ch

Il fenomeno dell'invecchiamento in Europa è problematizzato alla luce dell'ipotizzato aumento delle persone in situazione di non autonomia ed alle infrastrutture necessarie per far fronte ad una crescita dei bisogni sanitari di questa fascia della popolazione. Dalla Dichiarazione di Riga del 2008, l'Unione

Europea si è data come obiettivo sviluppo di soluzioni tecnologiche in quest'area di ricerca. Esse avrebbero lo scopo di: diminuire la dipendenza, sostenere l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone anziane e diminuire i costi legati alle istituzionalizzazioni. La Svizzera, oltre a collaborare come partner a diversi programmi di AAL, si è allineata a questi obiettivi e ha promosso anch'essa numerose ricerche-azione nell'area della domotica e delle e-health. Gli attori coinvolti sono istituti di ricerca tecnologica e partner del terreno dell'area sanitaria. Rari sono però gli approcci interdisciplinari in cui sia stata prevista un'analisi socio-antropologica al design, all'usabilità e al transfert delle tecnologie. L'accettazione e l'appropriazione delle soluzioni tecnologiche sono infatti ad oggi dei punti particolarmente critici, specialmente se non ci si accontenta di stigmatizzare le persone anziane come utilizzatori semplicemente "reticenti" al cambiamento ed alle nuove tecnologie.

Il presente contributo intende presentare i risultati di un lavoro etnografico originale che ha occupato l'autrice negli ultimi quattro anni sul terreno dello sviluppo e del transfer di tecnologie per persone anziane e disabili nella Svizzera italiana. Lavorando a un progetto di sviluppo e transfer di dispositivi e-health e di domotica adatti a persone anziane e/o disabili, le osservazioni si sono moltiplicate in diversi siti. L'etnografia è stata realizzata sia nei laboratori negli istituti di cura che partecipavano alla comunità di pratica, sia a domicilio presso l'utenza selezionata dal progetto.

L'approccio etnografico, sviluppatosi in base alla actor-network theory ed all'antropologia cognitiva delle scienze e delle tecniche, aveva come obiettivo la comprensione della dimensione culturale iscritta nello sviluppo tecnologico. Uno sguardo particolare è stato dedicato all'osservazione delle pratiche di accettazione o di non accettazione delle tecnologie da parte degli anziani. Le questioni centrali erano: che tipo di rappresentazione dell'anziano e della sua relazione con l'ambiente di vita viene "riflessa" nei prototipi? Attraverso quale processo avviene questa "riflessione" nei dispositivi durante lo sviluppo? Quale è l'utilizzo dei dispositivi proposti a domicilio da parte degli utenti? In che modo le persone sviluppano la percezione del proprio invecchiamento nell'interazione con gli oggetti e con l'ambiente quotidiano?

La ricerca ha contribuito a sviluppare delle risposte originali alle problematiche di accettazione e usabilità delle tecnologie per persone anziane. Attualmente le conoscenze generate dall'analisi fatta sono integrate ed applicate nei nuovi progetti di ricerca-sviluppo della Supsi.

I risultati dello studio propongono innanzitutto di problematizzare l'anzianità come categoria non omogenea e di approfondire maggiormente la costruzione della rappresentazione della "condizione anziana". I progetti di e-health spesso riproducono una serie di caratteristiche ipoteticamente condivise dalla popolazione di utenti anziani. Sul campo sono state riscontrate una pluralità di forme di appropriazione tecnologica. Esse mostrano un imprescindibile e chiaro rapporto di causalità fra pratiche di utilizzo e contesti sociali e ambientali. Alla luce di queste considerazioni è inseguito emerso come il concetto di autonomia, intrinseco alla concezione tecnica, fosse stato interpretato diversamente dai diversi attori in gioco e come esso fosse responsabile di una serie di trasformazioni dei dispositivi da parte degli utenti.

Nella rappresentazione comune al team di sviluppo tecnologico, l'avanzare dell'età, coincideva all'idea di deperimento fisico. L'immagine predominante era quella di un corpo trasformato e reso inefficace dal "corso naturale del tempo". Sempre in questa rappresentazione, l'anziano in balia del tempo avrebbe via via perso il "controllo di sé" e sull'ambiente. Questa visione ha guidato e giustificato quindi l'introduzione di tecnologie volte, in un certo senso, a "ri-addomesticare" l'ambiente e il corpo della persona che invecchia.

La costruzione culturale descritta è comune a una maggioranza di progetti in quest'area. Essa però è anche la responsabile, secondo l'autrice, del limitato successo di tali iniziative. Laddove i prototipi operano una sorta di "domesticazione" dell'ambiente quotidiano, le forme di resistenza osservate sono plurali e si riscontrano interessanti riappropriazioni e soluzioni originali, per quanto volta esse siano distanti da quanto atteso dagli sviluppatori. L'interesse dell'utente anziano si manifesta per i dispositivi che sono capaci di rappresentare una sorta di protesi, ossia degli oggetti che agiscono favorendo lo sviluppo delle abilità personali a gestire e interagire con l'ambiente materiale e sociale di riferimento. Le protesi, se ben costruite, si "con-fondono" con sé e con il proprio corpo; esse divengono invisibili, inserendosi in modo armonico alle routine e ai gesti preesistenti.

Come ci insegna l'esperienza della cooperazione internazionale allo sviluppo, un approccio di co-sviluppo anche in quest'ambito è oggi fondamentale: la persona anziana può realmente essere l'attore principale e lo studio critico del contesto ecologico in cui si vuole intervenire dovrebbe essere inserito a monte di ogni progetto di ricerca-azione di questo genere.

El envejecimiento activo como un derecho

Erika Giorgini, Università Politecnica delle Marche, Italia. erigiorgi@libero.it

Abstract:

Questo lavoro avrà quale fuoco i profili civilistici della persona e, conseguentemente, il superamento, almeno nel suo significato tradizionale, tra pubblico e privato. In particolare, l'estensione e la rilevanza del fenomeno dell'anziano e della sua tutela giuridica impone l'utilizzo di un metodo interdisciplinare: imprescindibili i contributi di sociologi e medici legali al tema.

La relativizzazione dei problemi della persona e, quindi, anche dell'anziano, richiede di svincolare la valutazione da astratte categorie. Piuttosto è il rispetto del valore unitario della persona che muove l'individuazione della causa e dell'oggetto dell'autonomia negoziale. A tal fine, soltanto gravi compromissioni delle facoltà intellettive, accertate in modo diretto e non presunto, possono giustificare la limitazione del potere negoziale dell'anziano.

Obiettivi della ricerca:

Obiettivo della ricerca è quello di spingere verso una valutazione complessiva del problema "anziano". La tutela dello stesso in termini di capacità d'agire è senz'altro, limitativa. Necessario, invece, considerare le complesse vicende della persona, definite anche vicende o modalità della vita, nella consapevolezza che singolarmente sia lo studio della capacità d'agire sia quello delle vicende della vita – che rappresentano rispettivamente il profilo statico ed il profilo dinamico, quello soggettivo e quello fattuale ed oggettivo – non sono sufficienti. Si deve, pertanto, diffidare dalla costruzione di una categoria dell'anziano e di una normativa esclusiva per l'anziano *tout court*, l'una e l'altra potrebbero costituire fonti di nuova emarginazione. Alla luce di tali considerazioni occorre una riflessione maggiore, in ordine ad una eventuale riforma legislativa che, proseguendo la strada già intrapresa con l'amministrazione di sostegno, possa valorizzare maggiormente le potenzialità residuali dell'anziano.

Descrizione del problema e del contesto:

L'anno 2012 è stato proclamato "Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni" («Anno europeo»). Esso è inteso a promuovere la vitalità e la dignità di tutti. Il diritto europeo ha da tempo abbandonato pretese esclusivamente mercantilizanti in favore di quelle personaliste, ponendosi a garanzia della persona umana.

A titolo paradigmatico si pensi all'articolo 147, paragrafo 1, del trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE), secondo il quale l'Unione contribuisce ad un elevato livello di occupazione promuovendo la cooperazione tra gli Stati membri nonché sostenendone e, se necessario, integrandone l'azione; all'articolo 153, paragrafo 1, TFUE, secondo il quale l'Unione sostiene e completa le attività degli Stati membri relative alle condizioni lavorative, all'integrazione delle persone escluse dal mercato del lavoro e alla lotta contro l'esclusione sociale; all'art.3, paragrafo 3, del trattato sull'Unione europea (TUE), l'Unione combatte, tra l'altro, l'esclusione sociale e le discriminazioni e promuove la giustizia e la protezione sociali, la parità tra donne e uomini e la solidarietà tra le generazioni.

Più in particolare l'articolo 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, l'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.

Posto, tuttavia, che i principi di diritto europeo, primari o derivati, vivono soltanto se calati negli ordinamenti di ciascun Paese membro. Il nostro è un sistema italo-comunitario, un ordinamento complesso e unitario, informato ai medesimi principi: gerarchia, competenza e sussidiarietà, è imprescindibile il richiamo ai principi costituzionali e, in particolare al principio personalistico che impernia l'intera Carta costituzionale

Necessario, per tale via, superare l'impostazione tutta patrimoniale dei rapporti tra gli uomini che ignora gli aspetti che attengono alla persona come tale e porre maggiore attenzione agli interessi di natura esistenziale.

L'affermazione del principio personalistico fa emergere l'intero *status personae* che rappresenta non soltanto i diritti inviolabili ma anche i doveri inderogabili in contrapposizione con il mero individualismo il quale finisce, invece, per concentrarsi soltanto sui diritti.

L'età non può essere un aspetto incidente sullo *status personae* e, cioè, sull'attitudine alla titolarità delle situazioni soggettive.

L'invecchiamento attivo non può allora essere inteso quale diritto e, dunque, quale mera pretesa, in quanto poggierebbe il suo fondamento soltanto sul fattore età e su di una visione produttivistica della persona. Tant'è che difficilmente può dirsi giustiziabile il diritto all'invecchiamento attivo.

Necessario recuperare anche la prospettiva del dovere e in primis quello costituzionale di solidarietà (anche tra generazioni) per dare spazio alla tutela della dignità umana in tutte le fasi della vita.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

Trattandosi di una ricerca di natura prettamente giuridica, sono stati utilizzati metodi e materiali tipici del giurista: normativa, giurisprudenza, dottrina nonché l'analisi delle esperienze (applicazione delle norme)

Sessione 11

Aula DIMA

Tema: L'évaluation des technologies de santé à l'hôpital : évolution vers une harmonisation ?

Sessione organizzata da: Jean-Blaise Wasserfallen e Christophe Pinget, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Suisse

Histoire d'un précurseur: le Comité d'évaluation et de diffusion des innovations technologiques (CEDIT) à Paris.

Clément Taron-Brocard, France

Valutazione delle tecnologie sanitarie all'interno del Policlinico Agostino Gemelli di Roma

Marco Marchetti, Italia

Bilans et perspectives des unités d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (JETMIS) au Québec

Marie-Pierre Gagnon, Chloé Dupouy, Québec

Le projet européens AdHopHTA : Recommandations pour une harmonisation des pratiques

Jean-Blaise Wasserfallen, Suisse

Le projet européens AdHopHTA : Un outil pratique pour initier, améliorer et mettre en réseau les unités d'évaluation des technologies de santé à l'hôpital

Christophe Pinget, Suisse

L'évaluation technologique est une approche basée sur la recherche et orientée sur la clinique, consistant à rassembler l'information disponible sur les conséquences directes et indirectes des technologies de santé (TS) à court et à long terme, sur leurs bénéfices cliniques, leurs impacts économiques et organisationnels, ainsi que leurs implications sociales, éthiques et légales.

L'hôpital étant le lieu d'introduction de la majorité des nouvelles TS, l'évaluation doit tenir compte de ce contexte particulier sur les plans cliniques et de gestion, particulièrement des limitations budgétaires et de la nécessité de réponse rapide, malgré une information disponible souvent limitée. En conséquence, certains hôpitaux ont développé une activité d'évaluation technologique spécifique.

Cette hétérogénéité de développement empêche la diffusion entre hôpitaux des rapports d'évaluation technologiques, qui ne sont pas toujours utilisables par un autre hôpital, compte tenu des différences dans les procédures essentielles. C'est la raison pour laquelle 9 institutions de 9 pays européens ont lancé le projet AdHopHTA, qui vise à mettre à disposition de l'ensemble des acteurs des systèmes de santé impliqués dans l'évaluation technologique en hôpital un recueil de recommandations, une boîte à outils et une base de données, dans l'optique d'harmoniser les pratiques et d'améliorer l'efficacité de cette activité.

La session débutera par la présentation de trois expériences d'implémentation de l'évaluation des TS au sein de l'hôpital (Paris, Rome, Québec) et se conclura par la présentation des principaux résultats du projet européens AdHopHTA.

Sessione 12

Aula 6

Tema: *Planajamento, tomada de decisão e governança no sistema público de saúde brasileiro*

Presidente: Ana Maria Malik, FGV - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

Desafios para o estabelecimento de uma Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte no Brasil.

Cristiana Leite Carvalho, Maria do Carmo, Lídia Maria Tonon e Flavio Pereira Loureiro, Brasil

Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: inovação para os processos organizativos da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais

Helena Eri Shimizu, Luciano José Arantes e Edgar Merchán-Hamann, Brasil

Gestão de tecnologias em países federativos com sistemas de saúde universais e descentralizados: estudo da experiência do Estado de São Paulo, Brasil.

Hudson Pacífico da Silva, Ana Luiza d'Ávila Viana, Fabíola Lana Iozzi e Nelson Ibañez, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. hudson@usp.br

Desde que o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no Brasil, em 1988, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema foi a da descentralização, notadamente a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. Somente mais recentemente é que a estratégia da regionalização apareceu com força nos documentos oficiais e teve início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de acordos intergovernamentais. As regiões de saúde constituem a base territorial para o planejamento das redes de atenção que possuem distintas densidades tecnológicas e capacidades de oferta de ações e serviços de saúde. São também espaços geográficos que engendram diferentes agentes (governos, organizações e cidadãos) e suas ações na condução do sistema de saúde. A própria noção de rede regionalizada de atenção à saúde (RRAS) pressupõe a região como atributo fundamental para sua organização e funcionamento. Esta se constitui por um conjunto de unidades (ou pontos de atenção), de diferentes funções, complexidades e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de saúde da população. As Comissões Intergestoras Regionais (CIR) constituem espaço de governança em âmbito regional e foram criadas para qualificar o processo de regionalização no SUS, fomentando o exercício da ação cooperativa entre os gestores nas regiões de saúde. Um dos principais desafios das CIR é a gestão de tecnologias em saúde, isto é, o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde. Isso porque o acentuado desenvolvimento científico e tecnológico tem levado à inserção acelerada de novas tecnologias no mercado, de modo que gestores de todas as instâncias do SUS são constantemente pressionados para que tecnologias novas e emergentes sejam incorporadas ao sistema de saúde.

Além do impacto orçamentário provocado por esse processo, grande parte dessa pressão é norteadada pelo desconhecimento acerca da viabilidade técnica e financeira relativa à incorporação dessas tecnologias, bem como das conseqüências do seu uso para a saúde da população. Nesse contexto, o objetivo principal do presente trabalho é discutir o papel das redes regionalizadas de atenção à saúde (RRAS) no processo de incorporação tecnológica no SUS do Estado de São Paulo (SP) mediante a realização de estudos de casos em um conjunto selecionado de regiões de saúde, a partir de tipologia que considera a situação socioeconômica e a oferta e complexidade dos serviços de saúde. A metodologia empregada neste estudo baseou-se em pesquisa bibliográfica, análise documental e de dados secundários, e entrevistas semiestruturadas. O Estado de SP foi selecionado em virtude do seu grau elevado de desenvolvimento econômico, com grande concentração de investimentos na área da saúde. Os resultados evidenciaram que a Secretaria de Saúde do Estado de SP adotou diversas iniciativas importantes para o aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias no período recente: instituição do Conselho Estadual de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, responsável por propor a Política de Desenvolvimento Científico, Tecnológico e de Inovação em Saúde do Estado de SP, assim como definir a Agenda Estadual de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde; criação do Grupo de Planejamento e Incorporação de Tecnologia e Insumos na estrutura da SES-SP, responsável por delinear estratégias para a incorporação de novas tecnologias e insumos nos serviços de saúde do SUS-SP; criação do Centro de Tecnologia de Saúde para o SUS, vinculado ao Instituto de Saúde, com a finalidade de produzir e elaborar informação necessária para apoiar a tomada de decisão sobre a introdução, a difusão e a utilização das tecnologias em saúde; criação da Coordenação de Demandas Estratégicas da SES-SP, para lidar com as demandas provenientes de ações judiciais; articulação da Rede Paulista de Avaliação de Tecnologias em Saúde, que compreende mais de 30 núcleos de ATS em hospitais de ensino e universidades; criação dos Núcleos de Inovação Tecnológica (NIT) dos Institutos de Ciência e Tecnologia da área da saúde; dentre outras medidas. Destaque-se,

porém, que muitas dessas iniciativas são recentes e ainda não produziram os resultados esperados, especialmente por terem que lidar com a diversidade de instâncias e instituições envolvidas, além da heterogeneidade de agentes e interesses que atuam direta ou indiretamente na saúde. Além disso, as atividades desenvolvidas estão, em sua maioria, sob responsabilidade do nível central da SES-SP, com grande dificuldade para chegar nos espaços de articulação regional. Conclui-se que o aprimoramento de iniciativas capazes de fomentar a articulação entre a estratégia de regionalização e a gestão de tecnologias em saúde mostra-se um desafio expressivo a ser enfrentado para a consolidação do SUS no estado de SP, fundamentalmente pelas especificidades de seu sistema de saúde, que trazem ainda maior complexidade para a capacidade das RRAS na gestão e regulação desse processo.

Orario: 15:45-16:15 

Orario: 16:15 - 17:30 **SESSIONI PARALLELE**

Sessione 13

Aula 1

Tema: Esperienze di management delle risorse umane in sanità'

Sessione organizzata da: Nicoletta Schirru, Flavia Simonetta Pirola, Rita Pilloni e Federico Argiolas, Italia

Obiettivi:

La sessione di lavoro, dall'analisi di dati oggettivi, si propone di identificare e analizzare strategie che sviluppino le competenze e il sistema di responsabilità, che governino i processi di cambiamento organizzativo.

Verranno presentati quattro casi studio legati alla riorganizzazione del P.O. Armando Businco a Cagliari e all'analisi della gestione di un'unità operativa tecnica in Umbria.

Contesto, descrizione del problema:

All'interno delle unità operative sanitarie ruoli e competenze sono diversificati, con personale spesso altamente qualificato ma talvolta demotivato.

La formazione del dipendente e la sua motivazione al lavoro, intesa come capacità professionale al raggiungimento degli obiettivi aziendali, talvolta risente di logiche e metodologie obsolete premianti più la fidelizzazione all'azienda che alla qualità del lavoro svolto.

Le dinamiche del turn over dei vertici richiedono attività di facile e immediato riscontro, i tempi di rientro sono esigui connotando l'operato in un "tutto e subito".

Il contesto descritto prevede maggiore professionalità proprio perché maggiore è la richiesta del *problem solving*.

Si riscontrano enormi difficoltà ad accrescere la professionalità dei dipendenti spesso vittime del "faccio perché devo" il lavoro di routine.

La sensibilità, la formazione e la preparazione del leader spesso sono il motivo di successo del dipendente in sanità, talvolta è l'individuazione di strategie operative efficaci sul breve termine, e la loro condivisione, a rendere il dipendente soddisfatto del proprio lavoro, rendendolo pertanto partecipe al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda.

Le teorie, i metodi, i modelli, i materiali utilizzati:

Verranno analizzati 3 casi studio in contesti sanitari diversi (può un progetto di riorganizzazione funzionale di un presidio della ASL 8 di Cagliari concretizzarsi in tempi brevi? L'introduzione di metodi di gestione multidisciplinare del personale tecnico alla ASL4 di Terni può portare a risultati concreti sul medio e lungo termine? Quali sono i metodi più adatti ed efficaci?). Si analizzeranno le criticità, i successi e gli insuccessi, facendo una disamina del metodo applicato e della sua reale efficacia.

I risultati, la discussione:

La sessione composta di quattro comunicazioni presenterà il metodo partecipato impiegato nei due casi studio con la disamina critica dei successi e delle difficoltà non appianate, fornendo spunti di riflessione sul ruolo del leader tecnico in sanità.

La riorganizzazione di un presidio ospedaliero: metodi e strategie operative. Il caso del P.O. Armando Businco per l'ASL 8 - Cagliari.

Nicoletta Schirru, Federico Argiolas, Italia. nicoletta.schirru@gmail.com

Riassunti:

L'articolo, analizzando un progetto di riorganizzazione funzionale di un presidio ospedaliero polo di eccellenza per le cure oncologiche dell'ASL 8 di Cagliari mediante l'impiego di risorse interne (per la progettazione tecnica, per la progettazione sanitaria, per la direzione lavori e per l'esecuzione dei lavori), propone di evidenziare i successi del metodo impiegato ed analizzare gli aspetti premianti, le strategie operative impiegate e le problematiche irrisolte mediante un lungo lavoro di progettazione partecipata, di formazione del personale e di pianificazione dei lavori.

Il presidio ospedaliero in sei mesi ha riorganizzato la sua struttura sanitaria e funzionale in una unica piattaforma di degenza, su un unico piano ad espansione orizzontale, una unica piattaforma di Day Hospital per l'intero presidio, una unica piattaforma ambulatoriale per attività non invasive, un unico punto di accettazione e registrazione dei pazienti per le attività ambulatoriali e di Day Hospital. Il cambiamento è stato possibile in soli 6 mesi grazie all'impiego del metodo partecipato multidisciplinare su più livelli.

Resumen:

El artículo, mediante el análisis de un proyecto de reorganización funcional del hospital en un centro de excelencia para la atención del cáncer ASL 8 Cagliari a través del uso de los recursos internos (por el diseño técnico, el diseño de la salud, para la gestión de la construcción y para la ejecución de las obras), tiene por objeto poner de relieve los éxitos del método utilizado y analizar la recompensa, estrategias operativas empleadas y los problemas no resueltos a través de un largo proceso de planificación participativa, la capacitación del personal y la planificación de la obra. El hospital en seis meses ha reorganizado su estructura y la salud funcional en una plataforma única en el hospital, en una sola planta para la expansión horizontal, un Hospital de Día plataforma única para toda la guarnición, una plataforma única para pacientes ambulatorios no invasiva, un único punto de aceptación y registro de pacientes para consultas externas y hospital de día. El cambio fue posible en sólo 6 meses gracias al enfoque multidisciplinario participó en muchos niveles

La gestione del personale tecnico dipendente, l'esperienza dell'ASL 4 Terni.

Nicoletta Schirru, Italia. nicoletta.schirru@gmail.com

Riassunti:

L'articolo propone l'analisi della prima opportunità di esperienza di attività dirigenziale di struttura semplice, U.O. Amministrazione Risorse Tecniche, con il coordinamento di n. 30 figure professionali, unità diversificata per professionalità; competenze; attitudini al lavoro e attività da programmare. Nella sua composizione multidisciplinare l'unità operativa ha richiesto l'introduzione di nuovi metodi operativi che incidessero anche sull'organizzazione interna e sull'attitudine al lavoro del personale. Sono stati introdotti nuovi metodi operativi con l'utilizzo di leve quali la partecipazione, il coaching e talvolta attraverso anche l'utilizzo di metodi direttivi. La diversa formazione professionale del team ha fatto emergere criticità e successi dei metodi impiegati mettendo in discussione la stessa figura del leader.

Resumen:

El artículo propone el análisis de la primera oportunidad de experiencia de gestión de la estructura simple, UO Administración de Recursos Técnicos, bajo la coordinación de n. 30 profesionales, diversas unidades de profesionalidad; habilidades; actitudes para trabajar y las actividades que se programen. En su composición, el grupo de trabajo multidisciplinario llamado para la introducción de nuevos conceptos operativos que afecten a la organización interna y de la actitud de los empleados en el trabajo. Introdujo nuevos métodos de trabajo con el uso de palancas como la participación, entrenamiento e incluso a veces a través de la utilización de métodos de gestión. La capacitación profesional de las unidades se ha puesto de relieve los problemas y los éxitos de los métodos utilizados por cuestionar la misma figura del líder.

La responsabilité sociétale: panorama des pratiques dans le secteur médico-social français.

Sandra Bertezene, Caroline Bayart e David Vallat, France

Résumé:

Ce papier dresse le panorama des pratiques en matière de responsabilité sociétale au sein du secteur médico-social français. Après l'étude des fondements de la RSE dans le secteur médico-social français, les résultats issus d'une enquête par questionnaires, administrée par internet, auprès de dirigeants

d'établissements sont présentés. Les réponses fournis par 486 responsables d'établissements pour personnes âgées dépendantes et services de soins infirmiers à domicile, permettent de dresser le panorama des pratiques responsables au sein des ces organisations.

Riassunto:

Questo articolo esamina le pratiche dei dirigenti sulla responsabilità sociale nel settore sociomedicale francese. Dopo lo studio dei fondamenti della RSI, i risultati di un questionario, inviato via internet, sono presentati. Le risposte fornite da 486 responsabili delle istituzioni vengono utilizzati per disegnare il panorama delle pratiche di RSI all'interno di queste organizzazioni.

Lavorare in rete per migliorare la sicurezza dei pazienti-utenti: i primi risultati del progetto IRIDE.

Carmen Tereanu, F. Furtunescu, M. Ghelase, D. Moraru, D. Siscanu, T. Turcanu, T. Cliscovschi, A. Manolachi, G. Buta, A. Molna, C. Etco e B. Pesenti, Italia, Moldavia e Romania.
ctereanu@asl.bergamo.it

Contesto: Un recente Workshop organizzato dall'ALASS a Chisinau sulla malpractice in Sanità nel 2012, con partecipanti della Repubblica Moldova, Romania e Italia, ha sottolineato l'importanza della collaborazione tra i vari Paesi al fine di ridurre il gap tra Paesi in materia di sicurezza dei pazienti/utenti dei servizi sanitari. Nel settore ospedaliero dei Paesi dell'Est la gestione moderna del rischio clinico, basata sull'apprendimento dagli errori, è poco diffusa. Nel tempo stesso, in Italia gli operatori del settore della Prevenzione sono stati finora meno coinvolti rispetto all'ospedale, anche se il problema degli errori concerne tutti. Patrocinato dall'ALASS, il progetto IRIDE è iniziato nel 2013 e verte sui fattori controllabili del rischio clinico, cioè sulle variabili organizzative: cultura organizzativa, documentazione sanitaria/sociosanitaria, procedure, competenze e abilità professionali, dotazioni strutturali e tecnologiche, sistemi di qualità. Il progetto non ha un finanziamento esterno.

Obiettivi:

- 1) Validare un Questionario per misurare la cultura della sicurezza degli utenti nei setting partecipanti (Hospital Survey for Patient Safety Culture della AHRQ, ovvero HSOPS);
- 2) Misurare la cultura della sicurezza (somministrando il questionario) per identificare le aree di miglioramento
- 3) Creare "l'infrastruttura" per rendere funzionali strumenti pro-attivi di identificazione e analisi del rischio/degli eventi avversi (*Failure Mode and Effect Analysis, Incident Reporting orientato sui near misses*) nei setting partecipanti
- 4) Identificare i profili di rischio per i pazienti/utenti nel contesto specifico di ciascun setting e individuare le azioni prioritarie da adottare per ridurre e/o eliminare il rischio, in base al profilo di rischio identificato.
- 5) Sviluppare un modulo di corso aziendale/post-universitario di Risk management/sicurezza dei pazienti, dotato di crediti ECM, con casi di studio tratti dalla realtà specifica ai setting partecipanti.
- 6) Ottimizzare la cultura organizzativa favorevole all'apprendimento dagli errori e alla gestione integrata del rischio per i pazienti/utenti.
- 7) Scambio di esperienza tra i partner del progetto, al fine di evitare l'auto-referenzialità

Materiale e metodi: Sono coinvolte 10 città in 3 Paesi. Partecipano: 4 Dipartimenti di Prevenzione della ASL, 7 ospedali pubblici, 1 clinica privata, 1 centro assistenza primaria e specialistica, 2 università e 1 Collegio infermieristico. Gli strumenti sperimentati sono: HSOPS, Incident Reporting, Failure Mode and Effect Analysis, Patient Safety Curriculum Guide Multi-professional Edition.

Risultati: Sarà illustrato lo stato di avanzamento ed i principali risultati ottenuti nei primi due anni del progetto, che si concluderà a maggio 2016. Nello specifico, saranno presentati i punti salienti della cultura della sicurezza (in tutti e 3 Paesi), della sperimentazione dell'Incident Reporting (in Italia e Rep. Moldova) e della FMEA (Italia) e dell'attività di formazione (in tutti e 3 Paesi).

Interesse della comunicazione in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche: Il progetto applica per la prima volta il Hospital SOPS in ambito preventivo territoriale in Italia e in ambito ospedaliero nei Paesi dell'Est dell'Europa. Inoltre, i Paesi dell'Est sperimentano per la prima volta a livello ospedaliero strumenti pro-attivi di risk management quali Incident Reporting e FMEA.

Tema: Patologias juvenis e diferenças de gênero

Presidente: Edna Maria Goulart Joazeiro, Hospital de Clínicas UNICAMP, Brazil

Diferenças de gênero no comportamento de violência escolar na Grande Aracaju/SE/Brasil.

Cristiane Costa Cunha de Oliveira, Igor Soares Vieira, Andreia Poschi Barbosa Torales e Marлизete Madonado Vargas, Universidade Tiradentes, Brasil. criscunhaoliva@yahoo.com.br

Resumo:

O objetivo foi analisar as situações de violência escolar em adolescentes e sua relação com os gêneros, na Grande Aracaju/SE/Brasil. Foi utilizado questionário autoaplicável, aplicado a 753 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 13 e 20 anos, alunos do Ensino Fundamental e Médio de escolas públicas estaduais. O tipo de *bullying* mais utilizado foi o verbal, tanto entre as vítimas quanto aos agressores. Fenômeno de ocorrência muito comum no cenário escolar, com grande percentagem de alunos envolvidos em todas as escolas pesquisadas e nos diferentes papéis de gênero.

Palavras-chave: *Bullying*, gênero, adolescentes, escola, violência

Riassunti:

L'obiettivo è stato quello di analizzare le situazioni di violenza scolastica negli adolescenti e la sua relazione con i generi, nella grande Aracaju/Se/Brasile. È stato utilizzato un questionario autosomministrabile, somministrato a 753 adolescenti di entrambi i sessi, con età compresa tra i 13 e i 20 anni, alunni della scuola elementare e medie di scuole pubbliche e statali. Il tipo di *bullying* più utilizzato è stato quello verbale, tanto tra le vittime quanto negli aggressori. Fenomeno di occorrenza molto comune, nello scenario scolastico, con grande percentuale di alunni coinvolti in tutte le scuole indagate e nei differenti ruoli di generi.

Interoperabilidade no sistema de saúde: A garantia da dignidade da criança intersexual.

Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima, Ana Karina Canguçu Campinho e Andréa Santana Leone de Souza, Brasil

Evolución de la Mortalidad Infantil en Chile: una política pública exitosa en América Latina

María Inés Romero, César Gattini C., Pilar Rubio V. e Mario Parada L., Subdirectora Instituto de Políticas Públicas en Salud. Universidad San Sebastián, Chile. mariaines.romero@uss.cl

El riesgo de muerte infantil ha presentado notables progresos en Chile en los últimos 60 años. La tasa de mortalidad infantil ha descendido desde 139 muertes de menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos en 1948 a 7,4 en 2012 (94,6% de descenso). La reducción se ha producido especialmente a través de la eliminación de causas de enfermedad y muerte evitables con una efectiva promoción, prevención y atención de salud.

Ello ha ocurrido simultáneamente con el progreso socioeconómico del país y el desarrollo del sistema de salud, especialmente en su componente público, con planes y programas de alta cobertura para acciones eficaces de salud destinadas al grupo materno infantil.

El análisis que se presenta corresponde a una línea de investigación de series de tiempo que ha sido posible realizar porque, aún con las imperfecciones propias de la época, Chile ha contado con registros razonablemente confiables desde la primera mitad del siglo pasado tanto de salud como de otras características, lo que ha permitido su correlación con variables sociales, geográficas y económicas.

La tasa de mortalidad infantil representa el riesgo de muerte del menor de 1 año en relación a los nacidos vivos, distinguiéndose 2 componentes: el neonatal, (menores de 28 días) y el infantil tardío, (28 días hasta el momento antes de cumplir un año). El primero se asocia a condiciones maternas y atención del parto, en tanto el segundo se asocia a la atención de salud y a determinantes sociales.

La tasa de mortalidad neonatal ha descendido desde 50,3 muertes de menores de 28 días por 1.000 nacidos vivos en 1948 a 5,4 en 2012 (un 89% de descenso). La mortalidad infantil tardía ha descendido desde 88,7 muertes entre 28 días y 11 meses 29 días por 1.000 nacidos vivos en 1948 a 2,1 en 2012 (97,6% de descenso). Estas cifras ubican a Chile en segundo lugar entre los países de América Latina después de Cuba destacando en la comparación, países con tasas equivalentes a las que tenía Chile a fines de los años 70.

Frente a esos progresos es preciso reconocer que existe una gran inequidad y la mortalidad es mayor en los grupos menos privilegiados, que sufren de menores oportunidades de acceso a la atención de salud y al desarrollo socioeconómico.

Junto con el incremento de la importancia relativa de la mortalidad neonatal sobre la tardía, se observa modificación de las causas específicas, con disminución de las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas y el aumento de las perinatales y congénitas.

Análisis estadísticos (jointpoint regression) permiten establecer 3 momentos de quiebre de la tendencia de la mortalidad infantil. Estos se correlacionan con la implementación de acciones y programas específicos, como la cobertura de atención del niño sano y enfermo consolidada progresivamente desde la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952; con los programas de vacunación; con acciones educativas orientadas a proteger la lactancia materna y a prevenir enfermedades diarreicas y con la implementación de tecnología compleja para la atención neonatal. Cabe destacar la política de atención profesional del parto y su impacto en mortalidad neonatal y materna. Todas estas asociaciones tienen coeficientes de correlación de Spearman estadísticamente significativos.

Estos fenómenos son multideterminados y los progresos también se asocian con condiciones del nivel de vida y bienestar, especialmente la educación materna.

Los logros alcanzados, **no se debieron al azar**. Se han sustentado en acciones, programas y planes desarrollados en función de un diagnóstico, que han sido sistemáticamente monitoreados en sus procesos y evaluados en sus resultados y que se han implementado en una red de establecimientos de salud que llega a la población.

Frente al actual nivel y características de la mortalidad infantil, el desafío de acción se concentra en mantener y perfeccionar la cobertura de promoción, protección y atención de salud, junto con reducir las desigualdades que afectan a aquellos grupos de población donde el riesgo de enfermar y morir en el primer año de vida es mayor y puede ser evitado. La supervivencia infantil presenta a la sociedad el desafío de dar a los niños que llegaron a cumplir un año de edad las oportunidades de desarrollo y calidad de vida que merecen.

Hospital de ensino, formação e território: desafios do cuidado à saúde na infância

Edna Maria Goulart Joazeiro, Antonio Gonçalves de Oliveira Filho e Sonia Ap. Alda Chaves Ferreira, Universidade Estadual de Campinas, Brasil. emgoulart@uol.com.br

RESUMO:

A formação de profissionais e o cuidado à saúde nos Hospitais de Ensino enfrentam, o desafio de assistir a saúde de populações SUS dependentes, ao mesmo tempo, que se ensina realizar o cuidado à saúde. Nas sociedades marcadas pela desigualdade social, a presença das múltiplas expressões da questão social, consiste num outro aspecto que amplia as dificuldades que se colocam para a efetivação do direito à saúde, a formação profissional e o exercício do trabalho na Saúde Pública. Estudo de natureza quantitativo realizado mediante o uso de base de dados eletrônica da série histórica de atendimento na disciplina de Cirurgia Pediátrica em hospital de ensino, no período de 1993 a 2013, teve como objetivo, analisar a configuração da dinâmica assistencial de unidade de internação de Hospital de Ensino Público de natureza terciária na região de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil. Estudo descritivo, ancorado nas categorias analíticas território de moradia, distância da Unidade de internação e complexidade do processo socioassistencial, analisa ainda os marcos legais da legislação da Infância em vigor no Brasil com vistas a colocar em discussão as múltiplas dimensões socioterritoriais e as políticas sociais demandas para assegurar a realização do trabalho de natureza coletiva na saúde pública na Infância. Explicita-se que, nesse espaço são convocados saberes híbridos nascidos em diversos campos disciplinares, alguns circunscritos ao campo de saber da própria profissão e outros amalhados no decorrer da realização da atividade realizada em relação de heterodeterminação, de interdependência e de interpenetração com outros saberes na trama do cuidado com a vida do outro na área da saúde.

O estudo evidencia que a efetivação da formação e da assistência, no espaço do hospital moderno, enfrentam o dilema de produzir ações resolutivas e de constituir coletivos sinérgicos, pautado no compromisso ético político, que é indispensável à intervenção nesse campo de trabalho, de saber e de poder que precisa consolidar processos assistenciais que fortaleçam a Política Pública de Saúde e, efetivamente, precisam colocar em movimento ações sócio pedagógicas junto aos genitores, ao mesmo tempo que organizam o cuidado com vistas à assegurar ações profissionais em defesa da vida.

RÉSUMÉ:

La formation des professionnels et le soin de santé aux Hôpitaux d'Enseignement affrontent le défi d'assister la santé de populations SUS dépendants, en même temps qu'on enseigne comment réaliser le soin de santé. Dans les sociétés marquées par l'inégalité sociale, la présence des multiples expressions

de la question sociale, consiste en autre aspect qu'élargisse les difficultés rencontrées pour l'accomplissement des droits à la santé, la formation professionnelle et l'exercice du travail à la Santé Publique. Étude de nature quantitative effectuée sur la base de données électroniques de la série historique de soins de santé par rapport à la Chirurgie Pédiatrique dans un hôpital d'enseignement, sur une période allant de 1993 à 2013, a eu comme objectif, analyser la configuration de la dynamique assistencial d'une unité d'internation de Hôpital d'Enseignement Publique de nature tertiária dans la région de Campinas, État de São Paulo, Brésil. Étude descriptive, ancrée sur les catégories analytiques, territoire d'habitat, distance de l'Unité d'internation et complexité du processus d'assistance sociale analyse aussi les cadres juridiques de la législation sur l'Enfance en vigueur au Brésil en vue de mettre en discussion les multiples dimensions socioterritoriales et les politiques sociales, demandes pour assurer la réalisation du travail de nature collective à la santé publique pendant l'Enfance. On explique que, dans cet espace, sont convoqués les savoirs hybrides nés en divers domaines disciplinaires, quelques uns circonscrites au terrain du savoir de la profession même et d'autres amassés au cours de l'activité réalisée par rapport à la hétérodétermination, à l'interdépendance et à l'interpénétration avec d'autres savoirs dans la trame de prendre soin de l'autre aux domaines de la santé.

L'étude met en évidence que l'accomplissement de la formation et du soin, dans l'hôpital moderne, se trouvent face au dilemme de produire des actions résolues et de constituer collectives synergiques sous l'engagement éthique politique, indispensable à l'intervention dans ce domaine de travail, de savoir et de pouvoir qui doit consolider les processus sociaux qui fortifient la Politique Publique de Santé et, effectivement ont besoin de mettre en mouvement des actions socio-pédagogiques auprès des parents, en même temps que organisent les soins en vue d'assurer des actions professionnelles en défense de la vie.

Sessione 15

Aula 3

Tema: *Studi di efficacia in sanità*

Presidente: Guy Durant, Président d'Honneur de l'ALASS

Etude coût-efficacité d'un itinéraire clinique pour l'infarctus aigu dans un centre universitaire.

Jean-Blaise Wasserfallen, Louis Gros e Pierre Vogt, Suisse

Revisão sistemática e análise de custo-efetividade dos medicamentos disponíveis para o tratamento da obesidade no Brasil, sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde.

Cid Manso de Mello Vianna, Ricardo Ribeiro Alves Fernandes, Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, Rosely Sichieri e Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira, Instituto de Medicina Social – UERJ, Brasil. cdvianna@gmail.com

Introdução:

A prevalência de sobrepeso e obesidade tem tomado proporções epidêmicas em todo o mundo. No Brasil, entre 1974 e 2009, a prevalência de excesso de peso aumentou em quase três vezes no sexo masculino (de 18,5% para 50,1%) e em quase duas vezes no sexo feminino (de 28,7% para 48,0%). Entre os adolescentes, no período de tempo analisado, a prevalência de excesso de peso aumentou em seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e em quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%).

No Brasil, em 2007, cerca de 72% das mortes ocorridas no país foram atribuídas a doenças crônicas não transmissíveis. Em 2001, o custo das hospitalizações de adultos relacionadas ao excesso de peso e obesidade e às doenças associadas, no Sistema Único de Saúde (SUS), foram de US\$ 36 milhões. Em 2012, estimou-se em US\$ 210 milhões o custo de 18 patologias associadas ao excesso de peso e obesidade no SUS.

Objetivo:

Realizar análise de custo-efetividade da comparação do tratamento farmacológico da obesidade, com uso de sibutramina ou orlistat, em relação à mudança de estilo de vida, no Brasil, avaliando seu potencial na redução da incidência de doenças relacionadas ao excesso de peso, na perspectiva do SUS

Metodologia:

Foi desenvolvido um modelo matemático a fim de auxiliar a avaliação de custo-efetividade das intervenções farmacológicas utilizadas no tratamento da obesidade. A estrutura utilizada foi de cadeia de Markov onde estados de transição retratam a evolução do paciente logo após a intervenção. No nóculo

de decisão os pacientes dividam-se em três grupos de acordo com o tratamento aplicado, sendo estes: (a) apenas dieta; (b) sibutramina e dieta e; (c) orlistat e dieta.

Na simulação, os pacientes aumentam seu índice de massa corporal (IMC) a uma taxa determinada, onde as probabilidades de desenvolver comorbidades como infarto e diabetes variam de acordo com o nível em que se encontra o IMC do indivíduo naquele estágio do modelo. A utilidade dos pacientes variaram de acordo com a presença ou não de comorbidades e o grau de IMC que se encontrava o indivíduo. O modelo simulou indivíduos de ambos os gêneros com IMC médio de 35 e idade média de 35 anos e o horizonte temporal do modelo estipulado foi de 10 anos. Os dados de custo utilizados foram extraídos de estudos nacionais realizados em acordo com a realidade do sistema de saúde brasileiro, tendo sido considerados custo diretos médicos e não médicos

Resultados:

A estratégia de intervenção que se mostrou mais efetiva foi o Orlistat + Dieta apresentando ao final dos 10 anos uma efetividade incremental em relação a Sibutramina + Dieta de 0,13. Apesar disso, a estratégia que apresentou o melhor resultado relacionado à razão de custo-efetividade incremental (ICER) após a linha de base (Dieta) no ranking foi Sibutramina + Dieta. Tal opção apresentou um ICER de R\$2.588,84 comparado com R\$7.715,91 relativo ao Orlistat + Dieta

Conclusão:

A Organização Mundial de Saúde recomenda como limiar de aceitabilidade para países em desenvolvimento um valor correspondente a três vezes o PIB per capita. Esse valor está em torno de R\$ 63.756,00 (WHO, 2014). Desse modo, tanto o Orlistat quanto a Sibutramina somada a Dieta apresentam uma razão de custo efetividade incremental com valor inferior a tal limiar. Ou seja, ambos se apresentam estratégias do ponto de vista da eficiência econômica interessante pro sistema. Vale ressaltar que a estratégia Sibutramina + Dieta possui maior eficiência econômica na incorporação gerando maior equidade da distribuição de recursos. Porém, a diferença existente entre as duas estratégias é razoavelmente pequena. Tendo o Orlistat + Dieta apresentado um ICER atraente do ponto de vista das recomendações da OMS, uma diferença pequena no âmbito da eficiência econômica para a estratégia alternativa e maior efetividade, esta estratégia parece ser mais interessante do ponto de vista do cuidado a saúde do que a alternativa (Sibutramina + Dieta). Somado a isso, deve-se levar em conta que a Sibutramina é um medicamento que apesar de registrado no Brasil, é banido em países como Estados Unidos e países Europeus (EMEA, 2010; FDA 2010).

Prestazioni ambulatoriali: un esame di economicità di tipo direct costing evoluto nell'ecotomografia.

Marta Faucci, Università degli Studi di Pisa, Italia. marta_faucci2000@yahoo.it

Abstract:

Il lavoro applica alcuni concetti di Management alla gestione delle tecnologie sanitarie in quanto fornisce una analisi economica relativa ad un adeguato utilizzo di apparecchiature largamente diffuse nelle realtà sanitarie, come gli ecotomografi.

Attraverso una tecnica di minimizzazione dei costi e una analisi di tipo direct costing evoluto, facilmente implementabile dalla maggior parte di realtà ospedaliere, verrà effettuata una valutazione di economicità. Infine sarà proposto uno strumento di supporto al *decision making* utilizzabile nelle fasi del ciclo gestionale per valutare la redditività e l'adeguato sfruttamento dell'investimento. L'analisi è rivolta a decisioni di breve e medio periodo in quanto trascura problematiche tipo di sicurezza, di efficacia, di qualità, organizzative e di tipo finanziario, non trascurabili per valutazioni di medio-lungo termine.

Obiettivi della ricerca:

In questo articolo si vuole fornire uno strumento utilizzabile dalle Aziende Sanitarie per pianificare e controllare gli investimenti relativi alle apparecchiature in termini di redditività e sfruttamento.

Descrizione del problema e del contesto:

La Conferenza permanente Stato Regioni, luglio 2014, recependo le direttive comunitarie sull'Health Tecnology Assessment (HTA), sancisce il ruolo dell' HTA per *migliorare la capacità del SSN di selezionare i dispositivi medici e le tecnologie sanitarie in relazione al valore generato nel sistema*, da cui la delega all'A.Ge.Nas di coordinare un *Programma Nazionale di HTA fondato sulla creazione di una rete nazionale di collaborazione tra Regioni per la definizione e l'utilizzo di strumenti per il governo dei dispositivi medici e per l'HTA.*

Questo lavoro si inserisce in questo contesto, e in particolare all'interno della Valutazione delle tecnologie sanitarie, in quanto fornisce una analisi economica relativa ad un adeguato utilizzo di apparecchiature largamente diffuse nelle realtà sanitarie come gli ecotomografi.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

È stata utilizzata la metodologia direct costing evoluto: sono stati individuati i fattori di costo, è stata effettuata l'individuazione dei cost driver relativi alle prestazioni ambulatoriali e la classificazione degli stessi; il tempo di effettivo utilizzo dell'investimento, il fattore su cui è stato calcolato il margine di contribuzione relativo, è stato calcolato utilizzando i *tempi di agenda medi* indicati dalle linee guida SIRM per le prestazioni ambulatoriali.

Partendo da un pattern di prestazioni e un parco apparecchi ipotetico, sono stati calcolati:

- Total cost of ownership, considerato il costo totale dell'investimento
- Margine di contribuzione dell'investimento

È stata considerata come economicamente sostenibile la disequazione:

$$TCO|_{INVESTIMENTO} < MLdC|_{INVESTIMENTO}$$

Per individuare le leve per raggiungere o incrementare la suddetta disequazione è stata applicata una *shift and share analysis* che evidenzia come il Margine Lordo di Contribuzione relativo all'investimento dipenda dal Margine di contribuzione medio relativo al case mix di prestazioni e dal Rendimento dell'apparecchiatura (1).

$$\begin{aligned}
 MLdC|_{INVESTIMENTO} &= \frac{MLdC|_{INVESTIMENTO}}{T_{Utot}|_{INVESTIMENTO}} * T_{Utot}|_{INVESTIMENTO} \\
 &= MLdC|_{INVESTIMENTO, CASE MIX_i} * R |_{APPARECCHIATURA} * T_{DT}
 \end{aligned}
 \tag{1}$$

Con:

- Margine di contribuzione relativo medio del case mix di prestazioni:

$$\overline{MLdC|_{INVESTIMENTO, CASE MIX_i}} = \frac{MLdC|_{INVESTIMENTO}}{T_{Utot}|_{INVESTIMENTO}}$$

- Rendimento ideale del parco apparecchi:

$$R |_{APPARECCHIATURA} = \frac{T_{U|APPARECCHIATURA}}{T_{DT}}$$

Dove:

Tu è il tempo di utilizzo del parco apparecchi, dato dal tempo di utilizzo totale delle prestazioni ambulatoriali date, è il Tempo di utilizzo effettivo dell'investimento.

T_{DTa} è il tempo di disponibilità teorica del parco apparecchi.

Risultati:

L'analisi condotta individua il rendimento e il margine di contribuzione del case mix come leve per il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Inoltre, consideriamo utile porre in evidenza il tempo di disponibilità teorica del parco apparecchi, come riferimento verso cui dovrebbe tendere un ottimale utilizzo, aprendo la strada alla condivisione delle risorse.

La technologie et l'émergence d'une organisation/réseau: le cas d'une unité de soins pré-hospitaliers d'urgence.

Lise Lamothe, Stéphanie Collin e Jean-Paul Fortin, ESPUM, Québec. lise.lamothe@umontreal.ca

Les systèmes de santé sont souvent considérés comme des contextes pluralistes qui sont caractérisés par une diversité d'acteurs hétérogènes, aux buts variés et multiples. Dans ces organisations, la

coordination et le contrôle s'exercent davantage par des mécanismes d'ajustements mutuels et de standardisation des qualifications et par le maintien d'une culture professionnelle que par la supervision directe [1, 2]. Dans de tels contextes, le pouvoir est donc diffus, et le leadership partagé [3-9]. Les professionnels sont le noyau de ce type d'organisations et leurs compétences leur confèrent une autonomie qui fait en sorte qu'ils n'adhèrent pas aux formes traditionnelles de contrôle [2]. La coordination des acteurs et des organisations poursuivant des objectifs divergents et multiples est rendue possible grâce aux rapports d'interdépendance qui les unissent [10, 11].

La notion de contexte pluraliste permet de concevoir les interactions et les rapports entre les divers acteurs en termes de réseaux [3, 5, 6, 12, 13]. La recherche d'un meilleur arrimage du travail des professionnels conjointement engagés dans la production des soins et services fait émerger de nouveaux arrangements de gouverne, en inter-organisationnel. La création d'une organisation/réseau suppose une redéfinition du noyau de l'organisation des soins et services de santé, exigeant entre autres l'intégration des activités cliniques dans un contexte où les frontières organisationnelles sont floues [14]. Autrement dit, l'organisation/réseau rallie une grande variété de producteurs de soins qui offrent collectivement des services coordonnés et continus et sa forme repose davantage sur les flux d'information que sur les structures.

Comment une telle forme organisationnelle peut-elle s'actualiser? Comment les flux d'information comme éléments fondateurs d'une organisation permettent-ils l'émergence d'une nouvelle forme organisationnelle?

Notre présentation vise à apporter un éclairage sur le sujet. Elle s'appuie sur l'étude de la conception et la mise en œuvre d'une unité de soins pré-hospitaliers d'urgence au Québec. Notre étude longitudinale (2001-2014) permet d'illustrer comment l'utilisation de technologies de l'information, mises au service d'une meilleure transmission des flux d'information cliniques, a progressivement façonné le travail interprofessionnel, la mise en réseau de diverses organisations et l'ajustement de la gouverne d'une telle forme nouvelle d'organisation.

L'impetus pour le changement, apporté par la technologie, a entraîné des modifications du système social existant et influencé le choix des mécanismes de coordination nécessaires à l'efficacité des soins. La délibération et l'ajustement mutuel ont permis le changement mais de nouvelles formes de standardisation ont dû être mises en place. Celles-ci sont le résultat d'un processus d'apprentissage générateur de confiance entre partenaires soignants formant des équipes « virtuelles ». Ce processus est essentiel à la progression du changement puisqu'il permet une meilleure transmission des flux d'information. La technologie ouvre des rapports d'échange nouveaux entre les personnes mais c'est la qualité de ces rapports qui assure celle des flux d'information.

Sessione 16

Aula 4

Tema: Modello Adriatico di Mobilità Sostenibile nel Settore della Salute e della Cura

Sessione organizzata da: Eros Moretti, Giovanna Vicarelli, Elena Spina, Università Politecnica delle Marche, Italia

Progetti e buone prassi nel settore della Salute, cura e mobilità: risultati preliminari.

Eralba Cela, Italia

Il Family Learning Socio-Sanitario: un nuovo strumento di gestione della salute in ambienti domestici tecnologicamente mediati.

Giulia Mancinelli, Italia

L'ICT come strumento per migliorare la mobilità nei servizi socio sanitari.

Ilir Qose, Francesca Schocchera e Lorenza Lupini, Italia

Sessione 17

Aula 5

Tema: A Parceria Estratégica da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul e o Telessaúde/RS: dispositivo tecnológico para qualificar a Atenção à Saúde da população

Sessão organizada da: Rebel Zambrano Machado, Faculdade São Francisco de Assis, Brasil. Zambrano.rebel@gmail.com

Resumo:

A Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul estabeleceu uma parceria estratégica com o TelessaúdeRS/UFRGS, ferramenta criada pelo Ministério da Saúde, em 2007, e atualmente localizado nas 05 regiões brasileiras e em 14 estados. Essa parceria apresenta diferentes produtos, mas neste artigo são tratados a teleconsultoria como uma segunda opinião formativa, telerregulação assistencial auxiliando na organização da demanda por especialidades e tele-educação como dispositivo de educação permanente, com o objetivo de qualificar o trabalho das equipes, fortalecendo os atributos da Atenção Primária à Saúde.

Riassumo:

Il Segretario di Stato di Rio Grande do Sul Salute ha stabilito una partnership strategica con TelessaúdeRS / UFRGS , strumento creato dal Ministero della Salute nel 2007 e attualmente situato a 05 regioni del Brasile e in 14 stati . Questa partnership presenta diversi prodotti , ma in questo articolo sono trattati per teleconsulto come un secondo parere formativo , assistenza teleregulation assistenza nella organizzazione della domanda di specialità e tele-educazione come un dispositivo di apprendimento permanente , al fine di qualificare il lavoro dei team , rafforzando attributi di assistenza sanitaria di base .

Dispositivo de Educação permanente.

Rebel Zambrano Machado, Faculdade São Francisco de Assis, Brasil. Zambrano.rebel@gmail.com

O TelessaúdeRS/UFRGS também possui projetos de tele-educação para profissionais de saúde, já que acredita na eficácia da tecnologia como aliada na melhoria e qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). A necessidade de qualificação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio de ferramentas de Educação Permanente em Saúde, assim como, a estratégia do uso de potencial das tecnologias de comunicação e de transmissão de dados, determinou a iniciativa do Ministério da Saúde ao criar o Projeto Telessaúde em Apoio à Atenção Primária. A tele-educação se constitui enquanto uma das ferramentas de suporte à atenção primária em saúde, no intuito de aumentar a resolutividade e qualidade do cuidado. Nessa perspectiva, são realizadas Webconferências de Acompanhamento (WA), Webpalestras, Cursos de EAD, com a elaboração de conteúdos educacionais para atender as grandes demandas dos profissionais e das Políticas públicas, qualificando os processos de trabalho e mudando às práticas na Atenção Primária.

Dispositivo de Regulação Assistencial.

Elson Romeu Farias, Brasil

Tecnologia em Saúde.

Maria Isabel Barros Bellini, Faculdade de Serviço Social/PUCRS, Brasil. maria.bellini@pucrs.br

As tecnologias em saúde têm cada vez mais tomado corpo na sociedade contemporânea principalmente nas organizações de saúde, as quais podem se constituir em espaços ricos para elaboração de estratégias e enfrentamento das problemáticas em saúde. Nesta perspectiva as Tecnologias em Saúde se configuram como tecnologias materiais e tecnologias imateriais rompendo com a compreensão reducionista que concebe tecnologia em saúde apenas como ferramenta material. Para alguns autores a diferença entre tecnologia material e imaterial se expressa em “instrumentos de trabalho e saberes” (Gonçalves, 1994) respectivamente. Sendo assim, se impõe problematizar sobre as tecnologias na saúde como promotoras de ações profissionais que acionam outras ações/transformações e incidem em saberes e fazeres e que, na Política de Saúde conclamam a educação permanente, o apoio institucional e evidentemente a participação da gestão. Desta forma as tecnologias em saúde se configuram com uma produção fundamentalmente humana que dá uma condição mais relacional ao conhecimento científico e que supera o mero procedimento e uso de equipamento.

Presidente: Rosita Pretaroli, Professoressa di Politica economica, Università di Macerata

Il fascicolo sanitario elettronico: lo stato dell'arte.

Sara Zuccarino, Italia

obiettivo del lavoro

Riassunti:

In questo intervento si intende analizzare il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come strumento per migliorare la comunicazione in sanità. In particolare se ne vogliono evidenziare i profili problematici. Il FSE, ponendosi all'interno del programma governativo di sviluppo di una "sanità elettronica", si prospetta quale strumento utile al miglioramento, in termini di qualità ed efficienza, dell'assistenza sanitaria, solleva, però, preoccupazioni con riguardo alla tutela del diritto alla riservatezza. Esaminando la normativa e talune esperienze applicative, si intende inquadrare lo stato dell'arte e le problematiche dell'utilizzo del FSE.

Resumen:

En este trabajo se propone analizar el Registro de salud electrónico (RSE) como una herramienta para mejorar la comunicación en la asistencia sanitaria. En particular, se quiere poner de relieve los aspectos problemáticos. El RSE, colocado dentro del programa gubernamental de desarrollo de "e-health", se pone como una herramienta útil para mejorar, en términos de calidad y eficiencia de la atención a la salud; plantea, sin embargo, preocupaciones con respecto a la protección del derecho a la confidencialidad. El examen de la legislación y unas experiencias permiten de enmarcar la situación de hoy y el uso problemático del RSE.

Descrizione del problema e del contesto:

Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) rappresenta una nuova forma di comunicazione e gestione dei dati del paziente che permette di fare confluire, in un unico documento informatizzato, tutti i dati sanitari di quest'ultimo in modo da facilitarne l'accesso e l'utilizzo degli stessi da parte di terzi autorizzati al momento del bisogno. Sia a livello interno che europeo vi è l'intenzione di realizzare un FSE accessibile non solo a livello locale o nazionale ma anche sovranazionale (Raccomandazione 2008/594/CE del 2 luglio 2008/Dir. 2011/24/UE) al fine di realizzare una circolazione delle informazioni relative allo stato di salute del paziente, superando i limiti spazio-temporali. In questo modo si intendono creare banche dati sanitarie complete ed aggiornate al fine di avere risorse preziose non solo per il singolo ma anche per la collettività in termini di prevenzione, sicurezza sanitaria, ricerca medica, gestione e valutazione delle pratiche mediche. L'innovazione tecnologica pone, però, nuovi problemi connessi alla tutela della riservatezza dei pazienti. Il sistema FSE ha lo scopo di far crescere la circolazione dei dati sanitari ma può determinare allo stesso tempo la perdita di controllo sui dati stessi e sull'uso che di essi viene fatto, diventando uno strumento potenziale di danno alla riservatezza, alla libertà e alla dignità dell'interessato. La realizzazione di una "sanità elettronica" pone, quindi, un problema di bilanciamento di diversi interessi in gioco: da un lato la circolazione delle informazioni e dall'altro la tutela alla riservatezza. La questione non è di facile soluzione specialmente se si considera la "potenziata sensibilità" dei dati sanitari che riflettono l'immagine della persona nella sua integrità psico-fisica.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

L'attività viene svolta attraverso lo studio della normativa esistente in materia nella interpretazione data dalla dottrina e dalla giurisprudenza e l'osservazione di casi concreti

Il Fascicolo Sanitario Elettronico nel Sistema Sanitario Nazionale: profili economici.

Elisa Foresi, C. Socci, M. Ciaschini e R. Pretaroli, University of Macerata, Italia. e.foresi4@unimc.it

L'utilizzo delle Tecnologie dell'Informazione e delle Comunicazioni (ICT) nel settore sanitario, in particolare quelle riguardanti la condivisione dei dati clinici sul singolo cittadino, risulta essere molto limitato a causa dello scarso investimento (pubblico e privato) nelle tecnologie di trattamento dei dati e nella formazione del capitale umano capace di governare tali innovazioni (Muraro and Rebba, 2001). L'e-health, termine noto per definire l'applicazione dell'ICT in tutte le funzioni del settore sanitario, può migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria e aumentare la qualità e l'efficacia dei servizi offerti (Commissione Europea, 2004). Negli ultimi anni a livello nazionale la soluzione e-health che permette di condividere i dati del singolo cittadino è la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Il FSE (istituito con l'art. 12 del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del

Paese") è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti o trascorsi, riguardanti il singolo cittadino. L'obiettivo del FSE è di fornire ai medici una visione globale e unificata dello stato di salute dei singoli cittadini e rappresenta il punto di aggregazione e di condivisione delle informazioni e dei documenti clinici del cittadino generati dal Sistema Sanitario Nazionale (Ministero della Salute, 2014). L'adozione di strumenti informatizzati, in sanità, come il FSE è un processo molto lento (Ben-Zion Ronnie et al., 2014), ma allo stesso tempo si ritiene che l'adozione di sistemi elettronici, come la Cartella Clinica Elettronica, porterà importanti risparmi per i Servizi Sanitari, ridurrà gli errori medici e migliorerà la sanità (Hillestad et al., 2005). Inoltre, al fine di favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è prevista l'istituzione del dossier farmaceutico, quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione (art. 12 comma 2-bis del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese", così come modificato dall'articolo 17, comma 1, del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69 convertito, con modificazioni, dalla legge 9 agosto 2013, n. 98 recante «Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia»).

L'analisi proposta intende quantificare il ruolo dell'investimento in ICT (Hochstadt and Keyt, 2009) nel determinare cambiamenti positivi nella produzione dei servizi sanitari, con particolare attenzione ad eventuali mutamenti strutturali che possono verificarsi all'interno dei processi produttivi.

A questo scopo verranno utilizzate le tecniche multisettoriali attraverso le quali il sistema economico, in particolare l'aspetto produttivo, viene descritto in maniera disaggregata. La metodologia si basa sulla costruzione di una Social Accounting Matrix (SAM) nella quale sono rappresentate in maniera disaggregata le interrelazioni e le interdipendenze economiche del settore Human Health Activities nell'ambito socio-economico. Il vantaggio di utilizzare una SAM sta nella possibilità di avere una struttura multisettoriale che descrive sia le relazioni interne al processo produttivo sia quelle che si verificano fra i settori istituzionali; quindi è in grado di verificare quali collegamenti hanno luogo tra il comparto dell'ICT, il comparto sanitario e tutto il resto dell'economia nel flusso circolare del reddito. Nella SAM la contabilità della produzione è rappresentata secondo la tavola Input-Output in accordo alla classificazione NACE.REV2 (Eurostat, 2008) nella quale la Sanità è inclusa in un unico settore "Human Health Activities" e in un unico prodotto "Human Health Services".

L'ICT si suddivide invece in due settori i) Telecommunications e ii) Computer programming, consultancy and related activities, information service activities e in due prodotti i) Telecommunications services e ii) Computer programming, consultancy and related services, information services. L'introduzione di innovazione di processo e di prodotto legata all'ICT dovrebbe determinare la possibilità di un cambiamento evidente nella funzione di produzione dei servizi sanitari all'interno del settore Human Health Activities. In particolare si simulerà uno shock della domanda dei beni i) Telecommunications services e ii) Computer programming, consultancy and related services per analizzare gli effetti che questo aumento di domanda ha sull'assorbimento dei beni intermedi dell'economia. Più in particolare verrà verificata la possibilità di determinare la riduzione della spesa per farmaci e per prestazioni specialistiche non appropriate. Inoltre, al fine di stimare ulteriori effetti positivi sui settori economici connessi a quello della sanità e dell'ICT, verranno ipotizzati vari **scenari di riallocazione delle risorse all'interno del settore Human Health Activities.**

Triage e cartella clinica elettronica: quando la tecnologia non è neutrale.

Annabella Corcione, IRPPS-CNR, Italia. a.corcione@irpps.cnr.it

Riassunti:

L'obiettivo della nostra etnografia organizzativa è l'individuazione e l'interpretazione dei fattori che entrano in gioco nella pratica della tecnologia nel lavoro quotidiano in ambito sanitario. Sulla base di tali fattori si intende indagare se il modo in cui una tecnologia viene utilizzata dagli operatori finali sia o meno coerente con le finalità e gli standards presupposti alla sua adozione. L'oggetto di studio della ricerca ha

riguardato la modalità di gestione del triage e della cartella clinica informatizzata in uso al servizio di emergenza di un grande ospedale del sud Italia.

Résumé:

L'objectif de notre ethnographie organisationnelle est l'identification et l'interprétation des facteurs qui entrent en jeu dans la pratique de la technologie dans leur travail quotidien dans le secteur de la santé. Basé sur ces facteurs, il examinera si la façon dont la technologie est utilisée par les opérateurs est ou non compatible avec les objectifs et les exigences des normes à son adoption. L'objet de la recherche est l'étude de la façon de gérer le triage et l'utilisation médical informatisé dans le service d'urgence d'un grand hôpital dans le sud de l'Italie.

Orario: 18:00

Palazzo Ferretti^{‡‡}



I vini del cocktail sono offerti dalla Tenuta Cocci Grifoni
<http://www.tenutacocci-grifoni.it/>

Venerdì, 4 settembre

Orario: 08:30 - 08:45

Accoglienza dei partecipanti

Orario: 08:45 – 10:15 SESSIONI PARALLELE

Atelier II^{§§} / Sala Consiglio

"Balance of care"

Atelier animato da Paul Forte, England

Verrà presentata la comunicazione di Joan Barrubés, Utilisation du modèle "balance of care" pour la modélisation de l'impact des nouvelles modes de prise en charge en Cancérologie

Sessione 19

Aula 1

Tema: Nutrizione e salute/Sessione EXPO

Sessione organizzata da: Maurizio Battino, Professore di Biochimica, Direttore area Salute e nutrizione, Università europea dell'Atlantico, Santander, Spagna; UNIVPM, Italia

Tracciabilità alimentare con tecnologia NFC

Massimo Conti, G. De Maso Gentile, Italia

^{‡‡} Il cocktail è riservato ai primi 95 partecipanti che hanno confermato la presenza all'Evento Cocktail alla Segreteria Alass entro il 31 luglio 2015

^{§§} Condizioni di partecipazione come da Atelier ALASS

La dénutrition n'est pas qu'une affaire de poids mais l'affaire de tous.

Olivier Perrier-Gros-Claude, Catherine Busnel, Raphaël Reinert, Christine Maupetit, C Pasche-Zermatten, Sandrine Chappuis-Déforel, Emmanuel Gouarbault, Tamara Del-Tatto, Stéphanie Chochoy, Christine Dujoux, Laura Mastromauro e Marie-Jo Walter, Suisse

Representaciones sociales de la dieta en paciente con Enfermedad Crónica no transmisible: aproximación de una infamia.

Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Donovan Casas Patiño, Alejandra Rodríguez Torres, Luiz Eduardo Oliveira e Georgina Contreras Landgrave, Universidade UNIT-Tiradentes, Brasil, México. capo730211@yahoo.es; criscunhaoliva@yahoo.com.br

Este trabajo presenta el avance de un proyecto de investigación que tiene como eje central la identificación de las representaciones sociales de los pacientes que cursan con Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT) respecto a la dieta. Se trata de un abordaje desde un campo de salud el cual funge como vértice fundamental en el combate a estas patologías, retomando la cosmovisión de la vida cotidiana la cual queda en momentos olvidada o nulificada por el mundo político en salud. El objetivo principal consistió en explorar el sentido común de la **dieta** en pacientes portadores de ECNT a una institución pública de salud. Para lograr este objetivo se retoman las bases teórico metodológico de las representaciones sociales (RS). Las RS integra conceptos cognitivos distintos tales como: actitud, opinión, identidad, imagen, estereotipos, creencias, símbolos, etc., se ubica como constructo teórico intermedio entre lo psicológico y lo social. Las RS tienen por misión primero describir, luego clasificar y, por último, explicar toda la apropiación y reproducción de significados relacionados a un objeto en estudio, cabe mencionar que el hombre está situado dentro de una cosmovisión social compleja, donde la cultura es y ha sido una creación colectiva interiorizada ideológicamente en cada individuo que forma la estructura social y da funcionamiento a la sociedad, esta cultura ideológica forma el universo real del individuo y la colectividad, y una manera de acercamiento a esta realidad es a partir de la RS. Para lograr este objetivo y encontrar el núcleo de las RS en torno a la “**dieta**” nos apoyamos en el modelo de Abric. El final de esta investigación devela que los hilos delgados de la marginación e ignominia de nuestros colectivos mexicanos que padecen ENT, exponen una inequidad alimentaria total, la cual se vive a diario dentro un mundo cambiante, donde la vorágine del olvido y la traición convierte a estos pacientes en fantasmas de un México no incluyente.

La justiciabilidad del Derecho a la alimentación en México: revisión de la literatura.

Sergio López Moreno, Adriana González Delgado, Alejandra Moreno Altamirano, México

Sessione 20

Aula 2

Tema: *Processi di medicalizzazione e cure palliative*

Presidente: Giovanna Vicarelli, Direttore CRISS, Italia

Médecine traditionnelle et médecine allopathique: enjeux pour leur rencontre.

Vanessa Sit, Lise Lamothe e Pierre S. Haddad, Québec

Tecnologie, biotecnologie e medicalizzazione.

Micol Bronzini, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Univpm. Italia. m.bronzini@univpm.it

Il contributo intende sollecitare la riflessione su come le biotecnologie e l'evoluzione tecnologica (in primis quella diagnostica) abbiano contribuito ad aumentare il ventaglio di condizioni di *disease* e quali siano le conseguenze sull'esperienza di salute e malattia (dimensione della *illness*) nonché le risposte sociali (dimensione della *sickness*). Gli esempi in merito sono molteplici: da una morte sempre più tecnologicamente assistita, alle zone “penombra di malattia” illuminate dalle moderne tecnologie diagnostiche. Il contributo intende problematizzare tale tematica, cogliendone le numerose ambivalenze. In particolare, la riflessione sociologica si è da tempo concentrata sul tema della medicalizzazione della vita, evidenziano come la tecnologia sia oggi tra i motori che alimentano tale processo. Agli inizi del 2000 nel dibattito sulla medicalizzazione si impongono all'attenzione le nuove conoscenze mediche nel campo della genetica, della genomica e delle biotecnologie. Alcuni autori sostengono che il concetto di medicalizzazione sia insufficiente per dare conto di questi cambiamenti e propongono nuovi termini come quello di biomedicalizzazione (Clarke e altri 2003) o di geneticizzazione (Lippman 1991; Shostak e altri 2008). Con il concetto di biomedicalizzazione Clarke e altri intendono includere le trasformazioni

intercorse nella biomedicina, grazie al contributo delle scienze informatiche, delle bioscienze e delle biotecnologie e cogliere “i crescenti processi complessi, policentrici e multi direzionali di medicalizzazione che oggi si ricostruiscono attraverso forme sociali emergenti e pratiche della sempre più pervasiva biomedicina tecno scientifica” (2003, 162). Mentre il concetto di medicalizzazione ruotava attorno al binomio normalità-patologico e al potere di normalizzazione, la biomedicalizzazione ha a che fare, invece, con la trasformazione dei corpi, delle identità e della vita stessa (Clarke 2003, 2010; Williams 2012). Con la biomedicalizzazione si passa, cioè, dal controllo che l'intervento medico ha esercitato in passato sulla natura esterna, alla trasformazione della natura interna degli individui, ossia dei processi biologici. In questo solco, si proverà a evidenziare sia i rischi di una svante lettura aprioristicamente negativa del concetto di medicalizzazione e biomedicalizzazione (Parens, 2013), sia i pericoli insiti in una emergente tentazione di liquidare tali concetti.

La fin de vie: le défi de la technologie, des soins palliatifs et de la médecine narrative.

Giovanna Vicarelli, Università Politecnica delle Marche, Italia. m.g.vicarelli@univpm.it

Les soins palliatifs sont des soins délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle du malade, de sa famille et de ses proches. Cet accompagnement à la mort exige un contact authentique et sincère avec le patient et avec son histoire de maladie de la part des professionnels de santé. La médecine narrative est une compétence qui permet de reconnaître, interpréter et être ému par les histoires de maladie et qui pourrait être une réponse aux insuffisances d'un système de santé qui laisse souvent les patients ignorés dans leur souffrance et les médecins isolés dans leur pratique. Dans une Région de l'Italie, une recherche action sur l'utilisation de la médecine narrative dans les soins palliatifs a permis de thématiser l'émergence de l'intersubjectivité comme un nouveau modèle de la « bonne mort » dans les sociétés actuelles

Le cure palliative tra etica e bisogni.

Fulvio Borromei, Italia

Sessione 21

Aula 3

Tema: Sistemi sanitari comparati

Presidente: Carolina Tetelboin Henrion, Profesora de Política Social y de Salud, UAM, Mexico

Theorie A/D/S, Evolution des comportements, relations entre l'autonomie et la dépendance.

Jean-Pierre Escaffre, M. Personnic, M. Ezan, A-C Forget, A. Megret, J-P Escaffre e F. Quidu, ISTIC, Campus des Sciences, Université de Rennes 1, France. jpe3@wanadoo.fr

La théorie « Autonomie / Dépendance / Stratégie » a pour ambition, à l'origine, de proposer un cadre conceptuel pour la conduite des organisations productives, et d'en tirer des outils aptes à contribuer aux décisions stratégiques.

Les fondements avaient été montrés lors de CALASS 2008 : tout acte n'est envisageable que si l'individu (ou groupe d'individus) l'accepte et en a le pouvoir d'exécution. Ceci revient à repérer d'une part le système de valeurs culturelles et leurs relations (en synergie, en opposition, neutre), d'autre part le système de moyens utilisables. Cela est assez aisément formalisable par des calculs matriciels, ce qui permet de mettre en relation les deux systèmes, puis de configurer les niveaux d'identification de l'individu (ou du groupe), enfin de proposer une quantification des niveaux d'autonomie / non-autonomie à un instant t.

L'étape suivante fut d'analyser les confrontations des niveaux d'autonomie entre deux groupes humains (la dépendance), par exemple entre un soigné et un soignant, sachant que dans cet exemple, la mission fondamentale du soin est de faire autant que possible faire varier l'autonomie du patient par une dépendance momentanée aux soignants (CALASS 2009).

Puis nous avons étudié la dialectique entre le système de valeurs et le système de moyens (CALASS 2010): quels sont les impacts d'une modification du système des moyens (pouvoirs) sur celui des valeurs, et réciproquement ?

Nous avons ensuite approfondi l'analyse des systèmes culturels (CALASS 2011, 2012). Cela nous a conduits à distinguer radicalement le concept de valeur de celui de jugement, généralement confondus dans la littérature et dans les définitions encyclopédiques. L'un est de l'ordre de la structure, de la constance, l'autre de la circonstance dans un contexte donné : la théorie permet donc de lier la durée et l'instant. Cette clarification étant faite, nous nous sommes interrogés sur les conditions d'apparition d'un acte envisageable, pour un individu ou groupe. Les développements théoriques ont permis de dégager des lois surprenantes, par exemple que le seuil critique minimal du nombre de valeurs culturelles pour qu'un acte apparaisse comme envisageable est de quatre en très forte probabilité ! Les quelques expérimentations réalisées semblent bien confirmer cette loi.

Puis nous avons montré des développements et les applications de la théorie A/D/S selon trois directions (CALASS 2014) :

1- le statut de la « connaissance » au sein de cette théorie : la connaissance apparaît comme « l'arc électromagnétique » entre les deux systèmes, support de la dialectique étudiée plus haut.

2-l'étude de situations extrêmes : nous avons montré quelles sont les conditions pour qu'un processus suicidaire apparaisse, et quelles seraient les stratégies à mener pour rompre ce processus.

3-Enfin, vis à vis d'un(e) projet /objectif / mission / politique, nous avons démontré quel est le spectre des comportements possibles, et ce selon quelles probabilités.

Pour CALASS 2015, nous nous proposons de montrer de nouvelles réflexions et applications :

1-quel est l'effet de l'activité de soins sur le personnel : entre deux dates (2010, 2014), le comportement s'est-il modifié compte tenu de l'environnement : est-ce le système de valeurs qui s'est transformé, ou les degrés d'importance de ces valeurs, ou les jugements sur les actes de soins à effectuer ?

2-Le deuxième pilier de l'autonomie est le système de moyens matériels. Il s'exprime par les moyens matériels utilisés (matrice [M], qui exprime en fait l'organisation), le savoir-faire [□] lié à chaque moyen, le « rendement » de chaque moyen sur chaque acte à exécuter [MA]. La productivité globale s'exprime par le produit matriciel [□]*[M]*[MA]. Le problème est donc d'évaluer :

a-effet de la modification d'une organisation (c'est-à-dire la matrice [M]), à rendement égal, sur les puissances des pouvoirs sur les actes ;

b-effet de la modification des rendements, à organisation identique, sur les pouvoirs d'exécution des actes ;

c- l'effet des deux.

Le nombre de sentiers aboutissant à un même pouvoir grandit en fonction du nombre de moyens en jeu et d'un pouvoir délétère (la probabilité d'un pouvoir faible est beaucoup plus forte qu'un pouvoir absolu). Si le nombre de sentiers amenant au même niveau de pouvoir peut être important, dans la pratique, les personnes extérieures (soignant par exemple vis-à-vis d'un patient) reconnaissent ou devinent aisément les moyens, les savoir-faire, les rendements, plus ou moins précisément : elles éliminent empiriquement un grand nombre de sentiers pour ne conserver que quelques-uns très probables à leurs yeux. D'où une vision probable juste de la capacité du patient.

Par ailleurs, si un acte ne peut être réalisé faute de pouvoir (cas des patients par exemple), que faut-il modifier dans les matrices [M] et / ou [VA] pour atteindre un pouvoir requis ?

3-Enfin nous montrerons les relations entre l'autonomie et la dépendance. Nous avons déjà démontré (CALASS 2009) les rapports entre l'autonomie/non-autonomie du patient et celui des soignants vis-à-vis des actes de soins : acceptation / non-acceptation des soins de part et d'autre, possibilités ou non. Le problème suivant est alors d'étudier l'impact des niveaux de dépendance sur ces relations soigné-soignant. Pour mesurer le niveau de dépendance, nous avons utilisé la méthode PENDISCAN qui mesure de manière simple et fiable la dépendance des patients (actes de la vie courante, actes techniques somatiques, actes techniques relationnels).

América Latina: políticas, sistemas de salud y tecnologías.

Carolina Tetelboin Henrion, Darío Salinas Figueredo, Universidad Iberoamericana, México

América Latina: las actuales políticas sociales y sus referentes como problemáticas de los sistemas de salud

Darío Salinas Figueredo, Carolina Tetelboin Henrion

Sessione 22

Aula 4

Tema: La cartella clinica: profili gestionali

Presidente: Marie-Pierre Gagnon, Professeure à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval. Québec

El expediente clínico electrónico como herramienta de mejora de la gestión de la prestación de atención médica de los trabajadores de la Universidad Veracruzana.

Angélica Ivonne Cisneros Lujan, Clementina Guerrero García, Rafael Gómez Quezada, Eduardo Maggio Chena e Elsa Ortega Rodríguez, México

L'utilisation d'un dossier de santé personnel électronique (DSPé) pour le suivi et la gestion des maladies chroniques (MC): un projet d'expérimentation en première ligne de soins au Québec.

El Kebir Ghandour, Jean-Paul Fortin e Marie-Pierre Gagnon, Université Laval, Marruecos e Québec. el-kebir.ghandour.1@ulaval.ca

Objectif:

Notre objectif est de présenter un projet d'expérimentation visant d'explorer la contribution des technologies de l'information et de communication (TIC) à l'optimisation de la participation des patients dans la prévention, le suivi et la gestion des maladies chroniques (MC), en collaboration avec l'équipe clinique dans le contexte de la première ligne de soins (PLS) au Québec. Ce projet est conçu selon les composantes du modèle des soins chroniques (MSC) (*Chronic Care Model*), particulièrement celles en lien avec la prestation de services [1, 2]. De plus, ce projet fait usage d'une démarche participative de coconstruction commune entre les cliniciens, les citoyens et le fournisseur de la technologie pour favoriser le développement durable de nouveaux processus cliniques et de nouvelles pratiques

Contexte et description du problème:

Au Québec, comme ailleurs dans le monde, plusieurs difficultés, particulièrement préoccupantes, sont notées dans le système de soins et qui viennent s'ajouter à la complexité de la prise en charge des MC [3-7]. Particulièrement, la PLS subit une pression considérable s'accroissant avec le vieillissement, la croissance du nombre de personnes atteintes de MC et des effectifs du personnel soignant de plus en plus insuffisants [3-7]. Il devient, ainsi, impératif de soutenir la PLS en adoptant de nouvelles approches qui combinent et intègrent des actions axées sur le prestataire de soins, le patient et ses proches et sur l'organisation des soins et services [3, 6]. Principalement, l'accent peut donc être mis sur le rôle central du patient dans ses propres soins et dans la gestion efficace de sa maladie, qui dépend de sa participation active [8, 9]. Une telle approche est à la base d'un projet d'expérimentation au Québec : le projet Ma Première Ligne Numérique en Santé (MPLNS).

Méthodes, modèles et matériaux utilisés:

Ma première ligne numérique en santé (MPLNS) est un projet mobilisateur d'innovation sociale qui vise à améliorer la santé ainsi qu'à optimiser le fonctionnement, l'efficacité et l'efficience des soins de santé de première ligne. Le projet MPLNS offre une occasion d'expérimenter des réponses innovantes et documentées au défi pressant d'optimiser la PLS au Québec grâce à une meilleure dynamique entre un patient ayant une capacité de prendre en charge sa santé de façon active et des intervenants proactifs œuvrant en réseaux et en équipes interdisciplinaires. Au niveau d'un groupe de médecine de famille (GMF) en région au Québec, le projet MPLNS a pour objectif d'améliorer le processus de suivi des MC grâce à l'usage par les patients d'un dossier de santé personnel électronique (DSPé), sous forme d'un espace virtuel, connecté au dossier médical électronique (DME). Ainsi, en supportant la création de nouvelles interactions avec les intervenants et le soutien de la collaboration interprofessionnelle, le projet MPLNS vise l'optimisation de la pratique clinique et de la prestation des soins en PLS. Également, le projet s'appuie sur une approche de recherche-évaluation et rétroaction qui va accompagner le terrain, le long de toutes ses phases, dans la démarche d'innovation ainsi que de révision et mise en place des nouveaux processus de travail en lien avec les nouvelles approches.

Résultats et discussion:

Nous allons commencer par une brève description du projet MPLNS, de son contexte d'implantation ainsi que du terrain d'expérimentation (GMF) avant de passer en revue le portail virtuel offert dans le cadre du projet pour soutenir les patients atteints de MC. Particulièrement, nous allons nous inspirer de la démarche de la recherche-évaluation autour du projet pour discuter des résultats préliminaires en lien avec les conditions d'adoption du DSPé par les utilisateurs (patients et professionnels) pour le suivi et la gestion des MC en PLS.

Thèmes à discuter au-delà de la session de présentation:

L'apport de l'accès électronique du patient à ses données et à l'information de santé pour l'amélioration de la participation active à la gestion des maladies chroniques. Cependant, au centre de la participation du patient réside une reconsidération de son rôle à l'intérieur du système de santé avec plusieurs niveaux d'impacts. En effet, l'implantation de ces systèmes suppose une interaction entre la technologie, les acteurs et le contexte d'implantation avec d'importantes implications pour les professionnels, les organisations et le système de santé en général. Ainsi, beaucoup de questions subsistent sur les meilleures pratiques pour l'implantation et l'utilisation du DSPé et plusieurs enjeux pour trouver des solutions flexibles, normalisées et interopérables permettant d'intégrer efficacement les patients atteints de MC comme partenaires dans leurs soins de santé, sont à identifier.

Les déterminants de l'acceptation d'un dossier de santé personnel électronique (DSPé) pour le suivi et la gestion des maladies chroniques en première ligne de soins au Québec: enquête en préimplantation.

El Kebir Ghandour, Jean-Paul Fortin e Marie-Pierre Gagnon, Université Laval, Marruecos e Québec. el-kebir.ghandour.1@ulaval.ca

Objectif de la recherche:

Notre objectif est de réaliser une mesure initiale des déterminants de l'acceptation et de l'intention d'utilisation de certaines fonctionnalités offertes par le dossier de santé personnel électronique (DSPé) pour le suivi et la gestion des maladies chroniques (MC) dans le contexte de la première ligne de soins au Québec.

Contexte et description du problème:

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et d'internet offrent des façons novatrices de diffusion de l'information de santé et l'optimisation des interactions entre les individus et les équipes de soins. Particulièrement, le recours à divers outils de communication interactive entre le patient et son équipe clinique permettrait de mieux supporter la coordination des soins en assurant des soins plus complets, mieux intégrés et continus réduisant ainsi le recours aux services d'urgence et à des hospitalisations évitables. Notamment, l'utilisation du dossier de santé personnel électronique (DSPé), en permettant aux patients d'accumuler de l'information sur leur santé et sur la prestation de services et des échanges avec l'équipe de soins, favorise un suivi plus régulier de l'état de santé, une meilleure gestion des soins et, ultimement, l'amélioration de l'état de santé des utilisateurs. Au Québec, une telle approche est à la base d'un projet d'expérimentation : le projet Ma Première Ligne Numérique en Santé (MPLN). En offrant l'usage d'un DSPé en lien avec le dossier médical électronique (DME) des professionnels, le projet convoite à faciliter l'autonomisation des patients, plus d'interaction avec l'équipe clinique et donc l'implication accrue de la clientèle d'un groupe de médecine de famille multisites en région dans la gestion de leurs maladies et leurs soins. Le DSPé proposé offre un ensemble de fonctionnalités novatrices favorisant : 1) la participation des personnes dans le suivi et la gestion de leur état de santé et 2) l'optimisation de la communication et la collaboration avec leur équipe de soins.

Cependant, la littérature suggère que, malgré les avantages potentiels avancés, le taux d'acceptation et d'utilisation des patients des DSPé offerts par plusieurs organisations dans le monde, reste encore faible (ex. 10% aux États-Unis en 2012). Ainsi, nous menons, en phase de préimplantation du projet MPLNS, un sondage auprès de la population du territoire desservi par le GMF afin d'identifier les déterminants de l'acceptation sociale de l'utilisation des fonctionnalités offertes par le DSPé et Internet pour le suivi et la gestion de l'état de santé.

Méthodes, modèles et matériaux utilisés:

Nous menons, en phase de préimplantation du projet MPLNS, une enquête quantitative transversale de nature exploratoire auprès de la population du territoire desservi par le GMF Nouvelle Beauce (GMF-NB). La collecte de données est réalisée à l'aide d'un questionnaire développé par l'équipe de recherche. Ce

questionnaire présente les dimensions, concepts et facteurs (individuels et de l'environnement organisationnel et technologique) identifiés dans la littérature [1-6] comme étant des déterminants essentiels de l'acceptation du DSPé par les patients pour le suivi et la gestion de leur état de santé. Cette enquête est réalisée auprès de l'ensemble des sujets de 18 ans et plus inscrits ou suivis dans les différents sites du GMF-NB contactés qui accepteront de participer.

Nous procéderons d'abord à la vérification des caractéristiques psychométriques du questionnaire: la *validité* (validité du contenu, validité apparente et validité du construit) et de la *fidélité* (l'indice alpha de Cronbach). Par la suite, nous allons mener des analyses statistiques (descriptives, inférencielles, et corrélacionnelles) en plus de faire des analyses de variance et de régression afin d'identifier les déterminants de l'intention d'utilisation les plus significatifs.

Résultats et discussion:

L'étude étant en cours, les résultats présentés ici sont préliminaires. Dans le cadre de la vérification des caractéristiques psychométriques de l'instrument de mesure, nous avons réalisé l'évaluation de la validité de contenu de l'instrument de mesure auprès de 3 chercheurs universitaires et une assistante de recherche ayant une grande expérience en implantation et évaluation de projets de TIC en santé. La validité apparente a été vérifiée auprès de 10 personnes représentant notre population cible. Jusqu'à lors, 41 des 105 questionnaires distribués ont été complétés et retournés (taux de réponse provisoire : 39%). La majorité des participants sont des hommes (67%) âgés de 54-64 ans (33%). La majorité des participants utilisent internet plus d'une fois par jour (64%) dont 76 % en font une utilisation personnelle. La collecte des données est en cours (sera achevée d'ici la fin du mois de juillet 2015) ainsi la totalité de nos résultats seront disponibles au mois d'août 2015.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques:

La réalisation de cette enquête en préimplantation du DSPé nous permettra de :

- Identifier le profil de clientèle la plus susceptible d'utiliser le DSPé pour le suivi et la gestion de l'état de santé
- identifier les conditions et les déterminants sur lesquels il faut agir afin d'engager les patients dans l'adoption et l'utilisation de ces outils pour la gestion de leurs soins et de leur état de santé.
- Cibler des stratégies d'optimisation et d'amélioration de l'acceptation, l'adoption et l'utilisation du DSPé proposé.

De plus, la discussion peut s'attaquer de façon générale au changement de paradigmes apporté par l'approche en lien avec l'accès électronique du patient à ses données et à l'information de santé pour l'amélioration de la participation active du patient à la gestion des MC dans le contexte de la première ligne de soins. Aussi comment le DSPé peut renforcer des approches organisationnelles (approches centrées sur le patient et d'empowerment) pour améliorer les résultats de santé de ces patients. Les enjeux éthiques et autres liés à l'accès des patients à leurs données de santé, voire au contrôle de celles-ci.

Consulta Segura en México, antesala del expediente clínico electrónico en el Sistema Nacional de Protección Social en Salud.

Julia Teresa Izaguirre Luna, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, México.
julia_izaguirre@hotmail.com

Objetivo:

Conocer el número de entidades federativas supervisadas por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud para el año 2014 que aplican consulta segura.

Contexto y descripción del problema:

Uno de los desafíos que México enfrenta en el contexto digital es el acceso a la Salud Universal y Efectiva. Es así que el propósito fundamental del SINOS (Sistema Nominal de Salud)/ Consulta Segura) es lograr un México Digital en el que la adopción y uso de las TIC maximicen su impacto económico, social y político en beneficio de la calidad de vida de la población, la igualdad, la transparencia y la eficiencia en la provisión de servicios públicos (Estrategia Digital Nacional, 2014). Sin embargo, nuestro país en cuanto al impacto de las TIC sobre el acceso a los servicios básicos se encuentra en el lugar 92. De acuerdo con el World Economic Forum (WEF, 2015), esto "se debe a un deterioro en el funcionamiento percibido de las instituciones que no parece cumplir con el conjunto de habilidades que la economía mexicana cambiante exige, y el bajo nivel de implantación de las tecnologías de la información, que es fundamental para la transformación".

Dado este contexto la Comisión Nacional de Protección Social en Salud se ha centrado en la promoción de la salud que cambie la distribución de los riesgos en la población a nivel intersectorial y en servicios de salud que identifiquen y reduzcan el riesgo de los pacientes, así como en programas que prevengan las complicaciones en los casos de presencia de padecimientos crónico degenerativos. Es en este último tipo de acciones se inscribe el SINOS/Consulta Segura que tiene por objetivo generar la información necesaria para determinar el perfil epidemiológico de sus afiliados para así planear mejor el destino final de sus recursos. Esta estrategia es de carácter preventivo, implementada para promover, prevenir y detectar oportunamente enfermedades a partir de la obtención del perfil inicial de riesgo en salud de los afiliados al Seguro Popular y beneficiarios de PROSPERA (Henderson, 2012). A la fecha, se ha iniciado el proceso de implementación de la Consulta Segura con diferentes grados de avance en las entidades federativas, las cuales han adoptado distintas estrategias para su desarrollo (CNPSS, 2014) La implementación de esta constituye una fuente de información nominal que sirve como base para la toma de decisiones, la focalización en los casos de atención por estado, jurisdicción, municipio y unidad de salud, así como del reforzamiento de los esquemas preventivos. La formulación del SINOS se desarrolla entre dos componentes de trabajo, el médico y el tecnológico. El componente médico se encarga del desarrollo de un instrumento, o tamiz, que permite identificar los riesgos a los que está expuesta la población afiliada, al que se le llama Perfil de Riesgos en la Salud. En tanto que, el componente tecnológico se encarga de seleccionar el registro biométrico que permita la aplicación del Perfil de Salud de forma automatizada, considerándolo así como la base del expediente clínico electrónico para el primer nivel de atención, mismo que da cumplimiento a los objetivos de la Estrategia Digital Nacional en materia de salud.

Método y Materiales utilizados:

Durante el año 2014, la CNPSS realizó la visita de supervisión a 12 entidades federativas de la República Mexicana aplicando cédulas de verificación a 20 unidades médicas por estado. Con base en los datos recabados se realizó un análisis descriptivo de esta información. Así también se realizó una encuesta a los afiliados de estas unidades.

Resultados y discusión sobre lo expuesto:

De los 12 estados supervisados observamos que sólo 3 de ellos (Sinaloa, Tamaulipas y Tabasco) aplican consulta segura a sus afiliados. Dentro del análisis también se encuentra que 2 estados (Michoacán y Coahuila) no dan consulta segura, siendo que ninguna de las 20 unidades médicas supervisadas para Michoacán cuenta con equipamiento médico y tecnológico; en el caso de Coahuila no se aplica consulta segura porque tienen el equipamiento incompleto, sólo lo aplican a beneficiarios de PROSPERA, tienen equipo en mal funcionamiento, falta de capacitación y por robo de los equipos tecnológicos. Dentro de las líneas de acción que se deben de seguir para dar seguimiento a la consulta segura, los responsables deben conocer el protocolo cuando se detecta algún afiliado con factor de riesgo en su salud, encontrando que solamente Tabasco y Tamaulipas cumplen al 100%, el estado que no cumplen con este requerimiento es Michoacán con un 0% y los estados que se encuentran con un porcentaje muy bajo son Baja California y Sonora con un 10%. En general una de los factores por los que no se realiza consulta segura es la falta de capacitación del personal de salud, así como el inadecuado equipamiento de las unidades médicas.

Sessione 23

Aula 5

Tema: *Professione sanitarie: aspetti demografici*

Presidente: Marta Cerione, Italia

Necessidade de médicos para o Brasil nos próximos 10 anos: estudo prospectivo.

Carinne Magnago, Celia Regina Pierantoni, Sabado Nicolau Girardi e Cristiana Leite Carvalho, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. carinne.mag@gmail.com

Contexto:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio do Relatório Mundial de 2006 chama a atenção para a crise nos Recursos Humanos em Saúde (RHS) que vem impondo um impacto negativo sobre as capacidades de muitos países em promover e melhorar a saúde de suas populações. Assim, a

adequada provisão de pessoal é apontada como uma estratégia fundamental para a promoção e mudanças nos indicadores de saúde.

Objetivo:

Estimar as necessidades de médicos, para os próximos 10 anos, segundo a estrutura atual do sistema de saúde nacional.

Metodologia:

Estudo ecológico, de séries temporais, exploratório, prospectivo, desenvolvido por meio de dados secundários. Utilizou-se o método da força de trabalho em saúde como razão da população, com modelo do tipo estoque e fluxo. As projeções foram realizadas para três cenários cujos parâmetros foram: (1) um médico para cada mil habitantes; (2) um médico para cada três mil habitantes, conforme prevê a ESF; (3) 2,5 médicos para cada mil habitantes, conforme meta do Governo Federal para 2020. Foram utilizadas as seguintes variáveis: oferta de vagas de graduação em medicina; oferta de médicos (egressos); estoque de médicos (mercado de trabalho); taxas de migração e óbitos de médicos.

Resultados:

Nos cenários 1 e 2, as projeções apontam para a suficiência de médicos. Isto implica dizer que, considerando os parâmetros utilizados, ter-se-ia médicos suficientes para uma cobertura de 100% da população. No cenário 3, o número de médicos seria suficiente apenas em 2025. Em 2015 e 2020 ter-se-ia uma necessidade de cerca de 159 mil e 84 mil, respectivamente. As projeções para as regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, apontam para número de médicos suficiente para 2025, mas insuficientes para 2020; a Nordeste e Sudeste careceria de médicos nos anos 2015, 2010 e 2030, quando considerado o cenário 3.

Conclusões e contribuições:

Recomendam-se estudos que estimem a necessidade de médicos utilizando-se de outros modelos que não o adotado aqui, bem como pesquisas que abordem a dinâmica demográfica da população de médicos, em especial no que tange ao processo migratório, dado que as taxas de migração utilizadas neste estudo colaboraram para resultados muito distintos aos obtidos nos cenários em que as mesas não foram utilizadas.

Este estudo apresenta um conjunto de dados e possibilidades de cenários de projeção que podem ser adotadas por gestores locais e pesquisadores a fim de ampliar a discussão sobre o planejamento de médicos para o Brasil.

Impacto do Programa “Mais Médicos” nos cenários de escassez de médicos em Atenção Primária nas diversas regiões do Brasil.

Sábado Nicolau Girardi, Ana Cristina de Souza van Stralen, Cristiana Leite Carvalho, Maria Helena Machado e Jackson Freire Araújo, Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. sabadogirardi@gmail.com

As desigualdades no acesso aos serviços de saúde, ocasionadas pela falta de médicos, é um problema sério e persistente no Brasil. Durante as últimas décadas o Governo Federal vem implantando várias estratégias para lidar com a escassez e má distribuição de médicos no país, entre elas e mais recentemente, o Programa “Mais Médicos para o Brasil”. O Programa “Mais Médicos” foi criado pela Lei nº 12.871, de 22/10/2013 tendo três componentes centrais: o investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde, ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país, com universalização da Residência e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que consiste na provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis. O presente trabalho teve como objetivo analisar o impacto da provisão dos profissionais do PMMB sobre os cenários de escassez de médicos no Brasil, mensurados pelo Índice de Escassez de Médicos em Atenção Primária – Index e escala de escassez, construído pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado da UFMG. O Index de escassez consiste num indicador composto por quatro dimensões: disponibilidade/oferta de médicos em atenção primária, altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e distância dos municípios. O pressuposto é o de que altas necessidades de saúde, carências socioeconômicas e dificuldades de acesso acarretam maior demanda de serviços e agravam a situação de escassez gerando maiores desigualdades sociais.

O Programa provisionou 14.195 médicos brasileiros e estrangeiros em 3.738 municípios. O número de municípios com escassez de médicos na APS passou de 1.200 em março de 2013, para 558 em setembro de 2014 (redução de 53,5%). Os resultados demonstram que o Programa Mais Médicos contribuiu para reduzir o número de municípios com escassez de médicos em APS no Brasil, tendo maior impacto nos municípios em pior situação na Escala de Escassez, com escassez de moderada a grave. Noutras palavras, o programa atendeu aqueles municípios mais necessitados, que tinham as piores razões de médico/habitante, em situação de extrema miséria e com altas necessidades de saúde.

Estrutura atual e estimativas futuras da força de trabalho médica no Brasil – 2000 a 2030.

Cristiana Leite Carvalho, Sábado Nicolau Girardi, Lucas Wan der Maas e Celia Regina Pierantoni, Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. cristianalcarvalho@gmail.com

Entre 2000 e 2010, a força de trabalho em saúde no Brasil sofreu um expressivo incremento, com aumento de 5,5% de ocupados, ao ano, frente a 2,8% no total da economia. Em termos absolutos, o número de trabalhadores quase dobrou de 3,5 para 6,0 milhões de pessoas, segundo dados dos Censos Demográficos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Entre as profissões e ocupações da saúde o aumento da força de trabalho ocupada, foi ainda maior, de 8,2%. De fato, o mercado de trabalho em saúde no Brasil se desenvolveu neste período a partir de um contexto demográfico, econômico, social, político e cultural de crescentes demandas por serviços de saúde. Pode-se destacar o crescimento e o envelhecimento da população no país como explicativos da demanda. Neste trabalho apresenta a aplicação do “Método das Componentes Demográficas” para estimação do quantitativo de médicos no Brasil entre 2010 e 2030. Tal aplicação foi feita tomando como base a oferta de profissionais para o mercado de trabalho, disponível no país em 2010, e os eventos de entrada e saída da força de trabalho esperados para o futuro. Trabalhou-se com três cenários hipotéticos nos quais os estoques futuros de profissionais são adequados de acordo com a aplicação de regulações no setor por meio de políticas públicas ou de alterações nos escopos de prática. No cenário tendencial, levou-se em conta a continuidade da trajetória atual do país, em termos de desenvolvimento social, crescimento econômico e de manutenção ou preservação dos indicadores de saúde e dos padrões tecnológicos, organizativos e institucionais de uso e regulação da força de trabalho. Neste contexto, inferiu-se que, em 2030, o Brasil terá cerca de 620 mil médicos – um crescimento considerável em relação a 2010, quando o país concentrava 330 mil médicos. Neste sentido, a expectativa em 20 anos é de passar do patamar de 1,8 para 2,7 médicos por cada mil habitantes. Num cenário de redução de crescimento econômico chegar-se-ia em 2030 ao patamar de 2,4 médicos por mil habitantes. Mesmo no cenário mais otimista, considerando o crescimento do número de escolas de Medicina previsto para 2018, chegaríamos a cerca de 670 mil médicos em 2030 – o que equivaleria a 2,9 médicos por cada mil habitantes, patamar inferior à dos países desenvolvidos e da maioria dos de média renda. Assim, evidencia-se que em nenhum dos cenários teremos nos próximos 10 a 20 anos um número suficiente de médicos para atender à crescente demanda por serviços de saúde. É nesse contexto que uma ampla revisão dos escopos de prática das profissões de saúde se impõe. A ampliação dos escopos de atividade e competências clínicas das profissões de saúde é fundamental para o alívio de situações de carência e privação, sobretudo, nas áreas mais isoladas e vulneráveis. A reforma dos escopos das especialidades médicas, com o fortalecimento da APS, se coloca como uma questão central. É necessário superar a dicotomia entre generalistas e especialistas em direção a distinção mais flexível entre atenção primária, secundária e terciária. Além de ampliar o número de profissões de saúde, trabalhamos com a introdução de novos cenários regulatórios, com maiores níveis de compartilhamento de ações, tarefas e competências clínicas entre as profissões de saúde.

Estimativa da necessidade de médicos especialistas para o Brasil para os próximos 10 anos.

Carinne Magnago, Celia Regina Pierantoni, Sábado Nicolau Girardi e Cristiana Leite Carvalho, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. carinne.mag@gmail.com

Resumo:

Estudo ecológico, exploratório, prospectivo, desenvolvido por meio de dados secundários, que objetivou estimar as necessidades de médicos, para os próximos 10 anos para três cenários, com parâmetros: (1) estadunidenses; (2) canadenses; (3) europeus. Para o cenário 1, as especialidades ginecologia e obstetrícia, e saúde da família apresentariam número de médicos insuficientes para 2015, 2020 e 2025. No cenário 2 haveria insuficiência de especialistas em saúde da família, anestesiologia, geriatria, psiquiatria e urologia, nos três tempos. No cenário 3, haveria suficiência de médicos de clínica médica e pediatria nos três tempos.

Riassunto:

Studio ecologico, esplorativo, prospettico, sviluppata attraverso i dati secondari, che mirava a valutare le esigenze mediche per i prossimi 10 anni per tre scenari, con i parametri: (1) Stati Uniti; (2) Canada; (3) Gli europei. Per lo scenario 1, la ginecologia e ostetricia specialità, e la salute della famiglia avrebbero presentato numero insufficiente di medici per il 2015, il 2020 e il 2025. Nello scenario 2 ci sarebbero specialisti insufficienti famiglia salute, anesthesiologia, la geriatria, psichiatria e urologia, i tre volte. Nello scenario 3, sarebbe sufficienza di medicina clinica e pediatria nei tre tempi.

Sessione 24**Aula 6****Tema: *L'infirmière: mise à profit de sa contribution dans le système de santé*****Sessione organizzata da:** Roxane Borgès Da Silva, Université de Montréal, Québec**Des composantes essentielles du rôle infirmier à une articulation cohérente entre pratique et formation.**

Geneviève Roch, Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, Québec.
genevieve.roch@fsi.ulaval.ca

Le rôle des infirmières se dégageant des programmes initiaux de formation par rapport à celui requis en contexte hospitalier. L'écart grandissant entre le rôle que les infirmières occupe et celui qui leur est enseigné est lourd de conséquences. Cet écart se traduit par une ambiguïté et des conflits de rôles qui accentuent les difficultés d'intégration, de rétention et de performance dans les organisations. Sur la base de ces constats, une étude de cas multiples s'appuyant sur des sources documentaires (N=241) et des entretiens auprès de 52 informateurs-clés issus de six groupes d'acteurs répartis dans dix établissements hospitaliers et d'enseignement a été menée. Quatre composantes du rôle infirmier sont ressorties comme étant essentielles. Des décalages considérables ont été identifiés entre les milieux de pratique et les milieux d'enseignement quant à la définition et l'importance de ces composantes. Il appert que ces composantes essentielles sont structurées par une pluralité de perspectives, attestant de tensions entre les attentes sociales, légales et organisationnelles. Les résultats de cette étude permettent de développer une gestion stratégique du rôle infirmier en contexte hospitalier.

Le rôle des infirmières et leurs compétences dans les soins de santé primaires.

Isabelle Brault, Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Québec.
isabelle.brault@umontreal.ca

Les ordonnances collectives comme un outil pour accroître l'autonomie des infirmières et augmenter l'accessibilité aux services de santé.

Roxane Borgès Da Silva, Roxane Borgès Da Silva, Université de Montréal, Québec.
roxane.borges.da.silva@umontreal.ca

Ordonnances collectives comme un outil pour accroître l'autonomie des infirmières et augmenter l'accessibilité aux services de santé. Une ordonnance collective est une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles. Cette étude, à partir de la littérature scientifique internationale, présentera un cadre d'analyse des ordonnances collectives et de leur impact sur le développement de la pratique infirmière et sur l'accessibilité aux services de santé.

Une boîte à outils pour l'infirmière de liaison 2.0.

Philippe Anhorn e Thierry Barez, Réseau Santé Région Lausanne, Suisse. philippe.anhorn@rsrl.ch

Objectifs de la recherche:

La recherche vise à décrire comment une infirmière du Réseau Santé Région Lausanne (ou d'un réseau de soins semblable) devrait être outillée à l'avenir (boîte à outils = hard- et software) pour

pouvoir s'inscrire dans un nouveau processus clinique (tri > évaluation > orientation > suivi) tout en contribuant à l'amélioration de la productivité et de la qualité de ses prestations du réseau.

Contexte et description du problème:

Selon les projections démographiques et épidémiologiques, la pression sur le système de santé de notre région sera multipliée par 2 à 3 d'ici à 2030. Même si les ressources allouées au système ne cessent d'augmenter depuis des années, il est certain qu'elles ne suivront pas linéairement cette progression. Pour maintenir la qualité des soins, il est donc primordial de créer ou renforcer les dispositifs de coordination, ou même d'envisager une intégration accrue du système. Dans le Canton de Vaud, en Suisse, des réseaux de soins ont été mis sur pieds à la fin des années 1990 et les fournisseurs de soins sont contraints d'y adhérer depuis 2008. Aujourd'hui, ces réseaux sont au nombre de quatre, coïncidant avec les grandes régions sanitaires du Canton. Chacun d'entre eux exploite (entre autres prestations) un Bureau régional d'information et d'orientation (BRIO), lequel emploie des infirmières de liaison (IDL) actives tant dans la fonction de liaison hospitalière dans la coordination des trajectoires des patients dans la communauté. Le Réseau Santé Région Lausanne, l'un des quatre réseaux, a connu des difficultés chroniques depuis quelques années et une crise aiguë en 2014. Une nouvelle direction est en place depuis le 1^{er} septembre 2014 et une feuille de route a été adoptée au début 2015 pour repositionner stratégiquement l'activité du réseau en général et celle du BRIO en particulier. Cette feuille de route comporte des projets d'optimisation des prestations, tant dans le secteur hospitalier que dans le secteur communautaire. Leur point commun est de s'articuler autour d'un processus clinique similaire et fortement structurant : tri > évaluation > orientation > suivi. Le travail des IDL, aujourd'hui principalement statique et attaché aux institutions va évoluer vers un mode dynamique, principalement attaché à la trajectoire des patients dont elles ont la responsabilité (gestion de cas).

Théories, méthodes, modèles, matériels employés:

La communication présentera les typologies d'outils actuellement utilisées (ou manquantes), leur capacité à évoluer séparément ou ensemble dans le sens d'un soutien au processus clinique décrit ci-dessus. Il s'agit d'élaborer sous une forme très simple une cartographie applicative (évaluation multidimensionnelle, aide à la décision, récolte d'information à des fins administratives ou statistiques, etc.) et une analyse du matériel (infrastructures, hardware, clients portables, etc.) nécessaire au déploiement de nos projets. Il s'agira également d'évaluer le potentiel de mutualisation et d'évolution de ces éléments, tant pour des raisons de continuité des soins que d'économies d'échelles dans les investissements et la maintenance.

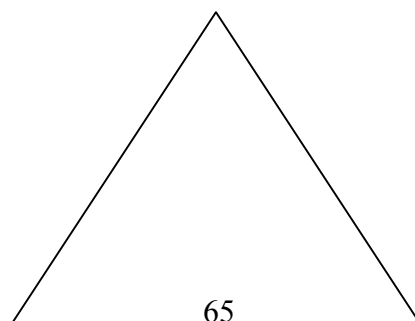
Résultats et discussion:

Le travail est en cours et les résultats intermédiaires pourront être présentés dans la communication rédigée pour le mois de juillet et plus précisément lors du CALASS 2015. Ces résultats devraient permettre d'identifier des avantages rapides (quick wins) dans nos processus et équipement actuels, ainsi qu'à orienter les travaux des services IT qui œuvrent pour le compte des réseaux ou au sein des institutions.

Apports / intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques:

Sans entrer dans les détails des choix logiciels ou matériels, la définition d'une combinaison idéale entre professionnel.le.s de la santé, processus clinique et « boîte à outils » (hard- et software) nous semble intéressante à observer, cas échéant à reproduire dans des contextes similaires :

Professionnel.le.s de la coordination



Discussion dans le domaine de la pratique infirmière discutera des expériences québécoises en regard de son expertise internationale.



Orario: 10:15 - 10:45

Orario: 10:45 - 12:30 SESSIONE PLENARIA

Sessione Plenaria - Aula Magna CALASS

Tavola rotonda

Le professioni sanitarie e le sfide della tecnologia

Coordina: Giovanna Vicarelli – Direttore CRISS

Partecipano:

Andrea Giovagnoni, Professore di Radiologia, Facoltà di Medicina, UNIVPM

Mauro Curzel, Conferenza permanente Classi di laurea Professioni sanitarie, Università di Verona

Roberta Corradetti, Coordinamento regionale IPASVI

Margherita Piermaria, Presidente del Collegio Ostetriche di Ancona

Alessandra Renzi, Presidente della Federazione Logopedisti -

Marcheo Borromei, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri - Provincia di Ancona

Luigi Frati, Presidente onorario Conferenza permanente Classi di laurea Professioni sanitarie, Facoltà di Medicina, Università Sapienza

Orario: 12:30 - 14:00



Orario: 14:00 - 15:45 SESSIONI PARALLELE

Sessione 25

Aula 1

Tema: Tecnologia e pazienti

Presidente: Berta Maria Iradier, Fundación CSAI, Spagna

La participation de représentants de patients dans l'identification et la priorisation des sujets d'évaluation des technologies de la santé.

Marie-Pierre Gagnon, Bernard Candas, Marie Desmartis, Marc Rhainds, Martin Coulombe, Daniel La Roche, Mylène Tantchou Dinpankui e France Légaré, Centre de recherche du CHU de Québec, Hôpital St-François d'Assise, Québec. Marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Objectifs de la recherche:

Ce projet a pour but de mettre en œuvre et d'évaluer des interventions visant à impliquer les patients ou leurs représentants dans la sélection des sujets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) dans le domaine du cancer.

Contexte et description du problème:

La sélection des sujets d'évaluation (qui inclut l'identification de sujets et leur priorisation) représente un défi constant pour les agences d'ETMIS car le nombre de technologies ou de modes d'intervention nécessitant une évaluation dépasse de façon importante les ressources disponibles. Plusieurs auteurs insistent sur l'importance d'impliquer les patients lors de ces étapes cruciales afin de mieux tenir compte de leurs valeurs et de leurs besoins et d'assurer une meilleure implantation des résultats d'ETMIS. Ce projet, développé et mis en œuvre en collaboration étroite avec l'Unité d'ETMIS (UETMIS) du CHU de Québec, avait pour but d'impliquer des représentants des patients aux étapes de suggestion et de sélection de sujets d'ETMIS.

Méthodes:

Nous avons d'abord mené une consultation sur le territoire de la Table du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval auprès de 75 gestionnaires ou cliniciens et de 25 groupes communautaires afin d'identifier des sujets d'ETMIS dans le domaine du cancer. Les propositions reçues ont été évaluées par des membres de l'équipe afin de déterminer si elles répondaient aux critères de l'ETMIS. Des vignettes ont alors été préparées afin de donner une information préliminaire sur chacun des sujets retenus aux membres du comité de priorisation. Ce comité, constitué de représentants des professionnels de santé, des gestionnaires et du milieu communautaire, s'est réuni dans le cadre d'une rencontre d'une journée afin de prioriser ces sujets. La rencontre débutait par une séance d'information sur l'ETMIS. Avant la rencontre, un sondage avait été envoyé aux membres du comité pour qu'ils puissent faire un premier exercice de priorisation.

Une méthodologie principalement qualitative (entrevues et observations) a été adoptée afin d'évaluer les interventions mises sur pied en termes de processus et de résultats. La satisfaction et les perceptions des participants au comité de priorisation concernant le processus de priorisation, la liste finale des sujets retenus et les critères ayant justifié ces choix nous ont intéressés tout particulièrement. L'analyse thématique des entrevues et des notes d'observation a été effectuée à l'aide du logiciel NVivo et une triangulation des données provenant des différentes sources a été réalisée.

Résultats et discussion:

Au total, 30 sujets d'ETMIS ont été proposés dans le domaine du cancer, dont 7 par des représentants des groupes communautaire. Ces sujets traitaient de la prévention du cancer, du dépistage, du diagnostic, du traitement, des soins de soutien et des soins palliatifs. Douze questions ont pu être formulées à partir des sujets proposés. Onze personnes ont pris part à la rencontre de priorisation, dont cinq représentants des groupes communautaires. Les sujets priorisés au terme de cette rencontre ont été : 1) le bénéfice d'offrir des rencontres de groupe animées par une équipe interdisciplinaire (incluant le milieu communautaire) en oncologie comme soutien pour les nouveaux patients atteints du cancer; 2) les stratégies les plus efficaces pour inviter la population à participer à des programmes de dépistage du cancer ; et 3) l'utilisation de la téléconsultation pour l'évaluation et le suivi des patients dans les zones rurales et éloignées en oncologie clinique. Ces sujets étaient différents des sujets priorisés par les participants avant la réunion. Les participants aux entrevues ont indiqué que la séance d'introduction à l'ETMIS et surtout, les discussions de groupe, avaient modifié leurs perceptions initiales des sujets à prioriser.

Apport/intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art et aux pratiques:

Cette étude est l'une des rares études dans lesquelles des représentants de patients sont impliqués, aux côtés des professionnels et des gestionnaires de la santé, dans la sélection des sujets d'ETMIS. Les connaissances produites et les leçons tirées de cette expérience seront utiles pour guider les pratiques concernant la participation des patients dans les premières phases de l'ETMIS.

Aportes y limitaciones del sistema nacional de información sanitaria para el análisis y monitoreo del sistema de salud en Chile.

María Inés Romero S. e Cesar Gattini C., Subdirectora Instituto de Políticas Públicas en Salud. Universidad San Sebastián, Chile. mariaines.romero@uss.cl

Objetivo de la investigación:

Determinar el aporte informativo instrumental que cumple el sistema nacional de información sanitaria en Chile para el análisis y monitoreo del sistema de salud.

Contexto y descripción:

Chile cuenta con un amplio desarrollo de los sistemas de estadísticas, de informática y de información nacional en salud, a diversos niveles asistenciales y geográficos del sistema de salud. Esta base informativa aporta insumos relevantes para el análisis y monitoreo del sistema. Sin embargo, la información disponible en algunos indicadores relevantes, tiene limitaciones y carencias en calidad, completitud, oportunidad, integración, difusión y uso, lo que requiere una evaluación de sus causas, a fin de enriquecer su aporte y utilidad.

Método:

Como parte de la implementación del observatorio chileno de salud pública, se realizó una revisión documental del conjunto de fuentes nacionales e indicadores que se relacionan con recursos, actividades y productos del sistema de salud en Chile, así como aquellos relativos a la situación de salud y los determinantes sociales. Para cada tipo de indicador, se revisó la calidad, completitud, oportunidad, grado de desagregación. Se revisó la existencia de indicadores relevantes de recursos, procesos o resultados necesarios para analizar y monitorear el sistema de salud, en los diversos niveles administrativos y geográficos del mismo, tanto en el sistema público como privado. También se revisó el aspecto de integración y difusión de información entre diversos sistemas específicos de información y el acceso a información por parte de quienes la necesitan para realizar análisis y monitoreo. El contraste entre disponibilidad y necesidad de información permitió determinar carencias y aspectos críticos afectos a mejoramiento, así como limitaciones persistentes que a su vez limitan los procesos de análisis y monitoreo del sistema de salud.

Resultados:

El sector salud en Chile, en sus diversas entidades estadísticas y sanitarias, dispone de información relevante de indicadores estadísticos rutinarios - apoyados por la red de plataforma informática - que permiten analizar y vigilar esta situación de un modo efectivo y oportuno. Ello permite contar con un efectivo análisis y monitoreo del sistema de salud, a nivel nacional, regional y local. Sin embargo, no se cuenta con información nacional de algunos indicadores necesarios, falta integración de información de las distintas fuentes o bien falta adecuada difusión, acceso o uso por parte de quienes la necesitan para tomar decisiones. Las diversas fuentes de información y monitoreo no siempre se integran o coordinan (en red funcional), ni están disponibles en forma oportuna para el análisis, seguimiento y escenarios que apoyen el desarrollo de políticas, programas y toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible. El sector salud cuenta con planes y programas a distintos niveles de agregación y asistenciales, que incluyen indicadores para evaluar su cumplimiento. Chile cuenta con un sistema mixto de salud, pero mientras el sistema público de salud cuenta con información detallada y estandarizada, el sistema privado produce o integra a nivel nacional menos indicadores sobre recursos, procesos o actividades, lo que dificulta conocer datos globales de ambos sistemas. Además, mientras el sistema público es responsable de una población asignada, lo que le permite medir tasas o razones en la población, el sistema privado es abierto al mercado y no cuenta con tasas de población objetivo de modo similar al público. Ello impide una comparación más estandarizada y complementaria. El tamaño de regiones, servicios de salud y comunas en Chile es muy disímil, lo que dificulta comparar y analizar indicadores producidos a esos niveles, y no hay división territorial estadística más pequeña que las comunas.

Discusión:

El análisis y monitoreo del sistema de salud en Chile cuenta con una sólida base informativa instrumental, lo que permite efectivamente analizar y monitorear el recurso, actividades y servicios producidos por las distintas entidades y actores del sistema de salud. Sin embargo es preciso considerar aquellas limitaciones y carencias informativas relacionadas con obstáculos de producción, integración a nivel nacional y difusión. Algunas de las limitaciones y carencias informativas son posibles de solucionar a través de mejor integración, producción, difusión y uso de información, sin embargo es más complejo solucionar la menor información provista de modo rutinaria por el sector privado, y aquella relacionada con la gran heterogeneidad de tamaño en las diversas entidades territoriales.

Presidente: Claudio Socci, Professore di Politica economica, Università di Macerata; Nadia Storti, Direttore sanitario, AA.OO.RR. di Ancona, Italia

L'Health Technology Assessment negli ospedali universitari.

Sara Perazzi e Leah M. Magid, Federazione Internazionale degli Ospedali, Svizzera.
sara.perazzi@gmail.com

Questo studio propone un'analisi empirica mondiale dell'implementazione delle raccomandazioni dell'*Health Technology Assessment* (HTA) negli ospedali universitari. L'obiettivo è quello di determinare se gli ospedali universitari ricorrono all'HTA per quanto concerne la valutazione dei costi- efficacia delle nuove tecnologie e se si tratta di una pratica regolare oppure occasionale. In secondo luogo, si pretende appurare l'impatto di tali raccomandazioni nel processo decisionale di acquisizione degli ospedali universitari.

Gli ospedali universitari sono tra i principali attori per quanto concerne l'uso di tecnologie all'avanguardia che contribuiscono a fornire cure e attrezzature di alto livello. E' quindi lecito assumere che il ricorso alle raccomandazioni dell'HTA nel processo decisionale si possa tradurre in una sorta di "best practice" per tutte le strutture ospedaliere.

Questo lavoro nasce dalla crescente necessità delle strutture ospedaliere in generale e degli ospedali universitari in particolare di aumentare l'offerta e la qualità dei servizi erogati facendo ricorso a tecnologie sempre più nuove e competitive. Si registra inoltre una crescente pressione per quanto concerne l'efficienza e l'innovazione, pressione che viene esercitata anche da parte delle sempre più numerose società che offrono regolarmente nuovi prodotti. Considerando la crescente offerta di nuove tecnologie per la salute e le limitate risorse disponibili, gli ospedali universitari necessitano di un'analisi costi-efficacia che permetta di valutare tempestivamente ogni nuovo prodotto. L'HTA si iscrive nella dinamica della crescente offerta e domanda di nuove tecnologie e in supporto alla necessità di assicurarne l'efficacia, garantirne un'appropriata utilizzazione e valutarne l'impatto economico.

Questa ricerca è stata realizzata essenzialmente con metodi qualitativi. La fase di ricerca bibliografica e documentale ha fornito una panoramica dello stato dell'arte relativo all'HTA. Un breve sondaggio online è stato inviato a ospedali universitari ed associazioni ospedaliere (che includono ospedali universitari) membri della Federazione Internazionale degli Ospedali.

Ad oggi, 24 ospedali universitari e 1 associazione nazionale di ospedali universitari hanno risposto al sondaggio, per un totale di 19 paesi.

I risultati preliminari dimostrano che la maggior parte (84 %) di coloro che hanno risposto al sondaggio dichiarano di ricorrere all'HTA per le decisioni relative alle nuove tecnologie e più della metà degli ospedali universitari che ricorrono all'HTA lo fanno sistematicamente. Quasi tutti (95%) ricorrono a dipartimenti interni incaricati della valutazione dell'impatto e dell'analisi costi-efficacia di tali tecnologie.

Per la maggior parte degli ospedali universitari (73%) gli esiti dell'HTA hanno una funzione indicativa/di guida a livello decisionale per quanto concerne l'acquisto di nuove tecnologie.

L'analisi esaustiva dei risultati finali sarà fornita al termine del sondaggio.

Nuovi paradigmi negli investimenti in sanità.

Oscar Domenichelli, Alberto Manelli, Roberta Pace e Martina Vallesi, Italia. o.domenichelli@univpm.it

L'esame della letteratura mostra che, pur essendola valutazione delle tecnologie sanitarie - nella terminologia inglese: Health Technology Assessment (HTA)- un fenomeno metodologico e operativo relativamente recente, essa ha acquisito, tuttavia, una progressiva importanza, come ponte fondamentale tra ricerca pura e policy making, a supporto del decisore politico. Ciò in quanto essa consente di giudicare correttamente e complessivamente l'utilizzo di nuove tecnologie sanitarie, sotto i profili della sicurezza ed dei costi sostenuti in rapporto all'efficacia dell'output tecnologico, impiegando peraltro metodologie informatiche, che consentano di disporre ed elaborare informazioni complete e di alta qualità. Nel soddisfare le esigenze appena esposte, il processo di HTA si avvale di un metodo di lavoro che viene studiato e spiegato nelle sue principali fasi, riconducibili, preliminarmente, alla

questionne proveniente dal decisore politico e alla traduzione di tale questione in specifiche domande di ricerca.

Queste vengono poi valutate con riferimento agli aspetti della sicurezza, dell'efficacia, psicologici, sociali, etici, organizzativi e professionali, nonché economici (analisi costi-efficacia, costi-utilità e costi-benefici), mediante l'acquisizione e selezione di mirate fonti di informazione e la valutazione delle informazioni ottenute e l'esposizione dei risultati conseguiti.

A questa fase segue, inoltre, la discussione dei risultati medesimi, che coinvolge l'approccio metodologico, le assunzioni formulate, il tipo di informazioni utilizzate e la loro qualità, la validità e applicabilità generali, le discrepanze e incertezze emerse e i cambiamenti attesi nella tecnologia e nei risultati. Prima della pubblicazione, la proposta va sottoposta a revisione esterna, mentre il report definitivo, che viene divulgato con messaggi e mezzi adeguati rispetto alla tipologia di destinatario di riferimento, contiene almeno tre parti: abstract, scientific summary report e technical report. L'analisi effettuata mette anche in rilievo l'importanza della predisposizione di adeguati livelli organizzativi ai fini dell'HTA (internazionale, nazionale e locale), strutture e connessioni tra gli stessi, al fine di massimizzarne il coordinamento, nel rispetto della considerazione e tutela dei molteplici interessi in gioco e dell'attento apprezzamento del valore generato, in ordine agli investimenti effettuati (value for money).

Obiettivo della ricerca:

Descrivere e analizzare come la valutazione delle tecnologie sanitarie influisca sulla formulazione e sviluppo di sicure ed efficaci politiche della salute.

L'évaluation des technologies de la santé est-elle utile à la prise de décision?

Michèle Tony, Lise Lamothe, Cheri L. Deal, Mireille Goetghebeur, ESPUM, Quebec.
michele.tony@umontreal.ca

Contesto:

Depuis plus de 30 ans, les avancées technologiques ont révolutionné le domaine de la santé. Dans plusieurs cas, elles ont permis de repousser les limites de la pratique clinique en donnant accès à des diagnostics plus précoces et précis, des procédures moins invasives et en élargissant les options de traitement. Aujourd'hui, les technologies se retrouvent dans tous les champs médicaux. Elles font partie intégrante des systèmes de santé, et ce, à travers le monde entier.

L'essor fulgurant de nouvelles technologies pose un défi de taille pour nos systèmes de santé. Dans un contexte de ressources limitées, le progrès technologique impose de faire des choix parmi les innovations. Plusieurs nations se sont dotées d'agences et de programmes mettant de l'avant l'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé (ÉTMIS). L'ÉTMIS a pour objectif de soutenir la prise de décision. Elle fournit de l'information sur les implications médicales, sociales, économiques, légales et éthiques liées à l'utilisation des technologies de la santé, de manière systématique, transparente, robuste et exempte de biais. Elle s'adresse aux diverses parties prenantes des systèmes de santé. Pour bien des pays, les infrastructures d'ÉTMIS sont maintenant bien établies. Les questions qui se posent alors sont de quelle manière sont utilisés les travaux d'évaluation produits par ces agences? Les travaux d'évaluation répondent-ils aux besoins des décideurs? L'ÉTMIS est-elle utile à la prise de décision?

Méthode:

Une revue de la littérature a été effectuée pour identifier les articles rapportant de l'information sur l'impact de l'ETMIS, principalement en contexte hospitalier. Une analyse des diverses publications et rapports d'ÉTMIS produits au Québec et disponibles en ligne avec libre accès au contenu a également été conduite.

Résultats:

Peu d'études mesurent l'impact de l'ÉTMIS. Il est donc difficile de percevoir le rôle de l'ÉTMIS dans la prise de décision en contexte réel. Au Québec, les centres hospitaliers universitaires représentent des emplacements de choix pour la conduite de l'ÉTMIS car ce sont les principaux lieux d'accueil des technologies et modes d'intervention nécessaires à la prestation des soins et services de santé. Conduire l'ÉTMIS en milieu hospitalier assure une proximité avec les gestionnaires et professionnels du

réseau de la santé, ainsi qu'avec l'environnement complexe et en constante évolution dans lequel les technologies s'insèrent. Pour le Québec, l'avènement de l'ETMIS en milieu hospitalier a résulté en diverses activités (objets et processus d'évaluation),

variant d'un établissement à l'autre et, par conséquent, modulant l'apport de l'ETMIS à la prise de décision.

Conclusion:

Malgré la mise en place d'une démarche systématique, commune à l'ensemble des agences d'évaluation, des variations dans les processus d'évaluation peuvent être observées d'un établissement à l'autre. Comprendre les dynamiques existantes entre les acteurs impliqués dans l'ÉTMISS, et faire ressortir les dimensions qui qualifient ces dynamiques, pourraient fournir des éclairages nouveaux qui permettraient d'enrichir ou de nuancer les conceptions théoriques actuelles de l'ÉTMISS, et aller même jusqu'à envisager des actions transformatrices pour améliorer les processus d'évaluation des technologies et modes d'intervention en milieu hospitalier.

Asignación de recursos en hospitales públicos basada en indicaciones de eficiencia.

Marcelo Gurgel Carlos da Silva e Maria Helena Lima Sousa, Brasil

De la géopolitique dans le secteur sanitaire: importance de l'industrie médicale, nouvelles technologies, prises en charge des patients et contrôle des dépenses.

Jean-Pierre Escaffre, J-L Malestroit e S. Cassett, ISTIC, Campus des Sciences, Université de Rennes 1, France. jpe3@wanadoo.fr

Les technologies de la santé reposent sur cinq secteurs : l'imagerie médicale et les agents de contrastes, le diagnostic médical, le traitement massif de l'information médicale et administrative, la robotisation, les biocapteurs. Les axes de développement de ces secteurs se sont orientés dans trois directions : la portabilité, la miniaturisation, et la flexibilité des fonctions.

Actuellement, on peut détecter trois enjeux majeurs :

1-téléscopage du diagnostic et de l'interventionnel

Jusqu'ici, les technologies se spécialisaient selon la pratique médicale classique : technologies correspondant à la phase diagnostic, celles adaptées à la phase interventionnelle. Désormais, cette séparation tend à devenir obsolète. Les technologies s'appliquent aux deux phases en même temps.

2-hypertrophie des plateaux techniques

Il y a peu, le bloc opératoire était au centre de l'organisation hospitalière et de son architecture. Désormais les nouvelles technologies poussent à l'hypertrophie des plateaux techniques, allant jusqu'à marginaliser les unités d'hospitalisation sous l'effet de diminutions drastiques des durées de séjour des patients. Cela va entraîner des modifications dans les rapports de pouvoir entre les spécialités médicales, et donc de l'organisation hospitalière. De nouveaux métiers de haut niveau technologique devront y être introduits, proches de l'activité médicale spécialisée.

3-numérisation croissante

La collecte des données disparates, la gestion des bases de données, leurs interconnexions, la construction de tableaux de bord stratégiques sont des conditions *sine qua non* de l'introduction des technologies médicales en provenance de l'industrie. Se pose alors les problèmes de la fiabilité des systèmes d'information et de la confidentialité aujourd'hui mise en cause par les exigences des assureurs privés, pour la plupart d'origine états-unienne, pour l'obtention d'informations personnalisées en vue des fixations des primes individualisées.

Ces technologies sont pour la plupart contrôlées par quelques transnationales émanant en fait de grandes banques. Le secteur de l'imagerie médicale, par exemple, est contrôlé par cinq grands groupes : Siemens (c'est-à-dire la Deutsche Bank), Philips, General Electric (Morgan Bank), Toshiba, pénétration actuelle de Samsung sur le marché européen. On note aussi la stratégie d'ensemble des transnationales américaines dans le secteur du matériel informatique et de logiciels, y compris la cybersécurité, préférés par les autorités aux matériels et logiciels d'entreprises européennes.

Quelles en sont les conséquences sur les prises en charge des patients, sur les dépenses d'acquisition, de maintenance, de fonctionnement ? Quelles en sont les conséquences indirectes sur les planifications

régionales (normes d'appareil par habitant), sur les délais d'attente pour les patients hospitalisés ou non ?

Quelles seraient les conditions de contrôle des prix des matériels, des dépenses de maintenance et de fonctionnement, ... ? La protection sanitaire d'un pays peut-elle abandonner son industrie médicale au profit d'achats « sur étagère » ?

Telles sont les contenus que nous nous proposons de développer dans la communication à CALASS 2015.

Sessione 27

Aula 3

Tema: O uso de novas tecnologias no trabalho desenvolvido com sujeitos afásicos e parkinsonianos e com crianças em processo de aquisição/desenvolvimento de leitura e escrita

Sessione organizzata da: Rosana Novaes Pinto, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil

Interlocução e tecnologia nos estudos neurolinguísticos de tradição discursiva

Maria Irma Hadler Coudry e Fernanda Maria Pereira Freire, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Brasil. coudry@iel.unicamp.br

A Neurolinguística de tradição discursiva (ND) tem desenvolvido estudos que focalizam o uso do computador, vinculado à centralidade que a *interlocução* (COUDRY, 1986) tem nessa perspectiva teórico-metodológica, seja na relação que estabelecemos com crianças que apresentam dificuldades escolares que envolvem a leitura e a escrita; seja com sujeitos afásicos que têm a fala, a leitura e a escrita modificadas pela afasia (FREIRE e COUDRY, 1998; FREIRE, 1999/2006); seja, ainda, com sujeitos em processo senil progressivo (FREIRE e COUDRY, 2002).

O objetivo do texto é mostrar, seguindo a hipótese de Freud (1891) e de Jakobson (1941), que crianças e afásicos se encontram em vários pontos do processo de aquisição e decomposição da fala e da escrita. A afasia desorganiza a base fonográfica que sustenta a escrita alfabética e a criança está em processo de automatizá-la. À luz dessa hipótese aproximaremos tais sujeitos considerando que há uma nova geração de crianças, essencialmente digitais, que nasceram imersas em tecnologia (PEREIRA, 2013), sendo suas funções psíquicas superiores (linguagem, memória, atenção, percepção, corpo/práxis, raciocínio intelectual, vontade, imaginação) orientadas para uma materialidade que é mais visual e solitária do que de base fonográfica e dialógica. São crianças que raciocinam essencialmente pelo visual e por um espaço fugaz, operando com telas que se superpõem na tela do computador (BIRMAN, 2012; COUDRY, 2014), o que dificulta o estabelecimento de associações duradouras que persistem na memória para outros usos, e de estruturas que sustentam a narrativa. Não levar em conta tal condição pode acarretar equívocos na avaliação dessas crianças, patologizando-as com um déficit que não apresentam, e que é motivado por uma materialidade que transforma e reagrega o modo de as funções mentais superiores operarem em um espaço discursivo essencialmente multimodal (KLEIMAN, 2005).

A metodologia que orienta nosso estudo e que sustenta a ND é de base heurística que tem no processo seu foco de análise, onde são flagrados um conjunto representativo de dados-achados que iluminam o olhar do investigador sobre o que se investiga e a teorização que se lhe pode ser atribuída, movimentando a relação entre dado e teoria e vice-versa.

Os dados a serem discutidos neste texto proveem de *três fontes* e são produto de diversas práticas com a linguagem que desenvolvemos tanto com crianças que participam do Centro de Convivência de Linguagens (CCazinho), e apresentam dificuldades no aprendizado escolar da leitura e da escrita, quanto com adultos afásicos que participam do Centro de Convivência de Afásicos (CCA - Grupo II), ambos no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP):

- 1) da soletração como indício da relação do sujeito com a materialidade da tecnologia, uma das portas de entrada da criança na escrita, condição que se modifica com a afasia, quando a dificuldade de soletrar se apresenta como um indício de que a escrita foi afetada: as letras deixam de ser reconhecidas pelo nome e pela relação fonográfica que representam. Mostraremos dados em que crianças e afásicos se beneficiam do teclado para escrever, muito porque a letra já vem grafada e

separada uma a uma, mas não escrevem de memória, nem soletram, leem como se a palavra fosse uma representação de objeto (Freud, 1891).

- 2) de dados preliminares de pesquisas que temos desenvolvido com crianças digitais (PEREIRA, 2013), que tomam caminhos favorecidos pela tecnologia que as levam às atividades que desejam realizar (sobretudo jogos e postagem/leitura no *Facebook*) “lendo sem ler” (na escola copiam, mas não leem); crianças que recorrem ao *WhatsApp* para ler, no lugar de ler no papel; outras recorrem ao *Google Tradutor* que lê para elas o que elas digitam, ou seja, crianças que não leem e usam um tradutor do português escrito para a fala em português, transfigurando de um código para outro.
- 3) de dados da relação da ND com práticas sociais de nosso tempo, ao usar sistematicamente a internet durante as sessões coletivas e individuais com afásicos e crianças: para saber das notícias da semana ao trabalharmos com a agenda no início de cada sessão onde os sujeitos marcam os temas que querem socializar com seu(s) interlocutor(es); quando analisamos charges, imagens, fotos; quando cantamos e queremos ler as letras das músicas; quando necessitamos de uma busca sobre algum tema que sustenta um trecho da sessão etc.

O uso de tecnologias digitais no contexto clínico: uma abordagem discursiva.

Fernanda Maria Freire e Maria Irma Hadler Coudry, NIED e IEL – UNICAMP, Brasil.
fmfreire@gmail.com

A Neurolinguística Discursiva (ND) se propõe a analisar os processos interacionais, as relações entre os processos cognitivos e a linguagem focalizando as relações entre sujeito, linguagem e cérebro/mente (Coudry, 1986/1988; Coudry *et. all.*, 2010). Para tanto, parte de uma noção *abrangente* de linguagem (Franchi, 1977) como atividade significativa nos níveis cognitivo, intersubjetivo e social e como lugar de *interlocução* em meio às regras socioculturais que organizam a vida.

Considerando o seu interesse na *linguagem em funcionamento*, em meio a práticas sociais de nosso tempo, a ND incorpora nos estudos que desenvolve e no acompanhamento longitudinal que realiza com sujeitos com dificuldades linguístico-cognitivas, práticas de linguagem digitais utilizando diferentes aplicações computacionais (linguagens de programação, jogos eletrônicos, aplicativos da internet, editores de texto e de imagem, entre outros) e diferentes dispositivos (computadores, tablets, celulares), valendo-se da mediação *semiótica* e *material* que tais objetos culturais oferecem (Freitas, 2010).

A adjetivação *digital* significa que esse tipo de prática com a linguagem, além de dirigida a um interlocutor real ou presumido, pressupõe uma *interface* própria (Rocha e Baranauskas, 2000) cuja configuração interfere (mais ou menos) na produção e interpretação de sentidos. Assim, ao escrever um texto usando um editor de textos, o sujeito elabora o *sistema de referências* (Franchi, 1977) a que o editor o remete, o que lhe permite atribuir sentido aos recursos e funcionalidades do sistema, por meio dos quais poderá, finalmente, escrever (Freire, 2007). É, portanto, pelo uso dos elementos *multimodais* (Kleiman, 2005) que compõem a interface do editor que o sujeito, pouco a pouco, cria uma memória *vísuoespacial* e motora que lhe permite reconhecer lugares específicos representados por ícones, imagens, palavras e cores.

O interesse teórico-clínico pelas práticas de linguagem digitais, portanto, está no fato de exigirem um duplo trabalho linguístico-cognitivo: aquele que se exerce *com* e *sobre* a interface da aplicação utilizada e aquele que se faz *com* e *sobre* a linguagem, seja para falar, ler, escrever, desenhar, calcular (Freire e Silva, 2011; Freire, 2010). Na interação entre o sujeito e o computador, este funciona como um interlocutor virtual, ora porque se submete aos comandos do sujeito, ora porque apresenta uma ação inesperada em um processo interativo dinâmico (Freire 1999/2006). Em qualquer das situações, o computador desempenha uma *mediação coadjuvante* (Freire, 2011a), de natureza material e semiótica, ao oferecer ao sujeito uma espécie de *contrapalavra* (Bakhtin 1929/99) em resposta às suas ações, cuja interpretação no contexto clínico é beneficiada pela mediação do adulto/investigador que ajuda o sujeito a estabelecer relações entre o que é *novo* e o que é *velho*, já conhecido (Freud, 1891/1973; Coudry 2010), condição para que o sujeito possa reorganizar o sentido daquilo que, muitas vezes, havia percebido apenas parcialmente (Freire, 2011b).

Neste trabalho apresentamos dados de fala, leitura e escrita de um pré-adolescente com dificuldades escolares, sobretudo na organização da narrativa oral, na escrita e na leitura, em diferentes momentos de seu acompanhamento longitudinal no Centro de Convivência de Linguagens (CCazinho) do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP). Por meio da análise e discussão dos dados produzidos em

contextos digitais, procuramos mostrar como a *mediação coadjuvante* do computador é produtiva, tanto no sentido de dar visibilidade ao trabalho linguístico-cognitivo do sujeito e, assim, orientar a intervenção clínica (mediação do outro), quanto para apoiar a reorganização da fala, da leitura e da escrita.

O benefício do uso de recursos tecnológicos para o trabalho realizado com sujeitos afásicos: relatos de três propostas.

Rosana Novaes Pinto, Universidade Estadual de Campinas, Brasil. ronovaes@terra.com.br

As atividades do Centro de Convivência de Afásicos (CCA) são desenvolvidas no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no estado de São Paulo, Brasil, e visam auxiliar pessoas afásicas no enfrentamento das dificuldades nos processos comunicativos e de significação, decorrentes de lesões cerebrais focais. As afasias, em geral, comprometem a linguagem em todas as modalidades: *oral* (produção e compreensão) e *escrita* (leitura e produção), assim como as atividades não-verbais de significação (gestos simbólicos). Podem estar ainda associadas a outras alterações cognitivas, como dificuldades de atenção, de percepção e de memória (Coudry 1986/1988). Via de regra, os afásicos são afastados de suas atividades profissionais e sociais, muitas vezes em fases ainda muito produtivas de suas vidas. Portanto, além das sequelas diretas do episódio neurológico, eles passam a ser vítimas também do preconceito de familiares, amigos, colegas de trabalho e até mesmo de alguns profissionais da saúde, pela ignorância sobre a afasia e sobre a natureza da linguagem (Novaes-Pinto, 2008). Pode-se afirmar, assim, que a afasia pode/deve ser compreendida como uma questão social. O Grupo 3 do CCA conta, atualmente, com 12 sujeitos afásicos que participam das sessões coletivas e dos acompanhamentos individuais, nos quais alunos de Graduação dos cursos de Fonoaudiologia, Linguística e Letras e de Pós-Graduação em Linguística desenvolvem suas pesquisas. O trabalho do/no grupo auxilia os sujeitos afásicos a desenvolverem estratégias alternativas de significação/comunicação e, nesse contexto, as atividades com o uso de recursos da informática têm se revelado como aliados importantes no desenvolvimento das “práticas efetivas de linguagem” (Coudry, 1986/1988). Durante as sessões coletivas, privilegia-se o trabalho com as narrativas dos sujeitos, visando a reorganização da linguagem e das suas “memórias”. Conversamos sobre suas rotinas – o que fizeram durante a semana, as notícias da família – sobre suas dificuldades e discutimos fatos noticiados na mídia, relativos aos mais diversos temas (esportes, economia, ciência, meio-ambiente, novelas, guerras, etc), com o suporte de diversos gêneros disponíveis na internet: textos jornalísticos, gráficos e tabelas, editoriais com opiniões, charges etc. A partir de 2010, as atividades (do Grupo III) envolvendo o uso de recursos da informática foram beneficiadas pela aquisição de vários equipamentos, por meio de um projeto de extensão (PEC – Projeto de Extensão Comunitária) da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade: notebooks com recursos de edição de imagens, filmadoras, projetor e, mais recentemente, uma lousa digital que tem propiciado o desenvolvimento de várias atividades lúdicas e o trabalho de leitura e escrita. Esses recursos contribuíram significativamente não apenas para um melhor desenvolvimento dos tópicos discursivos trazidos pelos próprios sujeitos afásicos, mas também para ampliar as possibilidades interativas/comunicativas entre os membros do grupo. Usamos muito, por exemplo, a interface do *Skype*, para conversar com alunos e/ou pesquisadores que estão desenvolvendo pesquisa ou período de intercâmbio fora da UNICAMP (em outros lugares do Brasil ou no exterior), o que coloca os afásicos na posição de interlocutores ativos. Eles contam de si e do grupo, falam das notícias locais ou do Brasil, perguntam sobre o lugar/país onde o pesquisador se encontra, mostram os trabalhos que têm feito – pinturas, artesanato, fotos. São encorajadas também interações (coletivas ou individuais) por e-mails, reforçando o papel do trabalho com a leitura e com a escrita, o que por sua vez leva ao desenvolvimento de atividades epi- e metalinguísticas durante a organização do texto (oral ou escrito) fazendo com que enfrentem as dificuldades para encontrar palavras e na formulação de enunciados. Essas práticas demandam que os afásicos leiam, comentem e se posicionem ativamente como *sujeitos sociais e da linguagem* favorecem que eles voltem a ocupar seus lugares nos mais diversos círculos sociais dos quais participavam antes do episódio neurológico. Configuram-se, portanto, como um trabalho alternativo à clínica tradicional (geralmente centrada em *treinos* motores de sons e palavras, descontextualizados do uso social), fundado sobre práticas significativas de uso social da linguagem. Para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido, serão apresentados dados de três sujeitos afásicos: SB, AC e SR, em atividades que envolvem recursos tecnológicos – relativos ao acesso à internet e às plataformas e aplicativos que têm sido disponibilizados em computadores, tablets e smartphones. O sujeito SB, um jovem afásico de 25 anos, que era músico e leitor voraz de obras ficcionais antes de sofrer um AVC, utiliza-se cotidianamente do *Whatsapp* para fins comunicativos (inclusive com os participantes do CCA – afásicos e pesquisadores), do Google (buscador e Maps) como auxiliar em suas atividades de leitura e da plataforma *Garage Band* (da Mac) para reorganizar a linguagem musical e para “tocar” virtualmente os

instrumentos que antes dominava. Os outros dois sujeitos – AC e SR – são afásicos idosos que se beneficiam muito do trabalho com a internet para “alcançarem o seu querer-dizer” (Bakhtin), o que contribuiu para reduzir significativamente a ansiedade e a frustração que demonstravam nos processos dialógicos, decorrentes das dificuldades impostas pela afasia.

Contribuições da avaliação linguística para a análise dos efeitos pré e pós cirúrgicos da estimulação cerebral profunda (DBS) na doença de Parkinson.

Maira Camillo, UNICAMP, Brasil. mairacamillo09@gmail.com

A Neurolinguística de orientação enunciativo-discursiva que desenvolvemos no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL), da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), se inscreve nas abordagens sócio-histórico-culturais que, por sua vez, orientam os princípios teórico-metodológicos desta pesquisa sobre as relações entre a linguagem e o funcionamento cerebral na doença de Parkinson. Na sua forma idiopática (DPI), a doença apresenta alguns efeitos motores na fala como bradicinesia (movimentos lentos e curtos), rigidez muscular, incoordenação pneumofonoarticulatória e alterações prosódicas (Camillo, 2011). Estudos recentes argumentam que se as manifestações de linguagem fossem exclusivamente motoras, elas estariam presentes de maneira mais uniforme nos discursos dos parkinsonianos (Oliveira, 2003). Entretanto, outros níveis linguísticos que estão impactados na doença – como o semântico-lexical e o pragmático – não se revelam, em geral, em razão da forma como (não) são avaliados. Outra evidência que favorece esta hipótese – de que não se trata de distúrbios exclusivamente motores – é a de que a fonoterapia tradicional, de base motora, não resulta em melhora significativa no funcionamento linguístico dos sujeitos parkinsonianos.

Este trabalho visa apresentar os primeiros resultados comparativos de avaliações de linguagem realizadas antes e após a intervenção cirúrgica em sujeitos com doença de Parkinson conhecida pela sigla DBS (DeepBrainStimulation) ou “estimulação cerebral profunda”. Essa técnica consiste na implantação de eletrodos em regiões específicas dos gânglios da base, como o globo pálido interno ou o núcleo subtalâmico, que são estimulados por meio de um “marcapasso” subcutâneo. O procedimento visa uma melhora nas flutuações motoras e discinéticas em pacientes que apresentam resposta prévia ao tratamento farmacológico com levodopa, mas que posteriormente desenvolvem sintomatologia motora incapacitante, apesar de doses terapêuticas máximas (Figueiredo et al, 2014). Em nossa avaliação abrangente de linguagem, utilizamos expedientes metodológicos, por nós formulados, que buscam investigar todos os níveis linguísticos, utilizando-se, por exemplo, de figuras para nomeação de objetos e descrição de ações, expressões cristalizadas e provérbios, além de atividades envolvendo narrativas.

Para esta discussão, trazemos resultados de avaliações feitas com três sujeitos parkinsonianos – LC, AA e NA –, realizadas mensalmente em diferentes fases: uma na fase pré-cirúrgica e até quatro nas fases pós-cirúrgicas. Obtivemos como resultados iniciais, para todos os sujeitos em nossa análise comparativa, uma melhora pós-cirúrgica não só nos aspectos acústico-motores da fala – o que é o objetivo principal quando se opta pela tecnologia DBS – mas uma melhora geral no funcionamento da linguagem, seja na diminuição do tempo das pausas hesitativas, seja com relação à maior rapidez nos processos de seleção e combinação das unidades linguísticas (fonético-fonológicas, lexicais, gramaticais) – sobretudo na seleção lexical – e, conseqüentemente, na elaboração dos enunciados. A melhora nesse funcionamento, entretanto, variou entre os sujeitos. LC foi o que revelou a melhora mais significativa após o quarto mês do DBS, apresentando enunciados semanticamente mais precisos. Suas respostas foram mais próximas daquelas esperadas nos diversos protocolos (palavras, provérbios, expressões cristalizadas) e o sujeito estabeleceu relações entre o material linguístico avaliado e suas experiências pessoais, o que indica que houve avanço em sua competência pragmático-discursiva, quando se compara esses resultados aos que foram obtidos na fase pré-cirúrgica e nas primeiras fases pós-operatórias. Destaca-se, ainda, que LC é capaz de perceber que a melhora de seu quadro após a cirurgia não se restringe aos aspectos motores. Ele se vê como mais “competente” tanto com relação à linguagem quanto à memória, o que se constitui como um indício de que houve uma reorganização linguístico-cognitiva. Outros aspectos subjetivos dessa relação entre o sujeito e a doença serão trazidos para a discussão, dentre os quais a melhora na autoestima depois da DBS, que se deve, principalmente, à diminuição dos tremores, e que motiva o sujeito a voltar a participar de forma mais ativa nas interações sociais, das quais muitas vezes se afasta por causa da doença e dos preconceitos que ela gera.

Pela escassez de trabalhos na área que, em sua maioria, são direcionados ao momento pós-operatório e com enfoque acústico-motor (Andrade e Cardoso, 2009; Hommer M.A. et al., 2012; Schuls G.M. et al., 2012 e Silveri M.C. et al. 2012), acreditamos que nossa pesquisa pode contribuir para uma melhor compreensão (tanto pelas equipes médicas responsáveis pelo DBS, quanto pelos pesquisadores do campo da linguagem) de como a linguagem e outros processos cognitivos são impactados pela doença de Parkinson, para dar visibilidade aos efeitos do DBS no funcionamento linguístico-cognitivo, para além dos aspectos motores e para orientar os acompanhamentos terapêuticos.

Tema: Gestione del rischio clinico

Presidente: Gian Marco Giuseppetti, Direttore SOD Clinica di Radiologia, AA.OO.RR Ancona, Italia

Presunti Colpevoli. Dalle statistiche alla cartella clinica: indagine sugli errori in sanità.

Tatiana Pipan, Università La Sapienza, Italia. tatiana.pipan@uniroma1.it

L'obiettivo della comunicazione è quello di conoscere e comprendere il rischio in sanità. Verranno innanzitutto presentati i risultati di una indagine che riguarda in primo luogo le statistiche sugli eventi avversi: dati prodotti da organizzazioni con finalità e obiettivi diversi - l'ANIA, il Tribunale per i diritti del Malato e il Ministero della Salute - che alimentano la "guerra dei numeri" inscenata dai media per alimentare immagini di mala-sanità. In secondo luogo verrà discusso della cartella clinica, che racchiude la storia clinica del paziente e che nel suo viaggio tra diversi contesti organizzativi - come pure nelle pratiche di compilazione dei referti prodotti e inseriti al suo interno

- veicola errori e contiene talvolta la prova principe dell'errore medico. E lo stesso rischio può nascondersi nella scheda di soccorso, usata nelle cure di emergenza, e nella checklist delle sale operatorie.

Il metodo etnografico, utilizzato per condurre l'indagine, ha permesso di indagare negli interstizi organizzativi e dare una lettura che va oltre lo stereotipo della ricerca del colpevole

Gestione del rischio terapeutico: il contributo del sistema informativo. L'esperienza di un caso studio.

Luca Del Bene e Riccardo Ceccarelli, Italia

Responsabilità civile del medico e della struttura ed assicurazione del rischio sanitario

Federico Onnis Cugia, Facoltà di Economia "G. Fuà", Università Politecnica delle Marche, Italia. federicoonniscugia@yahoo.it

Riassunti:

Col presente lavoro si analizza la tematica della responsabilità civile del medico e della struttura ospedaliera, con particolare riguardo all'evoluzione degli orientamenti giurisprudenziali sulla materia a seguito dell'entrata in vigore della Legge Balduzzi (legge n. 189/2012). In particolare, si intende ragionare sulla qualificazione della responsabilità civile sanitaria in termini di responsabilità aquilana ovvero contrattuale e su una analisi degli effetti conseguenti all'adesione all'uno o all'altro modello di responsabilità. La tematica conduce ad un'analisi della gestione assicurativa del rischio sanitario (c.d. *med-mal*). Infatti, l'intervento normativo operato con la legge Balduzzi mira a ridurre la spesa pubblica e "rasserenare" i rapporti tra medico e paziente, riducendo così il ricorso alla medicina difensiva e, in prospettiva futura, i costi dei premi assicurativi per responsabilità professionale dei medici. A fronte di siffatto obiettivo normativo, però, il mercato assicurativo del rischio sanitario ha una ridotta offerta di copertura assicurativa, sostanzialmente confinata a sottoscrittori stranieri e rivolta quasi esclusivamente ai professionisti individuali e non alle strutture sanitarie. L'obiettivo è quello di individuare efficienti meccanismi assicurativi che garantiscano, da un lato, un'effettività indennizzabilità del rischio in ambito sanitario e, dall'altro, che consentano alle strutture e ai professionisti di poter operare con maggiore tranquillità.

Rezumat:

Cùssu trabbàllu bòlit analizài sa chestione de sa responsabilidàde civili de su médicu e de su ispidàli, cun particolari remiru a su isvilupu de sos orientaméntos giurisprudènzialis a pustis de sa intrada in vigòri de sa lèi Balduzzi (lèi n. 189/2012). Ispecificadamente, si bòlitarrexonaia tinu de sacualificatzionide sa responsabilidàde civili sanitària fueddhende deresponsabilidàde acuiliana o chi depèndhet dae su

contraiu e a tinu de una anàlisi de sos effèctos chi consighint a sa unioni a sa una o a sa àtera zenia de responsabilidàde. Sa chestione zùchet a sa anàlisi de sa seguresa de s'arriscu sanitàriu (tzerriada med-mal). Defàtu, sa lèi Balduzzi bòlit reduiri sa ispesa prùbbica e asserenài sosrapòltos inter mèdicu e malàdiu, reduende aicis'impita a sa mexina difensiva e sos còstos de sas seguresas pro sa responsabilidàde de sos mèdicos. Ainnànti cùssu iscòpu chircàdu cun sas règlas, parò, su màlcaadu de sas seguresas de s'arriscu sanitàriu pagas avansàdas, ca est allaccanadaa asseguradòres stràngius e indisciadà a sos mèdicos scéti e no a sos ispidàlis. Aici si bòlit agatài seguresas atoliada pro afiantzài de apretàre diaderus sos dannos e pro fairi trabballài cun serenidàde mèdicos e ispidàlis.

Tema: Política ospedaliera in Brasile

Presidente: Ana Maria Malik, FGV - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

Desafios para o estabelecimento de uma Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte no Brasil.

Cristiana Leite Carvalho, Lídia Maria Tonon e Flavio Pereira Loureiro, Brasil

O Sistema Hospitalar Brasileiro: em busca de eficiência e economia de escala.

Luciana Reis Carpanez Corrêa e Ana Maria Malik, Brasil

Parcerias público-privadas e desenvolvimento produtivo e tecnológico na saúde: possibilidades para a capacitação dos laboratórios públicos no Brasil.

Ana Luiza d'Ávila Viana, Nelson Ibañez, Hudson Pacífico da Silva e Fabíola Lana Iozzi, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil. analuzaviana@usp.br

Durante muito tempo, o Brasil foi marcado pela ausência de políticas públicas voltadas para formar um sistema nacional de inovação na área da saúde, fortalecer os laboratórios públicos e ampliar a capacidade instalada de empresas inseridas em setores estratégicos do complexo econômico industrial da saúde (CEIS), cujo resultado evidencia-se na grande dependência tecnológica do exterior, fazendo com que o país constituísse um exemplo de modelo não virtuoso de associação entre saúde e desenvolvimento. Entretanto, a recente adoção de políticas e programas indutores do desenvolvimento nacional, com iniciativas específicas para a área da saúde, sugere o surgimento de um novo modelo, no qual as parcerias para o desenvolvimento produtivo (PDP) representam um exemplo marcante e cujo desenho privilegia uma conjugação de forças no sentido de superar o quadro de dependência externa do sistema de saúde e expandir o acesso da população a produtos considerados prioritários. As PDP são parcerias entre instituições públicas e entidades privadas para desenvolvimento, transferência e absorção de tecnologia, envolvendo produção, capacitação produtiva e tecnológica do país em produtos estratégicos para atendimento às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS). É nesse contexto que se insere a proposta do presente trabalho que tem por objetivo investigar a atual política para o desenvolvimento produtivo na área da saúde e seus reflexos sobre a capacitação dos laboratórios públicos nacionais, a partir da análise de duas parcerias (PDP) em andamento. O estudo compreendeu a identificação e contextualização dos diferentes ciclos de interação entre a política de saúde e sua base produtiva; a discussão acerca da estratégia do governo brasileiro para o desenvolvimento, a transferência e absorção de tecnologia na área da saúde (as parcerias para o desenvolvimento produtivo) e a investigação de duas parcerias vigentes para a produção de medicamentos e vacinas. O trabalho se apoiou em contribuições da literatura acerca da proteção social e políticas de saúde, fundamentalmente pela abordagem da economia política. Os métodos empregados foram: pesquisa bibliográfica, análise documental e de dados secundários. Três arranjos ou modelos emblemáticos de interação entre política e produção industrial na área da saúde foram identificados: i) a era do saneamento (1889-1930); ii) a era previdenciária (1930-1988); e iii) a era do SUS (pós-1988). As duas PDP estudadas contemplam acordos para transferência e fabricação de tecnologias integrantes da lista de produtos estratégicos para o SUS (medicamentos e vacinas), estão vinculados a programas nacionais de reconhecida excelência internacional (HIV/Aids e Imunização) e envolvem parcerias entre laboratórios públicos nacionais (Fiocruz e Instituto Butantan) e empresas privadas internacionais (Bristol-Myers Squibb e Merck Sharp and Dhome). Não obstante os avanços, patentes e potenciais, proporcionados pelas PDP para a interação entre a política e a produção em saúde, inclusive com o número crescente de parcerias formalizadas, alguns entraves persistem e estão relacionados com a complexidade da

estratégia, que abarca uma diversidade de atores e interesses, com distintas capacidades produtivas e políticas.

Contudo, dado o objetivo colocado no presente trabalho, deter-se-á, aqui, aos desafios que devem ser enfrentados pelos laboratórios nacionais, os quais, por muito tempo, foram deixados em segundo plano durante o predomínio do modelo privado internacional. Seguramente não é tarefa banal recuperar a potencialidade dos laboratórios nacionais (públicos e privados) frente aos oligopólios mundiais que atualmente dominam a produção de farmoquímicos, medicamentos e equipamentos para a saúde. Nesse sentido, o processo de transferência tecnológica, incentivado pelas PDP, ganha destaque e pode conformar um elemento dinamizador para que inovações incrementais surjam de forma mais efetiva nos laboratórios nacionais, como demonstram os dois exemplos de parceria analisados no trabalho. Para isso, contudo, mostra-se essencial a superação de desafios abrangentes como: a adoção de processos decisórios cada vez mais transparentes, a realização de investimentos em infraestrutura e na qualificação dos profissionais que atuam nos laboratórios públicos, o aprimoramento de mecanismos de monitoramento e avaliação dos resultados e a garantia da continuidade do foco da política de saúde e o diálogo com a base produtiva, mesmo em momentos de troca de gestão.

A gestão dos Recursos Humanos em Saúde nos novos desenhos institucionais do sistema de saúde brasileiro: o caso dos hospitais da administração indireta.

Silvânia Sales de Oliveira, Thadeu Borges Souza Santos e Isabela Cardoso de Matos Pinto, Brasil

Sessione 30

Aula 6

Tema: Professionisti e formazione in sanità

Presidente: Magda Scherer, Professeure de Saúde Pública, Universidade de Brasília

O citotécnico no controle do câncer do colo do útero: uma visão dos trabalhadores.

Vânia Maria Fernandes Teixeira e Célia Regina Pierantoni, Brasil

O desafio de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde

Janete Lima de Castro, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Mauricio Roberto Campelo de Macedo, Ana Tania Lopes Sampaio, Mestre Isa Maria Hetzel de Macedo, Karla Aparecida Rodrigues dos Santos, Thais Paulo Teixeira Costa, Brasil

Resumen:

Este artículo trata del análisis de un curso de grado universitario cuyo objetivo es formar a los administradores para el Sistema Único de Salud en Brasil. Este análisis se llevó a cabo a partir de las opiniones de los estudiantes sobre el proceso educativo en el que están inseridos. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo realizado a través de un estudio de caso. Los resultados confirman la importancia de la formación en salud pública para mejorar la gestión de los servicios de salud y reafirma la responsabilidad social de la Universidad respecto al Sistema Único de Salud de Brasil.

Riassunto:

Questo articolo riguarda l'analisi di un corso di laurea il cui scopo è quello di formare i managers per il sistema sanitario in Brasile. Tale analisi è stata effettuata partendo dal punto di vista degli studenti sul processo educativo in cui gli stessi sono inseriti. Si tratta di uno studio descrittivo con approccio qualitativo avente ad oggetto un caso concreto. I risultati confermano l'importanza della formazione in materia di salute pubblica per migliorare la gestione dei servizi sanitari e di riaffermare la responsabilità sociale dell'Università rispetto al sistema sanitario in Brasile.

Grupalidade nos serviços públicos de saúde mental: necessidades e desafios para a formação profissional.

Karine Wlasenko Nicolau, Patrícia Maria Fonseca Escalda e Paula Giovana Furlan, Universidade de Brasília, Brasil. wlasenko@unb.br

Resumo:

O texto identifica aspectos relacionados à condução de grupos terapêuticos e de apoio social em serviços públicos de Saúde Mental com base em relato de experiência profissional entre os anos de

2000 e 2012, nos âmbitos clínico, hospitalar e comunitário, em contexto nacional e internacional. O modelo epistemológico deleuziano-guattariano de rizoma fundamentou a análise das atividades. Os resultados apontam necessidades e desafios da formação profissional, especialmente no que se refere à utilização de tecnologias leve-duras referenciadas em processos de inserção e de reabilitação psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Riassunto:

Il testo individua gli aspetti legati alla guida dei gruppi terapeutici e di sostegno sociale nei servizi pubblici di salute mentale sulla base dei rapporti di esperienza professionale tra gli anni 2000 e 2012, in ambito clinico, ospedaliero e comunitario, a livello nazionale e internazionale. L'analisi delle attività è basata sul modello epistemologico di Deleuze-Guattari. I risultati indicano esigenze e sfide della formazione professionale, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo di tecnologie relazionale in riferimento a processi

Avaliação de atitudes de internos de medicina de uma universidade pública frente a aspectos relevantes da prática médica.

Edméa Fontes de Oliva-Costa, Talita Lima Santana Alves, Fernando Vinicius Alves e Enaldo Vieira Melo, Universidade Federal de Sergipe, Brasil. edmeaolivacosta@gmail.com

Resumo:

Objetivos: Avaliar atitudes dos Internos de medicina frente à prática médica e fatores associados numa Universidade pública brasileira. Método: Estudo transversal com 69 alunos, através de questionário elaborado pelos autores e da Escala de Atitude de Estudantes de Medicina. Realizada estatística descritiva, categorização da tendência atitudinal, análise de agrupamentos ("Clustrs") e Estatística F. Resultados: Média de idade=25,1, sendo 56,5% do sexo masculino. Os estudantes apresentaram atitudes positivas frente a quatro dos seis aspectos avaliados e atitudes negativas frente à morte. Conclusão: Intervenções educacionais podem ajudar na correção das atitudes negativas.

Riassunto

Obiettivi: Per valutare gli atteggiamenti Medicina interna attraverso la pratica medica e fattori associati in un'università pubblica brasiliana. Metodi: Studio trasversale con 69 studenti attraverso questionari predisposti dagli autori e Attitude Scale Medical Students '. Eseguita statistiche descrittive, categorizzazione di tendenza attitudinale, cluster analysis ("clustrs") e Statistiche F. Risultati: Età media = 25.1, e 56.5% erano maschi. Gli studenti dovevano atteggiamenti positivi a quattro dei sei aspetti valutati e atteggiamenti negativi verso la morte. Conclusione: Gli interventi educativi possono aiutare a correggere gli atteggiamenti negativi

Orario: 14:00 - 18:00

SESSIONE POSTER II • Zona C

22. Aspectos críticos da experiência brasileira com remuneração variável de equipes de atenção básica em saúde.

Sábado Nicolau Girardi, Valéria Alpino Bigonha Salgado, Ana Cristina de Sousa van Stralen e Alice Werneck Massote, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. sabadogirardi@gmail.com

O presente trabalho contém uma análise crítica da experiência de implantação de mecanismos de remuneração variável em municípios brasileiros, no âmbito do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado pelo Ministério da Saúde para induzir e apoiar os municípios brasileiros a ampliar o acesso e a melhoria da atenção básica.

Foram utilizados, como referência resultados de dois Diálogos Online sobre Remuneração por Desempenho e de pesquisas realizadas pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPSM), do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

O trabalho aborda os principais aspectos políticos, jurídicos e administrativos dessas experiências, tais como as motivações que levaram esses municípios a adotar esquemas de remuneração variável para suas equipes; as estratégias de envolvimento da força de trabalho e de atores externos; as questões jurídicas envolvidas; as principais características do incentivo financeiro envolvido; e a existência de processos de contratualização de desempenho. Ao final, são identificadas as principais dificuldades e ganhos do processo.

O uso de esquemas de remuneração variável atrelados aos resultados do PMAQ mostrou-se estratégia de estímulo ao bom desempenho dos profissionais das EAB quando cotejadas as equipes que implantaram com as que não implantaram com resultados de processos de avaliação externa do PMAQ.

Dentre os efeitos indesejáveis, podem ser mencionados: (a) o agravamento de tensões entre gestores, servidores e sindicatos em razão de processos de negociação e pactuação mal conduzidos, com a eclosão de conflitos trabalhistas e, inclusive, risco de greve, o que afeta negativamente as EAB e os indicadores de atenção básica; (b) a ocorrência de “*disputas desleais*” entre municípios, pela atração dos melhores profissionais, em determinada região, como consequência da remuneração por desempenho e, ainda, da adoção de percentuais de remuneração desiguais entre municípios vizinhos; (c) o uso do adicional pecuniário como mero complemento salarial, sem estar atrelado ao alcance de metas de desempenho; dentre outros.

Finalmente, observou-se uma preocupante fragilidade na capacidade jurídico-administrativa de alguns municípios para implementação desses esquemas.

23. Elaborazione di una procedura per la somministrazione della ERT a garanzia della continuità assistenziale tra Ospedale e territorio.

Anna Ficcadenti, L.Di Furia, A.Marini, M.R.Paolini e N.Storti, Azienda OU Ospedali Riuniti di Ancona, Italia. annaficcadenti@libero.it

Contesto e descrizione del problema:

Le malattie metaboliche sono patologie rare dovute alla mancanza, geneticamente determinata, di un enzima deputato alla degradazione di macromolecole. Se ne conoscono circa 700, che nel complesso colpiscono 1:500 neonati. La loro presentazione clinica è estremamente eterogenea: in ogni caso, fondamentale è la precocità di diagnosi, spesso equivalente di “salvavita”. Tra tutte, le malattie lisosomiali sono quelle per le quali si sono ottenuti i massimi risultati terapeutici. Dagli anni '90 è infatti disponibile per 7 di esse una ERT, introdotta per la prima volta per la malattia di Gaucher: dal 1990, oltre 3000 pazienti nel mondo sono in trattamento, ricevendo infusioni del farmaco ogni settimana o 15 giorni per tutta la vita. La somministrazione di tali farmaci avviene secondo specifici protocolli, approvati dall'AIFA e sottoposti alla farmacovigilanza. Fino a pochi anni fa, tali trattamenti venivano eseguiti solo in ambiente ospedaliero. Solo di recente è stata proposta la loro somministrazione a domicilio del paziente: 2 ditte produttrici dei farmaci hanno stipulato a proprie spese dei contratti con Agenzie dedicate all'Assistenza domiciliare, allo scopo di “migliorare la qualità di vita del paziente ed aumentare l'efficacia terapeutica mediante un incremento della compliance terapeutica”. Tali Agenzie, attive su tutto il territorio nazionale, si avvalgono dell'operato di infermieri appositamente preparati. Attualmente in Italia sono trattati a domicilio circa 300 pazienti. La sovrapposizione nella produzione di alcuni farmaci da parte delle ditte sponsorizzate delle Agenzie infermieristiche ha, tuttavia, suscitato in alcune Regioni italiane il dubbio di possibili conflitti d'interesse nella scelta del trattamento. Per questo motivo, nella Regione Marche si è definito un protocollo cui ogni operatore, pubblico o privato, si dovrà adeguare.

Materiali e metodi:

La Regione Marche, il 18/11/2013 ha deliberato con DGR n1557 di dare avvio alla sperimentazione per la ERT ai pazienti affetti da malattia lisosomiale, affidandone il compito all'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona quale Presidio per la Rete Regionale delle Malattie Rare; la Regione ha altresì incaricato l'ASUR, in raccordo con l'Azienda, di definire un percorso formativo per il personale dei Distretti che hanno i pazienti in carico. Per dare seguito alla realizzazione della suddetta sperimentazione, le 2 Aziende hanno provveduto ad elaborare una procedura per l'effettuazione delle prestazioni in regime di sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori pubblici e privati coinvolti nella sperimentazione. Ciò è stato possibile attraverso incontri tra tutti gli attori interessati:

farmacisti dell'Azienda e del territorio regionale, infermieri, referenti del 118, medici di base, medico specialista. Solo alla fine del percorso sono stati convocati i referenti delle ditte infermieristiche private.

Obiettivi della ricerca:

L'obiettivo principale del suddetto percorso è stata la definizione di un network regionale basato sull'integrazione di operatori aziendali e territoriali, con un programma di attività applicabile ad ogni terapia infusiva, con o senza l'ausilio di ditte private.

Risultati e discussione:

Il modello assistenziale proposto per la sperimentazione consente la somministrazione domiciliare della ERT, garantendo:

- La somministrazione della terapia in condizioni di piena sicurezza mediante procedure operative e protocolli progettati in conformità agli standard ospedalieri e condivisi con il Medico Specialista
- Il pieno rispetto del calendario infusione per ottenere una piena aderenza terapeutica
- La massima flessibilità attraverso un servizio personalizzato, con risorse dedicate alle esigenze del singolo paziente.
- La gratuità del Servizio

L'originalità del percorso è nella proposta di un protocollo cui ogni operatore, sia pubblico che privato, deve uniformarsi, a garanzia di trasparenza e operatività condivisa, scevra da ogni condizionamento nella scelta del farmaco da somministrare.

Le componenti del Servizio offerto sono progettate intorno ai bisogni del paziente e dei suoi familiari e finalizzate al miglioramento della qualità di vita nel rispetto delle norme di sicurezza.

La strutturazione del Servizio è tale che ogni figura operi in perfetta tranquillità e rispetto delle competenze: soprattutto, garantisce al paziente l'opportunità di organizzare la propria esistenza in maniera più umana, senza rinunciare al lavoro, alla scuola e ad ogni possibile vissuto sociale.

24. Dossier de santé personnel électronique au Canada: dialogue avec les parties prenantes.

Marie-Pierre Gagnon, Norm Archer, Nelson Shende e David Wiljerd, Centre de recherche du CHU de Québec, Hôpital St-François d'Assise, Québec. Marie-pierre.gagnon@fsi.ulaval.ca

Contexte:

Malgré une accessibilité grandissante aux technologies de l'information et de la communication pouvant faciliter l'accès aux informations de santé, il subsiste tout de même un important manque d'accessibilité à l'information du patient au Canada. Les dossiers santé personnels électroniques (DSPé) sont perçus comme une solution potentielle à ce problème. Toutefois, les politiques, règlements, standards et incitatifs actuels ne sont pas adaptés pour cette technologie et une grande partie de la littérature scientifique sur les bénéfices des DSPé est construite sur des suppositions. Néanmoins, les DSPé gagnent en présence au Canada et il devient essentiel d'être proactifs afin de mitiger les risques et barrières à leur implantation.

Objectif de la recherche:

Le but de cette recherche était de permettre la considération des données scientifiques recueillies sur les DSPé (données présentées lors du XXVe congrès de l'ALASS) avec les opinions et expériences de ceux et celles qui seront impliqué(e)s et affecté(e)s par les décisions prises au sujet de leur implantation.

Méthodologie:

Pour atteindre cet objectif, nous avons organisé un dialogue sur les politiques au sujet de l'implantation des DSPé dans la province de l'Ontario. Ce dialogue, qui a eu lieu à l'Université de Toronto le 10 février 2015, réunissait 28 participants représentant le milieu académique, les professionnels de la santé, les patients, des organisations dans le domaine de la santé, des centres hospitaliers, des firmes de consultants ainsi que les gouvernements provincial et fédéral. Chaque participant avait reçu au préalable le résumé des résultats scientifiques (sous forme de synthèse de données probantes) ainsi qu'une liste de stratégies qui avaient été proposées pour faciliter l'implantation des DSPé lors d'une activité précédente du projet de recherche. Ce dialogue ne visait pas le consensus parmi les participants, mais plutôt à identifier les avenues possibles quant à

l'implantation des DSPé dans la province de l'Ontario.

Résultats et discussion:

Plusieurs considérations d'implantation ont été identifiées. La gestion de l'information et le rôle du propriétaire des données ont besoin d'être clarifiés. La législation actuelle sur le sujet est déficiente. Le manque d'éducation et de sensibilisation chez les professionnels de la santé et les patients est une importante entrave à l'adoption des DSPé. Les modalités de paiement ont été discutées sans proposition claire. Des initiatives à petite et à grande échelle devraient être considérées. Des ressources humaines devraient être mises en place pour soutenir l'implantation des DSPé et des changements aux législations actuelles sont nécessaires. Deux infrastructures principales devraient être considérées pour l'implantation des DSPé : les standards quant aux données et les standards organisationnels. Les deux sont importantes pour assurer l'implantation de la technologie et sa viabilité.

Les DSPé devraient adopter une approche centrée sur le patient, influencer les comportements et donner aux patients l'accès à leur information de santé. Ils devraient être vus et utilisés comme un ensemble d'outils connectés, interactifs et dynamiques. Les DSPé devraient viser la première ligne et être bien intégrés dans les routines de travail et dans la vie quotidienne. Ils pourraient être construits sur des systèmes existants et intégrer des fonctionnalités intéressantes pour les utilisateurs.

Les incitatifs à l'adoption des DSPé devraient mettre l'emphase sur une meilleure sensibilisation. Ceci peut être accompli à l'aide d'un partage des connaissances avec les décideurs et les utilisateurs. Les incitatifs visant le patient qui ont été suggérés sont le soutien des professionnels de la santé, une approche d'équipe et l'utilisation de récompenses. Pour les médecins, le partage des expériences sur l'utilisation de la technologie, le soutien à l'implantation et l'utilisation, une approche d'équipe et la disponibilité des ressources ont été proposés. Les gouvernements pourraient voir un intérêt potentiel pour les DSPé à travers les politiques de santé, la santé publique, la surveillance, la prestation des services et la gestion des ressources.

Au final, quatre stratégies furent proposées : 1) Intégrer les DSPé dans les fonctions prioritaires des systèmes de santé; 2) positionner les DSPé dans les projets communicants à travers le continuum des soins; 3) renforcer la valeur ajoutée pour les patients, les professionnels et les organisations pour implanter les DSPé; et 4) construire sur les modèles existants de gouvernance et de standards.

Intérêt de la communication:

À travers les résultats présentés de ce dialogue avec les parties prenantes, les participants pourront apprécier un processus de recherche liant les décideurs et le domaine de la recherche dans le but commun de mieux cerner les enjeux face à l'implantation des DSPé au Canada et les avenues possibles pour en faciliter l'implantation.

25. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: proposta de educação permanente para o fortalecimento do SUS.

Marta Regina Farinelli, Rosane A. de Sousa Martins, Rosana Freitas Arantes, Ana Jecely Alves P. Lima e Priscila Maitara Avelino Ribeiro, Brasil

26. Health technology assessment – Hospital based: l'HTA unit dell'Azienda Ospedali riuniti di Ancona.

Roberto Papa, Martini C., Cola V., Tirabassi F., Tempesta E., Serafini G. e Storti N., AOU Ospedali Riuniti Ancona, Italia. roberto.papa@ospedaliriuniti.marche.it

Introduzione e obiettivo dello studio:

Il processo di Health Technology Assessment (HTA) all'interno di un organizzazione sanitaria richiede una rigorosa valutazione delle evidenze disponibili secondo un approccio sistematico e trasparente al fine di integrare le varie dimensioni che caratterizzano l'HTA e mettere i decisori in condizione di poter scegliere rispetto all'acquisizione di una nuova tecnologia. Purtroppo però la disomogenea diffusione di Commissioni Aziendali HTA su tutto il territorio nazionale caratterizzate dalla forte variabilità nei diversi percorsi metodologici non consente di garantire proprio quegli obiettivi di sistematicità e trasparenza richiesti dal metodo.

l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, dal 2005 ha istituito una Commissione con il compito di valutare nuove tecnologie e esprimere pareri utili all'acquisizione di dispositivi medici sulla base di un percorso metodologico atto a garantire raccomandazioni di efficacia e valutazioni di appropriatezza. Questa Commissione dal 2009 assume attraverso la formalizzazione di una procedura aziendale le caratteristiche di una HTA Unit - Hospital Based. In questo lavoro viene presentata la modalità di funzionamento di questa Commissione.

Modello e metodologia utilizzata:

Il percorso di valutazione mirato all'eventuale approvazione di una nuova tecnologia si basa sulla ricerca di evidenze che possano giustificarne l'applicazione. In tal senso l'HTA Unit aziendale composta da esperti di epidemiologia, metodologia della ricerca clinica, organizzazione sanitaria, risk management e economia sanitaria, procede sempre ad una breve revisione della letteratura. L'iter metodologico proposto è il seguente:

1. Proposta di una nuova tecnologia.

La proposta può pervenire dalla Direzione di un Dipartimento, dalla Direzione di una Struttura Complessa o dalla Direzione Aziendale stessa. La richiesta è formalizzata tramite un mini-HTA.

2. Ricerca di prove di efficacia.

Vengono ricercati:

- A. Documenti integrativi di buona qualità: linee-guida; revisioni sistematiche con o senza metanalisi; studi di Health Technology Assessment;
- B. Articoli originali pubblicati su medline, privilegiando la ricerca di trial randomizzati controllati.

Nel caso non siano disponibili evidenze provenienti da tali pubblicazioni si procede a ricercare studi di coorte (prospettivi e retrospettivi) e studi caso-controllo. Livelli più bassi nella gerarchia delle evidenze non sono ritenuti accettabili.

3. Predisposizione di un evidence report:

la letteratura selezionata viene successivamente sottoposta ad un rigoroso processo di valutazione della qualità attraverso l'utilizzo di appositi report (Evidence Report).

4. Analisi economiche:

Le analisi economiche, quando possibili in base alla qualità delle evidenze scientifiche, vengono condotte con il fine di pesare le prove di efficacia per i costi da sostenere. L'HTA unit fino ad oggi ha sempre privilegiato analisi CEA (cost-effectiveness analysis).

5. Esiti della valutazione

L'HTA Unit completato il processo di valutazione produce i seguenti esiti:

- Parere favorevole all'acquisizione
- Parere non favorevole all'acquisizione
- Autorizzazione condizionata (alla selezione di specifiche indicazioni cliniche o alla conduzione di audit sulla base delle linee-guida NICE);

Risultati e discussione:

Dal 01/01/2014 al 31/12/2014 sono state valutate 75 richieste programmate di dispositivi medici di cui 19 (25%) non sono state autorizzate.

Tutte le richieste non autorizzate sono state discusse nell'ottica della trasparenza e della condivisione delle scelte con i clinici ed i professionisti richiedenti. Tali obiettivi sono stati perseguiti considerando sempre la costo-efficacia delle tecnologie richieste per consentire la sostenibilità delle scelte effettuate.

27. **Optimización del timing del medio de contraste en la RM dinámica del abdomen superior.**

Elena Pietroni, Gianluca Valeri, Marco Cola, Luigi Imperiale, Matteo Fioravanti, Alberto Martini, Luca Michelangeletti e Giovanni Mazzoni, Università Politecnica delle Marche, Italia. Eleblitz@mail.com

Introducción:

La fase arterial del parénquima de los órganos abdominales es muy importante para el estudio RM del abdomen superior porque permite la localización y la diferenciación de las lesiones patológicas. Es tan importante como difícil de adquirir correctamente porque tiene que ser muy rápido, por lo tanto es necesario aplicar el tiempo de retardo apropiado entre la inyección del bolo del medio de contraste (MDC) y el inicio de la adquisición.

Materiales y métodos:

Se analizaron 40 pacientes (18 varones y 22 mujeres). Se llevaron a cabo 26 exámenes en una instalación RM Philips 1,5 T y 14 en un equipo RM GE 1,5 T. Las bobinas utilizadas fueron las Philips SENSE XL Torso Coil de 16 elementos y de 8 Canales Cardiacos GE. Las secuencias aplicadas son dinámicas (THRIVE y LAVA). Los MDC considerados fueron el ácido gadotérico y el ácido gadoxético, puesto que son los que más utilizamos en nuestra práctica clínica. Las técnicas de individuación del *timing* utilizadas son el Bolus Track manual y el tiempo de retardo ajustado manualmente. Se colocaron 5 ROI (Region Of Interest) por cada paciente. Las primeras 2 ROI se situaron en las imágenes pre-contraste (una en la aorta abdominal y la otra en el parénquima del órgano sano estudiado). De la misma manera se situaron otras 2 ROI en las imágenes post-contraste. La quinta ROI se colocó en el espacio extracorpóreo del paciente para medir el valor del ruido. Los valores medidos se incluyeron en la fórmula para el cálculo de la relación señal/ruido (SNR) relativa al parénquima y a la aorta abdominal en las fases pre-contraste y post-contraste. Los valores obtenidos se introdujeron en la fórmula para el cálculo del Contrast Enhancement (CE) aplicada a la aorta abdominal y parénquima, que permite conocer el valor del incremento de *enhancement* entre las fases pre-contraste y post-contraste. A través de estos valores y del análisis visual de las imágenes, los resultados han sido clasificados como precoces, correctos y tardíos.

Resultados y conclusiones:

De los 40 pacientes estudiados se clasificaron 18 en adquisiciones tardías, 14 precoces y 8 correctas. Combinando los tiempos de retraso óptimos necesarios para cada paciente se obtuvieron ventanas temporales que difieren según el MDC utilizado, el órgano investigado y sobretodo según el flujo al que se inyecta el MDC. De la comparación entre las dos técnicas de individuación del *timing* solo resultaron ser correctas el 15% y el 25% de las adquisiciones efectuadas utilizando la técnica del Bolus Track manual y el tiempo ajustado manualmente. Por lo tanto, basándonos en los resultados obtenidos, se puede concluir que los rangos de tiempo obtenidos según el MDC utilizado, el flujo de inyección y el órgano estudiado no son referencias obligatorias o taxativas, pero pueden proporcionar una descripción más precisa del tiempo de retardo necesario que se aplicaría. El Bolus Track manual y el tiempo de retardo ajustado manualmente han resultado ser técnicas imprecisas. Es necesario ahondar en los conocimientos que puedan comprobar si la mayor precisión metodológica de otras técnicas como el Bolus Track automático y el Test Bolus corresponden efectivamente a una mayor fiabilidad en la individuación del *timing*, aunque sean investigaciones más enrevesadas y menos utilizadas en la práctica clínica.

28. Método de valoración de la estabilidad de marcadores fiduciales intraprostáticos en el tratamiento IGRT.

Beatrice Vagnoni, Liliana Balardi, Giovanni Mazzoni, Stefania Maggi, Massimo Cardinali e Giovanna Mantello, Università Politecnica delle Marche, Italia.
beatrice.vagnoni@alice.it; corso.laurea.tsm@univpm.it

El tratamiento IGRT (Image-Guided Radiation Therapy) del carcinoma prostático puede requerir el uso de marcadores fiduciales intraprostáticos, que actúan como un sustituto para la localización del volumen blanco. La estabilidad de estos marcadores es fundamental para garantizar un reposicionamiento óptimo de la próstata y un tratamiento adecuado del cáncer. El objetivo de este trabajo fue el de presentar el método de valoración de la estabilidad de los marcadores intraprostáticos aplicados en un grupo de pacientes tratados en el Departamento de Radioterapia en colaboración con el Departamento de Física Médica de los Ospedali Riuniti de Ancona (Italia).

Materiales y métodos:

El análisis se llevó a cabo con 55 pacientes que recibieron tratamientos limitados a la glándula prostática por medio de la técnica IGRT con implantación de marcadores intraprostáticos, durante el período comprendido entre junio de 2009 y mayo de 2014. En cada paciente se implantaron 3 marcadores: A (superior), B (medio) y C (caudal). El tratamiento IGRT requirió la comparación diaria entre las posiciones de los marcadores en la TC de simulación y en la CBCT obtenida antes de cada sesión de tratamiento. El estudio de la estabilidad de los marcadores comprendió las siguientes fases: 1) para cada paciente se definieron las coordenadas (x, y, z) de los marcadores A, B y C en la TC de simulación y en 5 CBCTs efectuadas respectivamente en el día 1, 10, 20, 30 y 39 de tratamiento. El origen de coordenadas considerado fue el "0 TC" (marcador radiopaco posicionado en fase de simulación en correspondencia con el tatuaje cutáneo del paciente). 2) De cada imagen se calcularon las distancias AB, BC y AC por medio de una fórmula

específica $X_1X_2 = \sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2 + (z_1 - z_2)^2}$. 3) A partir de estas se obtuvieron las variaciones de las distancias AB, BC y AC, restando para cada paciente el valor de las distancias obtenidas en la TC de simulación con el obtenido en cada CBCT. 4) A continuación, se calcularon la media y desviación estándar de las variaciones obtenidas. 5) Se elaboraron unos gráficos de líneas que describían la tendencia de las variaciones de las distancias durante todo el tratamiento, para cada paciente.

Resultados y conclusiones:

En total se midieron 990 distancias AB, BC y AC de 330 imágenes disponibles. Restando el valor de AB, BC y AC obtenido en la TC de simulación con el obtenido en cada CBCT, se recabaron las respectivas variaciones, para un total de 825 valores. Analizando los valores absolutos de las variaciones, se pudo relevar que en la mitad de las mediciones la variación de posición de los marcadores no excedió 1 mm y que en un $\frac{1}{4}$ de ellas esta variación se mantuvo entre 2 mm y 3 mm, mientras que sólo el 0,36% superó los 5 mm. En la mayoría de los casos se asistió a una reducción constante y uniforme de las 3 distancias explicada por la reducción progresiva del volumen de la próstata durante el tratamiento de radiación. En conclusión se puede afirmar que el método de valoración de la estabilidad de los marcadores intraprostáticos propuesto por nosotros resultó fácil de aplicar y reproducible para cada paciente. Los resultados obtenidos con su empleo fueron tranquilizadores y estuvieron totalmente de acuerdo con los reportados en la literatura.

29. Il profilo di assistenza STEMI e il profilo STROKE in una Area vasta della regione Marche. Prospettiva di integrazione di due tecnologie: emodinamica e trombolisi.

Remo Appignanesi, Alessandra Ricciardi e Ilaria Pellegrini, Madonna del Soccorso – ASUR Marche – Area vasta 5, Italia. remo.appignanesi@sanita.marche.it

Riassunto:

Dal 2009 è avviato un lavoro di integrazione per mettere a disposizione della popolazione percorsi dedicati all'angioplastica primaria in caso di STEMI e alla trombolisi nello stroke secondo la logica dei profili di assistenza.

Dal 2009 al 2014 sono state effettuate 694 angioplastiche coronariche presso l'Emodinamica di Av, mentre dal 2013 al 2014 sono state effettuate 27 fibrinolisi (5.4%) presso la Neurologia di Av su 499 pazienti con stroke ischemico.

L'organizzazione dei 2 percorsi consente di valutare gli esiti dell'attività, garantendo degli standard nella gestione delle patologie tempo dipendenti.

Résumé:

Depuis 2009 a démarré un travail d'intégration à la disposition de la population pour un parcours dédié à l'angioplastie primaire, en cas de STEMI à la thrombolyse dans l'AVC, selon la logique des "profils". 2009-2014 ont été réalisées 694 angioplasties coronaires à l'Hémodynamique, tandis que de 2013 à 2014 ont été réalisées 27 fibrinolyse (5,4%) à la Neurologie concernant 499 patients ayant subi un AVC ischémique. L'organisation des deux parcours permet d'évaluer les résultats en garantissant le respect des standards dans la gestion des pathologies dépendant du temps d'intervention.

30. Nutrição: de coadjuvante a protagonista: uma análise de tendência entre 1991 e 2013 na região Sudeste do Brasil.

Rômulo Miranda, Celia Regina Pierantoni e Carinne Magnago, Brasil

31. O Modelo de Gestão dos Hospitais Universitários no Brasil e as Ameaças das Políticas de Ajuste Neoliberal.

Andreia de Oliveira, Simone Nardes e Laura Rodrigues de Souza, Universidade de Brasília, Brasil. andreiao@unb.br, andreiazimba@hotmail.com

Resumo:

A partir da reafirmação do Sistema Único de Saúde consagrado na Constituição Federal Brasileira de 1988, este artigo tem por objetivo refletir sobre os modelos de gestão nos Hospitais Universitários Federais que se originaram do ideário do Plano Diretor da Reforma do Estado (1995), que possuía dentre suas ideias centrais a privatização de políticas sociais. A ênfase recai para a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares em 2011 (2011), que desde sua origem se contrapõe às bases que fundamentam a proposta de Reforma Sanitária Brasileira.

Resumen:

A partir de la ratificación del Sistema Único de Salud consagrado en la Constitución Federal Brasileira de 1988, este artículo tiene por objetivo reflexionar sobre los modelos de gestión en los Hospitales Universitarios Federales que se originaron a partir del Plan Director de Reforma del Estado (1995), que tiene entre sus ideas centrales la privatización de las políticas sociales. El énfasis recae en la creación de la Empresa Brasileira de Servicios Hospitalarios en 2011, que en su origen se contraponen a las bases que fundamentan la propuesta de la Reforma Sanitaria Brasileira.

32. Algoritm de procesare a imaginilor creierului PET (CU 18FDG) CU DEDICATE FOLOSIND MATRICI (3D-SSP), ALTĂ REZOLUȚIE.

Luca Michelangeletti, Fabio Massimo Fringuelli, Simona Luzzi, Paola Chiaramida, Giovanni Mazzoni, Davide Ulivi, Elena Pietroni e Beatrice Vagnoni, Italia. michelangeletti83@hotmail.it

Riassunto:

Lo studio prende in considerazione le acquisizioni PET dell'encefalo di 37 pazienti al fine di confrontare le differenze e l'attendibilità degli Z-score derivanti da rielaborazioni delle immagini assiali, sia con matrice 128x128 che 256x256.

Utilizzando la teoria dell'errore quadratico medio, per valutare se le differenze siano tollerabili o no, si è giunti alla conclusione che alcune aree dell'encefalo rielaborate con matrice 256x256 generano una sottostima dello Z-score spesso fuori tolleranza, altri errori fuori tolleranza si sono verificati in ordine sparso per diverse aree e diversi pazienti.

La rielaborazione di immagini con matrice 256x256 è stata considerata non attendibile (anche se si ritiene necessario uno studio con un campione più grande) in quanto l'algoritmo di ricostruzione utilizzato (Cortex ID) è stato messo a punto esclusivamente con immagini 128x128. Inoltre, in alcuni casi, le rielaborazioni con matrice 256x256 visualizzano aree di ipocaptazione che non trovano riscontro sulle immagini assiali di entrambe le matrici utilizzate.

Rezumat:

Această căutare lua în considerare achiziții PET ale creierului a 37 de pacienți, pentru a compara Z-score diferențiale și fiabilitatea rezultă din remaniere a imaginilor axiale, cu 128x128 și 256x256 matrice.

Folosind teorie medie de eroare pătrat, pentru a evalua dacă diferențiale sunt tolerabile sau nu, sa ajuns la concluzia că unele zone ale creierului refăcut cu 256x256 matrice genera o Z-score subestimare adesea afară de toleranță, altă eroare afară de toleranță a avut loc în ordine aleatorie pentru diferite domenii și diferite de pacienți.

Refacere a imaginilor cu 256x256 matrice se consideră nu este sigur (chiar dacă se consideră necesar un studiu cu un eșantion mai mare) ca algoritmul de reconstrucție folosit (Cortex ID) a fost dezvoltat exclusiv cu imaginile 128x128.

Mai mult, în unele cazuri, re prelucrare cu 256x256 matrice arată zone de absorbție scăzută, care nu sunt reflectate în imagini axiale ale ambelor matrice utilizate.

INTRODUCERE: Boala Alzheimer este o tot mai populară nela eveniment al populației lumii. Imagistica PET cu FDG are modelul caracteristic pentru boală. Algoritmul 3D-SSP permite o evaluare semicantitativă, imagini PET automate și dependentă de operator pentru analiza de pacienți afectați de Alzheimer. **OBIECTIVE:** software-ul GE-CortexID se bazează pe faptul că algoritmul este echipat cu o bază de date și de imagini PET de pacienți normali prelucrate cu 128x128 matrice. Ca utilizarea de matrice în care cea mai bună rezoluție este 256x256 matrice în rutina normală a Tomografe actuale PET/CT, scopul acestei lucrări a fost de a evalua orice diferențe semnificative în cuantificarea, utilizând în matrice de prelucrare rezoluții diferite (128x128 e 256x256). **MATERIALE ȘI METODE:** Au fost studiate 17 de pacienți normali și 20 bolnavi, dobândiți urmând orientare de la AIMN, cu tomograf Discovery 690 GE Healthcare. Procesarea imaginilor a fost efectuată simultan cu matrice 128x128 și 256x256, fiecare secvență de imagini a fost refăcută cu Cortex ID și valorile z-scor obținute au fost evaluate pentru a calcula diferențele între diferitele matrici de software utilizate. Ulterior au fost calculate valorile de toleranță (eroare medie pătrată). **REZULTATE ȘI CONCLUZII:** Diferențele dincolo de limitele toleranței, nu sunt omogene, ci sunt distribuite în mai multe zone ale creierului, atât pentru pacienții sănătoși și pentru pacienții afectați de patologie. În special în zona în ceea ce privește nuclee caudat prezintă numeroase diferențe și, de asemenea, z-scor derivate din retratarea cu matrice 256x256 sunt în 95% dintre pacienți, subevaluate decât scorul z derivat din retratarea cu imaginile 128x128. Dimpotrivă, valorile din aria

din față a cerebelului rezultă supraestimate constant in retratarea cu matrice 256x256, deși cu diferențe minori. Imagini vizuale (axial, sagital, coronal) prelucrate cu matrice 256x256 sunt mai bune. Datele semicantitative obținute, in loc sunt discordante cu privirea la reprocessarea cu matrice 128x128 și, prin urmare, nu se suprapun, chiar dacă pentru o analiză corectă a datelor, ar trebui să fie un număr mai mare de pacienți.

33. La costruzione di una rete per la trombolisi nello STROKE e l'angioplastica primaria nello STEMI nell'ASUR Marche – Area vasta 5.

Remo Appignanesi, Alessandro Limatola, Alessandra Ricciardi e Ilaria Pellegrini, Madonna del Soccorso – ASUR Marche – Area vasta 5, Italia. remo.appignanesi@sanita.marche.it

Gli obiettivi della ricerca:

Si intende illustrare l'esperienza di costruzione di due profili di assistenza in una Area vasta dell'ASUR – Marche per la gestione dello STEMI e dello STROKE nell'integrazione delle due strutture ospedaliere presenti.

Il contesto e la descrizione del problema:

L'ambito territoriale dell'Area vasta 5 include due distretti (San Benedetto del Tronto – SBT e Ascoli Piceno – AP) e strutture ospedaliere che avevano già sviluppato una differenziazione nell'offerta essendo in una delle strutture presente l'emodinamica e nell'altra la stroke unit. La programmazione regionale prevedeva l'integrazione delle strutture intorno ai percorsi assistenziali e dal 2009 si è avviato un lavoro di integrazione e sviluppo che consentisse di mettere a disposizione della popolazione un percorso dedicato all'angioplastica primaria in caso di STEMI e alla trombolisi nell'Ictus.

Le teorie, i metodi, i modelli, i materiali utilizzati:

Lo sviluppo dell'integrazione dei diversi servizi coinvolti nelle due patologie tempo dipendenti si è sviluppato secondo il modello di costruzione dei profili di assistenza. (clinical pathway): ovvero la definizione sulla base delle indicazioni della letteratura scientifica e dello specifico assetto organizzativo esistente di percorsi assistenziali tramite un confronto multi professionale e multidisciplinare.

I risultati e la discussione:

Nel corso del 2014 sono state svolte riunioni periodiche relativamente al Protocollo di gestione dell'angioplastica primaria nell'Area Vasta n.5. Nel 2014 dal PS dell'AV 5 sono stati attivati 83 casi STEMI, nello specifico dal PS di SBT sono stati attivati 47 casi, mentre 36 sono stati attivati dal PS di AP. Per quanto riguarda gli indicatori di processo (2014): il PS di SBT ha avuto un Door to Ecg medio di 2 minuti e un Door to Balloon medio di 95 minuti; il PS di AP ha avuto un Door to Ecg medio di 20 minuti e un Door to Balloon medio di 79 minuti. Si sono verificate indecisioni diagnostiche ECGrafiche sostenute da consulenze cardiologiche, ECOcardiogrammi ed esame delle troponine effettuati in consulenza, con tempi di gestione intraospedalieri superiori ai 60 minuti. Nel 2014 dall'Emergenza territoriale sono stati attivati 44 casi STEMI, nello specifico dal 118 del Distretto di SBT sono stati attivati 18 casi, mentre 26 sono stati attivati dal 118 del Distretto di AP. Per quanto riguarda gli indicatori di processo (2014): il 118 di SBT ha avuto un Door to Ecg medio di 2 minuti e un Door to Balloon medio di 90 minuti; il 118 di AP ha avuto un Door to Ecg medio di 5 minuti e un Door to Balloon medio di 81 minuti. Nel 2014 i pazienti riabilitati sono stati in totale 35 (il 24,6%) rispetto al 38% del 2013. La percentuale di riabilitati entro i 30 giorni è stata del 15,5% rispetto al 17% del 2013.

Per quanto attiene al Profilo Trombolisi nell'Ictus, nel corso del 2014 sono stati ricoverati presso la Neurologia dell'ospedale Madonna del Soccorso numero 316 pazienti con ictus, di cui 264 con ictus ischemico (83.5%), 52 (16.5%) con ictus emorragico. Questo tipo di distribuzione rispecchia fedelmente la distribuzione epidemiologica nazionale tra ictus ischemici ed emorragici. Sono state effettuate in totale n. 15 fibrinolisi (5.7%). Si è dunque constatato rispetto al dato storico 2011-2012 (percentuale fibrinolizzati pari all'1-2%) un netto incremento della percentuale di pazienti trombolizzati; anche rispetto all'anno 2013, anno in cui il protocollo è entrato a regime, si registra un lieve aumento della percentuale di pazienti trombolizzati dal 5% (dato 2013) al 5.7% (dato 2014). Per quanto riguarda i pazienti sottoposti a fibrinolisi, la media dell'indicatore onset-needle time è pari a 3 ore e 18 minuti. Non sono riscontrabili nel percorso stroke-trombolisi ritardi

attribuibili al PS o al 118; il superamento delle finestra temporale di 4,5 h e la conseguente impossibilità di trattamento con la fibrinolisi è dovuta al fatto che i pazienti si recano in ritardo al PS, talora dopo giorni o non riferiscono con esattezza quale sia stato l'esordio dei sintomi o hanno avuto un esordio dei sintomi durante il sonno. Il principale punto critico del percorso è dunque il ritardo con cui il paziente si rivolge al PS. Emerge dunque la necessità di sensibilizzare e formare maggiormente la popolazione generale, istruendola su quali sono i primi sintomi di stroke e su cosa fare in caso di sospetto ictus.

Il contributo/l'interesse della comunicazione in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche:

La progettazione di percorsi assistenziali costituisce un elemento essenziale per le organizzazioni sanitarie per migliorarne la pratica clinica, le prestazioni, la comunicazione tra i professionisti e il lavoro di gruppo, garantendo un miglior utilizzo delle risorse umane e materiali. L'operatore sanitario, in quanto competente, deve avere la consapevolezza degli esiti dell'organizzazione in cui opera al fine di potere avere consapevolezza piena della capacità di produrre salute da parte dell'Azienda sanitaria nella quale opera: la costruzione tra due strutture ospedaliere di percorsi integrati su due patologie tanto rilevanti è certamente un risultato rilevante e consente di rendere conto alla cittadinanza degli esiti dell'attività svolta, garantendo standard i servizio in ambiti assolutamente prioritari come quelli rappresentati dalla gestione delle patologie tempo dipendenti.

34. Gestión de la violencia y de la agresión en la esquizofrenia. Estudio comparativo de un eficaz evaluación para prevenir una actuación violenta.

Nazzarena Mazzone e Francesca Rogari, Comunità Socio Educativa Riabilitativa. Italia. neni.mazzone@gmail.com

Resumen:

Con este estudio quiere buscar una metodología de intervención en relación con la violencia y la agresividad demostrada por los pacientes psiquiátricos en instalaciones residenciales. El estudio tiene como principal objetivo de investigar el complejo contexto de esquizofrenia y está diseñado para uso de dos escalas de calificación con el fin de prevenir acciones violentas en los temas antes mencionados.

Las escalas examinadas son la BPRS (escala de valoración psiquiátrica breve) y la PANSS (Síntomas Esquizofrénicos Positivos y Negativos) y se compararon mediante dos pruebas: de análisis estadístico: la correlación intraclassa (CCI) y la prueba de Wilcoxon de suma de rangos. El estudio muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas y por lo tanto las dos escalas pueden ser utilizado indiscriminadamente.

Riassunto:

Con il presente studio si vuole ricercare una metodologia d'intervento rispetto alla violenza e all'aggressività dimostrata dai pazienti psichiatrici in strutture residenziali. Lo studio principalmente ha lo scopo d'indagare il complesso ambito della schizofrenia ed è finalizzato all'impiego di due scale di valutazione al fine di prevenire l'agito violento nei soggetti sopra citati.

Le scale prese in esame sono la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) e la PANSS (Positive and Negative Schizophrenic Symptoms) e sono state messe a confronto mediante due test di analisi statistica: la correlazione intraclassa (ICC) ed il test di Wilcoxon della somma dei ranghi. Dallo studio emerge che non vi sono differenze statisticamente significative e che quindi le due scale possono essere entrambe impiegate indistintamente.

INTRODUCCIÓN: La esquizofrenia es una forma de enfermedad psiquiátrica caracterizada por un pensamiento desorganizado que hace incoherente la percepción del mundo que nos rodea y de su propia vida con asociadas síntomas positivos (obsesiones, delirios, alucinaciones) y negativos (desapego emocional, pobreza de expresión y falta de motivación). La violencia y la agresión son dos aspectos que surgen en tiempos de crisis aguda en el sujeto esquizofrénico. La gestión del sujeto violento puede tener lugar con modalidades (contención física, tratamiento de drogas, las intervenciones combinadas) muy diferentes entre ambos por las implicaciones éticas que por su impacto físico sobre el tema. **MATERIALES Y METODOS:** La muestra seleccionada se compone de personas con trastornos mentales y la esquizofrenia.

La recolección de datos se llevó a cabo por operadores cuidados de la salud (educadores) que operan en la estructura, llamados a llenar los formularios de evaluación durante los episodios de acto agresivo o violento.

El análisis de los datos de la muestra se llevó a cabo a través de dos pruebas: el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y la prueba de Wilcoxon de suma de rango. **RESULTADOS:** Teniendo en cuenta que las dos escalas de calificación utilizadas prueban, aunque con diferentes metodologías, los mismos parámetros de la enfermedad, el acuerdo entre las puntuaciones en algunos aspectos comunes evaluados se analizaron inicialmente utilizando el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Este índice mide el acuerdo entre múltiples mediciones y asume valores en el rango de -1 y 1: positivo (negativo) indica acuerdo (desacuerdo) aumentando progresivamente de 0 a 1 (-1). En particular, los valores de la CCI entre 0,60 y 0,80 indican un buen acuerdo y si el valor está por encima de 0,80 el acuerdo se considera perfecto. Posteriormente, se sintetizaron y se representaron a través de una metodología estadística (Wilcoxon de suma de rango) que encuentra su expresión en gráficos diagrama de caja de los puntos referidos a los aspectos comunes a las dos escalas. Este tipo de gráfico muestra el valor máximo y mínimo de la distribución, el primer cuartil, la mediana y el tercer cuartil. El análisis de la CCI indica que las dos escalas son casi en su totalidad de solapamiento. Resultados similares han surgido a partir de la utilización de la prueba de suma de rango de Wilcoxon. Con ambos métodos, de hecho, no hubo diferencias estadísticamente significativas ya que los resultados totalizaron casi en su totalidad por encima del umbral de probabilidad: $p > 0,05$). **CONCLUSIONES:** El estudio mostró que no existen diferencias estadísticamente significativas en la escala de PANSS y BPRS en la prevención de un acto violento en pacientes esquizofrénicos, como se describe en la literatura. Por lo tanto, las mismas se pueden administrar ya sea como un predictor de acto agresivo o violento. Los resultados de las mediciones representan, por lo tanto, una modalidad de intervención oportuna para prevenir o limitar las consecuencias negativas de un momento crítico tanto para el sujeto de psiquiátrica aguda que para otros pacientes y para los operadores. El uso de tales medios de evaluación permite, por lo tanto, de contener las intervenciones farmacológicas específicas o combinadas que deben ser implementadas en este tipo de situaciones

35. Nuevos sistemas de gestión de la dosis en radiología intervencionista.

Valerio Beni, Alberto Mari, Stefania Maggi e Giovanni Mazzoni, Università Politécnica delle Marche, Italia. valerio.beni@outlook.it

Control y optimización de la exposición a la radiación ionizante constituyen dos de los aspectos más críticos y al mismo tiempo importantes de las actividades radiológicas. Particularmente en la Radiología Intervencionista, que representa una de las realidades con mayor uso de la radiación ionizante, esta tarea es dificultada por la combinación de factores que hacen problemático estandarizar los procedimientos, con falta de control sobre los niveles de dosis. Sin embargo, a través de modernos software es posible obtener y analizar una gran cantidad de información útil para "fotografiar" las actividades intervencionistas, permitiendo un primer paso en la gestión y optimización de los procedimientos y de la dosis.

DOSEWATCH: DoseWatch es un software basado en la web desarrollado por GE (General Electric, Milwaukee, EE.UU.) para asegurar la recuperación automática y análisis de datos dosimétricos cuantitativos de los pacientes directamente por los sistemas de imágenes médicas. Junto con la recogida y almacenamiento de los datos dosimétricos, el programa también permite análisis estadísticos integrados, alertas y herramientas para optimizar la dosis y la calidad de la imagen.

Materiales y métodos:

Se ha analizado la actividad de los dos equipos angiográficos fijos, uno Siemens (Artis Zee) y el otro Philips (Allura Xper FD20), instalados en la compañía Hospitales Unidos Umberto I de Ancona. Los dos sistemas están conectados con el software de seguimiento dosimétrico DoseWatch con dos configuraciones diferentes: RDSR para Siemens y MPPS para Philips. El análisis ha cubierto un período de tiempo de 3 meses para el Siemens y 2 años para el Philips. Entre los muchos datos proporcionados por DoseWatch se han examinado principalmente los datos dosimétricos (Kerma en aire, tiempo de fluoroscopia, el número de radiografías) y geométricos (uso del FOV, ángulo del tubo respecto al paciente).

Resultados y conclusiones:

A través del análisis integrado de todos los parámetros podemos obtener una descripción realista y estadísticamente significativa de la actividad de Radiología Intervencionista. En el caso estudiado por nosotros, DoseWatch ha permitido identificar que sólo 8 de 77 procedimientos realizados con el angiógrafo Philips son responsables de aproximadamente el 90% de la dosis total suministrada en la unidad de Radiología Intervencionista. Los procedimientos con los valores medios de la dosis más

alta (2-3 Gy) tienen una frecuencia de menos de 10. Los valores medios de dosis superior a 2 Gy se asocian también a los procedimientos con una alta frecuencia (> 150). En estos casos en los que los valores exceden el umbral para el daño determinístico a la piel por la radiación (2Gy), DoseWatch permite a través de las mapas de dosis (integradas en el software o derivadas de los datos) de localizar las áreas del paciente que han absorbido en realidad dosis superiores al umbral, evitando de este modo los falsos positivos y permitiendo la optimización de un posible seguimiento de los pacientes. Por lo tanto, DoseWatch ha demostrado ser una herramienta muy útil para conocer correctamente cómo funciona el equipo y se utiliza, facilitando la identificación de los problemas que subyacen a la irradiación más sustancial y la evaluación de posibles situaciones críticas. Sin embargo, los datos analizables son extremadamente dependientes en el modo de integración de los equipos al software y desde el tipo de software. Por tanto, el potencial de este software está vinculado a una correcta y homogénea integración de los equipos y a una análisis de datos adecuada y apropiada.

36. La prise des rendez-vous par Internet, un outil innovant et confortable au profit des patients et des médecins externes.

Denis Ménager, Michel Raze, Brigitte Jansen, Marie-Rose Cremasco, Philippe Kolh Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Belgique. b.jansen@chu.ulg.ac.be; philippe.kolh@chu.ulg.ac.be

En mai 2003, le Conseil d'Administration du CHU de Liège approuve un 1^{er} plan stratégique institutionnel basé sur 22 projets visant la performance des activités cliniques, les soins au patient, les aspects organisationnels et financiers. Le déploiement d'un dossier patient informatisé constitue un de ces 22 projets, essentiel dans le cadre de l'optimisation de la qualité des soins aux patients. Il est construit à partir du logiciel OmniPro à l'exception de la prise des rendez pour laquelle le logiciel UltraGenda Pro a été choisi notamment pour sa richesse fonctionnelle. Ces deux logiciels sont techniquement parfaitement intégrés. En septembre 2014, le Conseil d'Administration du CHU de Liège approuve un 2^d plan stratégique institutionnel basé sur 32 projets centrés sur le patient, visant notamment l'excellence opérationnelle et optimisant les outils de support. Dans ce nouveau contexte, l'Administrateur délégué a demandé que la prise de rendez-vous par Internet soit prioritaire.

Ce projet innovant vise à étendre l'offre des services rendus aux médecins extérieurs (généralistes et spécialistes) et aux patients qu'ils soient connus ou non à l'hôpital. Il a été proposé d'acquérir, le module BROKA permettant l'extension de fonctions du logiciel institutionnel de prise de rendez-vous UltraGenda Pro existant au CHU. Il s'agit d'un avantage appréciable pour l'Institution contrairement à certains systèmes mis en place dans d'autres hôpitaux qui consistent à compléter un formulaire web sans l'obtention ni la confirmation directe du rendez-vous. Le système est intégré au site WEB du CHU de Liège via un portail médecin et un portail patient qui, à l'avenir, accueilleront d'autres fonctions.

Chaque intervenant s'identifie en toute sécurité au moyen de sa carte d'identité électronique et son code PIN. Le logiciel permet la prise d'un rendez-vous pour une consultation dans chaque discipline ainsi que pour un examen d'imagerie médicale.

Outre son accessibilité 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24h et le fait de ne pas perdre de temps lors d'un appel téléphonique, la prise de rendez-vous par Internet via le module BROKA est particulièrement rapide, conviviale et interactive. Le médecin référent peut orienter son patient en ligne dans le cadre d'arbres décisionnels et de consignes spécifiques établies par le service médical ou le plateau technique ciblé de même qu'il a la possibilité de fournir des données pertinentes. Le patient peut ensuite finaliser, à son aise, son rendez-vous par Internet ou par téléphone.

Le patient a également la possibilité de visualiser la liste complète de ses rendez-vous passés et futurs. Concernant ces derniers, il lui est loisible de les modifier et de les annuler. Par ailleurs, le rappel des rendez-vous par SMS déjà utilisé est également appliqué à cette prise de rendez-vous en ligne. Un tel système permet d'éviter dans la plupart des cas un oubli ou une erreur de date du rendez-vous, préjudiciable également pour l'hôpital tant d'un point de vue organisationnel que financier.

La prise de rendez-vous par Internet est l'outil par excellence qui permet à l'hôpital de poursuivre son ascension dans l'utilisation des technologies de la communication. Elle complète

l'informatisation de l'institution en termes de confort, de facilité de contact et d'échange avec les médecins extérieurs et les patients.

37. Le tableau blanc électronique, un outil de soutien à l'activité hospitalière.

Michel Raze, Denis Ménager, Isabelle Simon, Brigitte Jansen, Marie-Rose Cremasco, Philippe Kolh, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Belgique. b.jansen@chu.ulg.ac.be ; philippe.kolh@chu.ulg.ac.be

Le dossier patient informatisé (DPI), construit sur le logiciel OmniPro, est en cours de déploiement, lot par lot, depuis septembre 2004. Il s'agit d'un dossier unique, accessible à tous les prestataires de soins en temps réel, de façon sécurisée dans toute l'institution, et sur ses différents sites d'activité, afin d'optimiser la qualité des soins aux patients. L'équipe projet mise en place a jugé opportun de scinder le projet DPI en 6 sous-projets afin de le déployer progressivement, des fonctionnalités les plus simples aux plus complexes, afin notamment de faciliter l'adhésion des utilisateurs à ces nouveaux outils.

Parallèlement, il a été décidé de remplacer le tableau blanc manuscrit des unités de soins par un tableau électronique. Le tableau manuscrit, qui reprenait des informations utiles pour le personnel soignant, affiche désormais électroniquement de multiples données extraites de l'ensemble des outils déployés. Ceci permet un suivi rapproché de chaque patient par les prestataires de soins et une organisation logistique rationalisée.

En outre, les Directions des hôpitaux sont confrontées à des défis majeurs d'un point de vue financier. La diminution des budgets consacrés aux soins de santé et la révision de certains mécanismes de financement les contraignent, outre l'encodage des données nécessaires à justifier leur activité, à mieux gérer les flux de patients dans les unités de soins. Ils doivent opter pour des solutions permettant une centralisation des données, leur accès rapide et leur visibilité immédiate de la part des différents intervenants.

Ce sont précisément les objectifs de l'utilisation du tableau blanc électronique. Ce projet est issu d'une collaboration étroite entre les informaticiens membres de l'équipe projet « Dossier patient informatisé » (DPI), le département infirmier (groupe cible), le service « Architecture, Technique et Informatique », et le fournisseur du logiciel OmniPro. Le travail de préparation a permis de formaliser les objectifs poursuivis par la mise en place d'écrans électroniques dans les salles de garde infirmières, le périmètre fonctionnel de cette application et le choix du matériel adéquat en fonction de la capacité en nombre de lits des différentes unités de soins.

Celui-ci, constitué de 1 à 4 écrans, principalement des écrans de 42", en fonction du nombre de lits à afficher dans chaque unité de soins, est paramétrable selon les besoins spécifiques de chacune et intègre de multiples données issues du dossier médical, du dossier infirmier, de la prescription et du plan d'administration des médicaments, de la prescription des analyses et des examens complémentaires, des rendez-vous ainsi que du logiciel de gestion administrative des patients.

Le logiciel permet un accès immédiat par les différents intervenants à une vue synoptique de l'unité de soins grâce à un affichage clair des principales informations relatives au suivi des patients sur un même et simple outil actualisé automatiquement à intervalles réguliers. Il offre également la possibilité de visualiser des informations telles que les alertes « hygiène » afin d'interpeller les utilisateurs sur le suivi des patients.

Il est incontestable que l'outil représente un soutien à l'activité hospitalière grâce au gain de temps et au confort qu'il procure tant au personnel soignant qu'aux autres métiers impliqués dans l'organisation du travail des unités de soins. Il permet, en effet, d'éliminer des actions parasites telles que les recherches et recopierges d'informations, les corrections d'erreurs, les multiples appels téléphoniques, et ce, au bénéfice de la qualité des soins, du suivi attentif des patients.

En outre, la mise en place des tableaux blancs, incite les acteurs à saisir l'information en temps réel et permet d'envisager la mise en place de nouveaux outils de gestion hospitalière qui permettront notamment de gérer beaucoup plus finement les disponibilités en lits et les durées de séjour des patients hospitalisés, impliquées dans le financement de l'hôpital.

38. Perfil epidemiológico de trabalhadores portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho no estado de Sergipe-Brasil.

Cristiane Costa Cunha de Oliveira, Giselle Santana Dosea, William Alves de Oliveira e Sônia Oliveira Lima, Universidade Tiradentes, Brasil. criscunhaoliva@yahoo.com.br

Resumo:

O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil ocupacional de portadores de Distúrbios Ocupacionais Relacionados ao Trabalho (DORT) em Sergipe, através da Ficha de Investigação de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Os resultados demonstraram um perfil de mulheres, de 35 e 45 anos, com sintomatologia nos membros superiores, que trabalham mais de 6 horas por dia, sem pausas. Sugere-se estudos com base de dados primários e entrevista direta, que permitam a avaliação de sintomas dos DORT e do nível de qualidade de vida dos sujeitos, bem como análise do ambiente laboral.

Riassunti:

L'obiettivo di questa ricerca era quello di identificare il profilo occupazionale dei portatori di Disturbi Occupazionali Relazionati al Lavoro (DORL) in Sergipe, attraverso il modulo di indagine delle malattie legate al lavoro. I risultati dimostrano un profilo di donne, dai 35 ai 45 anni, con sintomatologia negli arti superiori, che lavorano più di 6 ore al giorno, senza fermarsi. Si suggeriscono ulteriori studi con base di dati primari e interviste dirette, che permettano la valutazione dei sintomi dei DORL e del livello di qualità di vita dei soggetti, così come l'analisi dell'ambiente lavorativo.

39. O professor tutor no contexto de ambientes virtuais dialógicos de aprendizagem.

Rosana Lúcia Alves de Vilar, Janete Lima de Castro, Maria Aparecida Dias, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Sheila de Saint Clair da Silva Teodósio, Soraya Costa da Silva, Brasil

40. HANSENÍASE na política de saúde brasileira.

Sirlei Favero Cetolin, Flávia Hoffmann Palú, Roselene Baseggio da Cruz, Caroline Estéfani Zanin e Clarete Trzcinski, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Brasil. sirleicetolin@gmail.com; sirlei@pq.cnpq.br

Este artigo possui como objetivo apresentar aspectos da Hanseníase, vislumbrando a inserção da doença na política pública de saúde brasileira. Considerada historicamente uma doença típica da pobreza, a Hanseníase situa-se num patamar em que o paradigma dominante da medicina tem privilegiado, mais especificamente, as doenças agudas passíveis de serem tratadas com alta tecnologia hospitalar, deixando à margem, os pacientes com doenças crônicas instaladas, como é o caso da Hanseníase. No decorrer dos tempos, a Hanseníase tem sido marcada por diferentes situações, como a implementação de rigorosas políticas públicas pelos governantes e profissionais especializados na área, até a segregação e isolamento dos doentes com preconceito e estigma que envolve a doença até mesmo na contemporaneidade. A contaminação por Hanseníase ocorre por contato direto de indivíduo doente para indivíduo sadio. Apesar de avanços, o Estado brasileiro ao longo de sua história, tem vivenciado um contexto de vida social cuja principal nota indicativa é a disparidade de condições entre os cidadãos. De um lado, os avanços tecnológicos beneficiando as condições de habitação, alimentação e qualidade de vida; do outro, as condições de miserabilidade, fome, doença e falta de acesso à saúde. Para compreender esse processo é preciso refletir sobre os antecedentes, já que historicamente a Hanseníase é uma doença milenar infecto-contagiosa, de evolução prolongada, e com grande potencial de causar incapacidades, manifestando-se, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. As manifestações são resultantes da ação do *Mycobacterium leprae*, agente causador da doença de Hansen, em acometer células cutâneas e nervosas periféricas. No Brasil, ano de 2004 o Programa Nacional da Hanseníase (PNEH) estabeleceu um novo direcionamento da política de eliminação da Hanseníase, entendendo que se tratava de um problema de saúde pública. O PNEH estabeleceu dentre as propostas de trabalho, a parceria com organizações não-governamentais e com entidades governamentais e civis, entre as quais se destacam: o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN); a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH), que atua na formação de recursos humanos para a atenção na média e na alta complexidade, como suporte à rede do Sistema Único de Saúde (SUS); a Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), que garante o suprimento de medicamentos e oferece cooperação técnica. Entre tantos outros objetivos, a PNEH tem como meta a mudança do controle da doença, buscando atingi-la a nível municipal. Baseado no princípio da sustentabilidade objetiva alcançar

efetivamente a redução de menos de um caso de hanseníase para cada dez mil habitantes. Embora esta condição seja fundamental para fins de controle estatístico, do ponto de vista da cidadania, enquanto, houver casos, a despeito de quaisquer magnitudes matemáticas, a dimensão política reconhece os direitos e as necessidades de prevenção e tratamento de um único caso que seja. É o escopo qualitativo, e não o quantitativo que avaliará a cidadania. Contudo, somente com os esforços de todos, governo, profissionais de saúde e população, será possível eliminar a doença e alcançar os resultados almejados.

41. Mortalidade de adolescentes por causas externas na Região de saúde do extremo oeste de Santa Catarina – BRASIL.

Sirlei Favero Cetolin, Ana Maria Martins Moser, Ângela Gabriella Bischoff e Daniele Lauschner, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Brasil. sirleicetolin@gmail.com; sirlei@pq.cnpq.br

A mortalidade por causas externas representa um importante problema de saúde pública no Brasil, principalmente na saúde de adolescentes, sendo responsável pelos maiores Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP). Foi realizada uma pesquisa através de dados oficiais secundários no Sistema de Informações sobre Mortalidade-SIM, criado pelo Ministério da Saúde para a obtenção de dados sobre a mortalidade no país. O SIM possibilita captar dados sobre a mortalidade de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. A partir destas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliações das ações e programas na área. O estudo objetivou caracterizar o perfil de mortalidade por causas externas e outras variáveis em adolescentes, na Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, no período de 2007 a 2012. Considerou-se como unidade de análise no estudo uma população pertencente a uma área geográfica definida - Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, composta por 30 municípios. A faixa etária escolhida é de acordo com o que estabelece a Organização Mundial da Saúde, 10 a 19 anos. Os dados encontrados evidenciaram que as mortes por causas externas resultaram em 904 óbitos da população em geral, no período estudado. Os municípios com o maior número de óbitos por causas externas foram: São Miguel do Oeste, Maravilha, Dionísio Cerqueira, Mondai e Descanso, respectivamente. As maiores causas externas responsáveis pelos óbitos dos adolescentes foram os acidentes de trânsito, seguido dos afogamentos, lesões autoprovocadas intencionalmente e as agressões. O sexo masculino obteve o maior registro de óbitos em relação ao sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi entre 15 a 19 anos. Percebeu-se que com exceção do ano de 2010, ocorreu um aumento gradativo da mortalidade a cada ano estudado, o que necessariamente exige dos gestores e profissionais da saúde uma profunda avaliação destinando ações mais eficazes no que diz respeito às medidas de prevenção desses agravos. Os Anos Potenciais de Vida Perdidos - APVP são o maior indicador do impacto da mortalidade por causas externas em adolescentes e, a Região de Saúde do Extremo Oeste de Santa Catarina, no período de 2007 a 2012, apresentou um índice de 4.404 APVP de adolescentes por causas externas, sendo que, o ano que mais gerou APVP foi o ano de 2011 (962 APVP). As taxas de mortalidade prematuras permitem a expressão do valor social dos óbitos e a necessidade de operacionalizar sua medida e análise. A morte, quando ocorre antecipadamente, em meio a uma etapa de produtividade pune tanto o próprio indivíduo quanto as pessoas que lhe são próximas, além de privar o seu potencial de vida. A análise realizada apresenta resultados significativos que necessitam ser observados na elaboração de ações e programas preventivos, contudo, é importante salientar que, os números levantados podem ainda ser mais alarmantes, pois existe a possibilidade de ocorrer subnotificações de casos de mortalidade, bem como, também pode haver casos de indeterminação da causa básica de morte, o que se caracteriza como um dos limites para a possibilidade de apontar medidas adequadas de prevenção para essas causas.

42. Atenção à crise em saúde mental: novas tecnologias para garantia da dignidade dos usuários dos serviços de saúde.

Ludmila Cerqueira Correia e Isabel Maira Sampaio Oliveira Lima, Brasil

43. E-health e formazione nelle professioni sanitarie.

*Maura Pesarini, Università Politecnica delle Marche, Italia.
m.pesarini@univpm.it; magedo@gmail.com*

Riassunti.

e-health; quali cambiamenti per le professioni sanitarie?

Possiamo sicuramente affermare che l'impatto dell'e-health sulle professioni sanitarie conduce al bisogno di una formazione permanente, l'e-learning, e ad apprendere il management delle procedure informatiche, per affrontare la responsabilità medica, soprattutto per quanto riguarda l'applicazione delle regole sulla privacy in ambito telematico ed sul consenso informato.

Risulta quindi di fondamentale importanza una formazione specifica di livello universitario che deve essere progressivamente inserita nei curricula formativi delle professioni sanitarie, di primo e secondo livello, nonché nella formazione post laurea.

Questo permetterà di offrire qualitativamente e quantitativamente migliori servizi sanitari, comportando una modifica nella professionalità del medico e dell'operatore sanitario, aumentando le loro competenze trasversali, anche non direttamente legate alla pura attività medico ambulatoriale, come essere in grado di fornire informazioni specializzate per il sistema socio-sanitario; di offrire un valido interfaccia/gestore del sistema complesso dei fornitori di prodotti e servizi; di gestire il patrimonio tecnologico in possesso.

Inoltre, altre figure professionali devono essere individuate nei tecnici specializzati addetti alle apparecchiature come le micro macchine per la nuova chirurgia, basti pensare alla chirurgia robotizzata, alla chirurgia mini-invasiva, alla microchirurgia, e per la realizzazione delle nuove diagnosi attuabili, ad esempio, mediante i sistemi robot per l'esecuzione di biopsie,

Per completare l'evoluzione delle figure professionali sanitarie in relazione all'e-health, non bisogna poi dimenticare l'importanza di figure emergenti come quelle dello psicologo al fine di rendere fluida e partecipata la comunicazione con il paziente, come dell'operatore dedicato a monitorare la rete d'interventi sul territorio.

Résumé:

e - santé ; ce qui change pour les professions de la santé ?

Nous pouvons certainement dire que l'impact de la e - santé pour les professions de la santé conduit à la nécessité de l'apprentissage continu , l'e-learning , et d'apprendre la gestion des procédures informatiques , d'aborder la responsabilité médicale , en particulier en ce qui concerne ' application des règles sur la vie privée dans le domaine de l'électronique et de consentement éclairé .

Il est donc primordial de formation spécifique de l'importance au niveau universitaire doit être progressivement intégré dans les programmes des professions de la santé , du niveau primaire et secondaire , ainsi que dans la formation post-universitaire .

Cela permettra d'offrir des services de soins de santé de meilleure qualité , ce qui conduit à un changement dans le professionnalisme du médecin et des soins de santé, accroître leurs compétences douces , pas directement liée aux activités médicales ambulatoires purs , comme étant en mesure de fournir des informations spécialisées à la système de santé ; fournir une précieuse Interface / gestionnaire du système complexe de fournisseurs de produits et services; à gérer les actifs technologiques en possession.

En outre, d'autres professionnels doivent être identifiés dans l'équipement spécialisé de personnel technique tels que micro machines pour la nouvelle chirurgie, il suffit de penser de la chirurgie robotique , la chirurgie mini-invasive , la microchirurgie , et la construction de nouveaux diagnostics possibles , par exemple , au moyen de systèmes robotisés pour effectuer des biopsies.

Pour compléter l'évolution de professionnels des soins de santé en relation avec l'e-santé , alors nous ne devons pas oublier l'importance des chiffres émergents tels que ceux du psychologue afin de rendre la communication lisse et participative avec le patient , en tant qu'opérateur dédiée à surveiller les opérations de réseau dans le territoire .

Orario: 15:45 – 16:15



Sessione 31

Aula 1

Tema: Le nuove tecnologie per la vita indipendente ed il benessere delle persone con demenza ed i loro familiari. Dai progetti di ricerca a nuove strategie per l'assistenza ed il mercato

Sessione organizzata da: Fabrizia Lattanzio - Direttore scientifico, Carlos Chiatti, INRCA

Assistenza ai pazienti con demenza a domicilio e tecnologie innovative. Risultati e sviluppo del progetto di ricerca-intervento Up-Tech nella regione Marche

Paolo Olivetti, Maria Soledad Ferreira, Franco Bonfranceschi, Joseph Rimland e Tiziana Tonelli, Italia

Risultati di una collaborazione pubblico-privato. L'esperienza degli Innovation Voucher del progetto Europeo WIIDER.

Ennio Gambi, Susanna Spinsante, Laura Raffaelli e Giorgio Giorgetti, Dipartimento Ingegneria dell'Informazione, UNIVPM, Italia.

Riassunto:

La presentazione illustrerà il risultato di una attività di sviluppo e innovazione tecnologica finanziata mediante lo strumento Innovation Voucher erogato da SVIM (Sviluppo Marche) SpA nell'ambito del progetto europeo WIDER. L'attività ha permesso di progettare, prototipare e testare sul campo una soluzione tecnologica mirata a supportare l'assistenza alle persone affette da Alzheimer, erogata in ambito residenziale. In questo contesto, il kit tecnologico ottenuto in precedenza come risultato del progetto UpTech è stato rivisto, sia in termini di architettura, che di funzionalità, che di scelta dei singoli dispositivi, per arrivare ad avere un sistema che sia installabile nelle stanze occupate dai pazienti in RSA, e raccolga una serie di dati e informazioni che facilitino e migliorino la qualità dell'assistenza fornita. La sperimentazione del kit tecnologico presso una struttura RSA in provincia di Macerata ha permesso di raccogliere il feedback degli operatori, fondamentali per una valutazione di efficacia della soluzione proposta, e anche per apportare eventuali miglioramenti. I dati ottenuti dalla somministrazione di un questionario qualitativo di valutazione del kit ad un campione di 18 operatori hanno mostrato che la soluzione è di sicura efficacia e impatto nel migliorare l'attività di assistenza e cura, non rappresenta un motivo di stress né per gli operatori né per i pazienti monitorati, e ha permesso già, sebbene in un trial di durata limitata a pochi mesi, di rilevare e reagire prontamente a situazioni di pericolo potenziale per i pazienti (ad esempio, un evento di caduta del paziente fuori della propria stanza rilevato monitorando la prolungata assenza del paziente dalla propria stanza). La presentazione si concluderà evidenziando le opportunità che l'uso della tecnologia UpTech RSA può portare, in termini di uso efficiente delle risorse umane, finanziarie e tecniche, in strutture RSA, per migliorare la qualità dell'assistenza offerta e quali opportunità di business ne possano derivare per gli stakeholders tecnologici.

Resumen:

La presentación ilustrará el resultado de una actividad de desarrollo e innovación tecnológica financiada mediante un Innovation Voucher erogato por SVIM (Sviluppo Marche) SpA en el marco del Proyecto Europeo WIDER. La actividad ha permitido proyectar, prototipar y probar sobre el terreno una solución tecnológica que tiene como objetivo ayudar en la asistencia de las personas con Alzheimer en ámbito residencial. En este contexto el kit tecnológico obtenido previamente como resultado del proyecto UpTech, ha sido modificado desde el punto de vista de la arquitectura y funcionalidad de cada uno de los dispositivos que lo componen para conseguir un sistema que pueda ser instalado en las habitaciones ocupadas por este tipo de paciente en las residencias sanitarias, facilitando así la mejora de la calidad de la asistencia. La experimentación del kit tecnológico en una estructura residencial RSA en la provincia de Macerata ha permitido recoger datos (feedback) del personal que atiende a estos paciente; datos fundamentales para evaluar la eficacia de la solución propuesta y sus posibles mejoras. La elaboración de los datos obtenidos a partir de un cuestionario de tipo cualitativo suministrado a 18 profesionales indica que la solución es eficaz para mejorar la actividad de atención y asistencia, no aumenta el estrés del personal ni del paciente y ha permitido detectar y actuar rápidamente en situaciones que suponen un peligro potencial (por ejemplo, caída de un paciente fuera de su habitación). Como conclusión se subrayarán las ventajas de utilizar la tecnología UpTech RSA para emplear eficientemente los recursos humanos, económicos y técnicos en estructuras residenciales mejorando la calidad de la asistencia; asimismo se resaltaré la oportunidad de business que puede representar para los stakeholders tecnológicos.

Capitalizzare le esperienze locali in Europa. Da Up-Tech a Home4Dem.

Lorena Rossi, Roberta Bevilacqua e Paolo Olivetti, Italia

Les nouvelles technologies et la santé mentale.

Delia Rasnoveanu, Spital de Psihiatrie Braila, Universitatea „Dunarea de Jos” Galati, Romania.
drasnoveanu@yahoo.com

Rezumat:

In Romania se foloseste reteta electronica, foaia de observatie electronica, condica electronica etc. Din mai 2015 a aparut si cardul de sanatate pentru validarea serviciilor medicale cu un cod PIN din 4 cifre ales de pacient. Majoritatea persoanelor au pus anul nasterii, dar bolnavul psihic vrea alte cifre pe care

apoi nu le mai recunoaste. Cardul in sine este o constrangere pe care nu o accepta si care nu ar trebui sa se aplice la psihiatrie. Dosarul electronic de sanatate va fi o provocare pentru boala psihica daca nu va avea rubrici speciale.

Riassunto:

A Romania si usa la prescrizione elettronica, il foglio di osservazione elettronico, il foglio di medicinali elettronico etc. Da maggio 2015 è obbligatorio la tessera sanitaria per validare i servizi medici, con il codice PIN di 4 numeri dato dal paziente. La maggior parte delle persone hanno messo l'anno di nascita, ma il malato di mente vuole altri numeri e puoi non riconosce piu. La tessera è una costizione non accettata e che non dovrebbe essere in psichiatria. Il fascicolo elettronico sanitario sara una provocazione per la malattia mentale si non si dispone di campi speciali.

Tema: Profili professionali e processi di formazione in sanità

Presidente: Carmen Tereanu, Dirigente Dipartimento di prevenzione, ASL Bergamo, Italia

L'empathie dans la formation: son développement et son inhibition.

Hubert Wallot, TÉLUQ-Université du Québec, Québec. wallotha@hotmail.com

Le sens est central dans le rétablissement aux prises avec une maladie en général et une condition psychiatrique en particulier. Si le sens réfère à la capacité de comprendre son expérience et de l'arrimer avec une projection dans un futur désiré, ce sens, pour la plupart des personnes, a besoin, pour émerger, d'un accompagnement, notamment celui du médecin comme du psychiatre. Or cette activité ne peut être qu'une activité rationnelle qu'un ordinateur «intelligent» ou un androïde pourrait faire, mais il est plutôt une intégration d'une réflexion partagée où la composante émotive, du côté du médecin, doit comporter l'ingrédient de l'empathie. De quoi s'agit-il ? Comment distinguer empathie et sympathie ? Quelles sont les caractéristiques associées ? Quels effets ont pu en être démontrés ? Se mettre à la place de l'autre ? La présence de l'empathie diffère-t-elle entre les spécialités médicales? Quel est l'effet de la formation médicale sur son développement ? Quels facteurs interviennent pour moduler positivement ou négativement les changements dans l'empathie du médecin au fil de sa formation et de sa pratique ? Dans le curriculum formel ? Dans le «curriculum caché»? Est-ce qu'on peut en tirer un éclairage sur les variations de pratique au Canada selon les âges des médecins ?

Los determinandes sociales de la salud en la educación para la salud.

Georgina Contreras Landgrave, Silvia Cristina Manzur Quiroga, Brenda Yoltzin Apolinar Velasco, Oscar Donovan Casas Patiño, Luisa Ruano Casado, Manuel Leonardo Ibarra Espinosa, Esteban Jaime Camacho Ruis e Ma. Luisa Ballestar Tarin, UAEM, México. gcontreras@uaemex.mx

Objetivo:

Identificar la consideración de las determinantes sociales en las intervenciones de la Licenciatura en Educación para la Salud.

Descripción del problema y contexto:

En la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas han puesto en el primer lugar de las estadísticas mundiales a México. Tal es el caso de la obesidad, esta enfermedad al igual que otras tiene sus orígenes en los estilos de vida de las personas. El Estado, dentro de las políticas de salud nacionales, ha incorporado en el Programa Sectorial de Salud 2013- 2018 el fortalecimiento del primer nivel de atención, espacio donde se dirigen las acciones de prevención en la población. En él se consideran los determinantes sociales de la salud como lo son los estilos de vida, los cuales deben ser modificados aquellos que no sean saludables y fortalecer y propiciar los saludables considerándose así como factores protectores. Esta visión social ha permeado en las políticas públicas de los gobiernos regionales tal es el caso del Estado de México que no sólo está presente en el Sector Salud sino que se ha trasladado al Sector educativo y en la Universidad Autónoma del Estado de México se ofertó por primera vez en el año 2007 la Licenciatura en Educación para la Salud (LES), ubicada en el área de las Ciencias Sociales. A la fecha ya han egresado tres generaciones.

Teorías:

Según la Organización Mundial la Salud, la educación para la salud aborda la transmisión de información, el fomentode la motivación, las habilidades personales y la autoestima; necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo...

Por su parte, el programa de estudios de la licenciatura, indica en el apartado del perfil del egresado y competencias profesionales, que el Licenciado en Educación para la Salud se debe sumar en la etapa preventiva de la enfermedad y para hacerlo, debe considerar los factores sociales que van a influir en el proceso de salud-enfermedad y su atención; determinando así a los estilos de vida como su objeto de estudio.

Métodos y materiales:

Es un estudio retrospectivo, analítico, documental y descriptivo utilizando las tesis de egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud. En ellas se identifican a los determinantes sociales en las diferentes actividades educativas que presentan.

Resultados:

Los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud han retomado en sus investigaciones los determinantes sociales como son los estilos de vida, los cuales los han integrado en el diseño e implementación de diferentes programas de intervención educativa.

Discusión:

Los egresados de la Licenciatura en Educación para la Salud consideran los estilos de vida de la población lo cual les permite atender a la enfermedad en su etapa preventiva y ubicarse dentro del Área de las Ciencias Sociales.

L'émergence d'une spécialité médicale et ses conséquences sur le champ médical et le domaine des thérapies anticancéreuses.

Pascal Ragouet e Léo Mignot, France

Sessione 33

Aula 3

Tema: Innovazione tecnologica per la salute

Presidente: Andrea Monteriù, Facoltà di Ingegneria; Maurizio Battino, Facoltà di Medicina, Università Politecnica delle Marche Italia

Diseño de una red de area corporal para el soporte de la medicina preventiva y la asistencia médica.

Natividad Martínez Madrid, Oana-Ramona Velicu, Wilhelm Daniel Scherz e Ralf Seepold, Germany

Sistema di navigazione integrato per carrozzine motorizzate in applicazioni AAL.

Luca Cavanini, D. Ortenzi, G. Cimini, A. Monteriù, A. Freddi e S. Longhi, Italia

Nuove tecnologie per la neuroriabilitazione: Phoenix.

Bice Previtiera e Carlo Jovine, Italia

Modelo de alocação de mamógrafos Móveis: um estudo para a região Serrana do Estado do Brasil.

Cid Manso de Mello Vianna, Gerson Nunes da Cunha, Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira, Marcus Paulo da Silva Rodrigues e Antonio Augusto da Silva Peregrino, Instituto de Medicina Social – UERJ, Brasil. cdvianna@gmail.com

Resumo:

A utilização de mamografia móvel, em conjunto com a rede existente de mamografia fixa, procura maximizar a disponibilização de exames de testes de diagnóstico de câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. O desenvolvimento de um modelo computacional para definir a alocação de mamógrafos móveis é apresentado como uma importante ferramenta na tentativa de melhorar o acesso à população residente em áreas urbanas e rurais dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Riassunti:

L'uso della mammografia mobile in collaborazione con la rete fissaggi esistente della mammografia, cerca di massimizzare la disponibilità di test per il cancro al seno testdiagnostici, nell'ostatodi Rio de Janeiro. Los viluppo di un modello di computer per definire l'assegnazione della mammografia mobile è presentato come uno strumento importante nel tentativo di migliorare l'accesso alla popolazione residente in aree urbane e rurali dei comunidello Statedi Rio de Janeiro.

Tema: Informação e accoglienza in sanità

Presidente: Ana Maria Malik, FGV - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

Acolhimento como tecnologia utilizada na reorganização do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família: Contribuições do Programa de Valorização da Atenção Primária.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Kilma Wanderley Lopes Gomes, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Andrea Caprara e Maria Salete Bessa Jorge, Universidade Estadual do Ceará- UECE, Brasil. apcbrilhante@gmail.com

Introdução:

A Atenção Básica como Rede de Atenção à Saúde estruturante do SUS tem sido assumida pelo Ministério da Saúde- MS com prioridade. Entre os desafios refere o acesso e acolhimento, à efetividade, à resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, a capacidade de gestão, coordenação do cuidado (BRASIL, 2012). no ano de 2003, o MS criou a Política Nacional de Humanização (PNH), com um dos objetivos enfrentar problemas no campo da organização e da gestão do trabalho em saúde (PASCHE et. , 2011). para a viabilização dos princípios e resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com diferentes dispositivos, entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”, entre eles o acolhimento com avaliação ou classificação de risco. Segundo o Ministério da Saúde, a humanização é entendida pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (BRASIL, 2004). No ano de de 2011, o governo federal por meio do Ministério da Saúde implantou o Programa de Valorização da Atenção Básica-Provab em todo o país, com objetivo de estimular a formação do médico para a real necessidade da população brasileira e levar esse profissional para localidades com maior carência para este serviço.

Objetivo:

Descrever a experiência da implantação da tecnologia acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em uma Unidade de Saúde da Família.

Metodologia:

trata-se de um relato de experiência onde adotou-se como abordagem de trabalho a pesquisa intervenção, que são investigações que envolvem o planejamento e a implementação de interferências (mudanças, inovações) – destinadas a produzir avanços, melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam – e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências. Foi realizado oficinas em uma cidade do Ceará-Brasil, no período de março a junho de 2014, com a equipe da Saúde da Família, incluindo profissional médico do Programa de Valorização da Atenção Básica-PROVAB, supervisor da instituição de ensino responsável pelo acompanhamento pedagógico do profissional médico e gestores local após avaliação dos problemas detectados e discutidos com a equipe de saúde, supervisor, gestor e membros da comissão estadual coordenadora do PROVAB. Inicialmente foi apresentado proposta e pactuação da realização de oficina de capacitação para o uso da tecnologia acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade. A equipe foi organizada em três grupos: Acolhimento e organização da agenda, saúde materno infantil, visita domiciliar e atenção ao paciente com hipertensão arterial e diabetes mellitus, para desencadear as discussões, foram levantadas questões norteadoras. Após discussões nos grupos de oficinas, foram apresentados os produtos.

Resultados:

por meio da observação participante, foi possível compreender a dinâmica do serviço, as funções dos profissionais ali envolvidos, o fluxo dos usuários e a necessidade de intervenção para a implantação da tecnologia acolhimento. Ressalta-se as seguintes intervenções: pactuação quanto a organização da

agenda; os Agentes Comunitários de Saúde-ACS ficaram encarregados de orientar a comunidade sobre o atendimento de acordo com a agenda proposta; acolhimento foi determinado como tecnologia de avaliação de risco e vulnerabilidade realizado pela enfermeira; reunião mensal para avaliação e planejamento das ações a serem realizadas no mês seguinte com toda a equipe; realização de atendimento dos grupos prioritários, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, agendamento de atendimento nas áreas distantes pelos profissionais de saúde. Na primeira avaliação realizada percebeu-se melhoria na organização do processo de trabalho da equipe, integração da equipe, satisfação de todos os trabalhadores de saúde, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde, pois sentiram maior valorização em serem incluídos na organização do serviço.

Contribuições::

Torna-se necessário que as equipes possam refletir e analisar seu processo de trabalho, de modo que garanta o acesso da população aos serviços de saúde na Atenção Básica, e maior resolubilidade. Ressaltamos que as experiências de acolhimento de fato vivenciadas no cotidiano também dos trabalhadores precisam ser percebidas como tecnologia de produção do cuidado para trabalhadores e usuários, assim poderão inserir o acolhimento como dispositivo de fundamental noa prática assistencial em unidades de atenção primária.

Acogida como tecnología utilizada para acceso de los usuarios de crack en la red de salud mental.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Fernando Sérgio Pereira Sousa, Adriana Catarina Sousa Oliveira, Maria Salete Bessa Jorge, Universidade Estadual do Ceará-UECE, Brasil. apcrbrilhante@gmail.com

Introducción:

La Política de Atención Integral a los usuarios de Alcohol y otras drogas fue lanzada en 2002 por el Ministerio de la Salud-MS en conjunto con la Secretaría Nacional Antidrogas. Con esta Política se refuerzan las acciones y se amplían los servicios para tratamiento de dependencia química en Brasil, así como define la estrategia de reducción de daños como metodología que irá direccionar los abordajes y el tratamiento (Brasil, 2003). En el año de 2004, el MS implantó la Política Nacional de Humanización (PHN), que tiene como uno de los dispositivos la acogida, que comprende desde de la recepción del usuario en el sistema de salud y la responsabilidad integral de sus necesidades hasta la resolución de sus problemas. La acogida propone, por lo tanto, reorganizar el servicio en el sentido de ofrecer siempre una respuesta positiva al problema de salud presentado por el usuario (Brasil, 2006).

Objetivo:

analizar como ocurren las tecnologías de acogida y la vinculación de los usuarios de crack con los servicios de red de atención de salud mental.

Metodología:

investigación cualitativa, dentro de una perspectiva antropológica y crítica, fueron escogidas como posibilidad de entender (analizar) el fenómeno social y sus relaciones en el campo de la salud. Fue realizada en los servicios de salud de las Consejerías Regionales "SERs" IV y V en la ciudad de Fortaleza-CE (Brasil) en el periodo de diciembre de 2011 al mayo de 2012. Para la recogida de los datos fueron utilizadas las siguientes técnicas: entrevista en profundidad con 32 trabajadores de salud de los centros de atención psicosocial alcohol y drogas - CAPS-ad, observación sistemática con guión abierto para construcción de entrada en campo. El tratamiento del material empírico fue orientado por el análisis de contenido crítico de las entrevistas y observaciones. De modo complementar, fue utilizado el cuestionario para caracterización de los participantes. Proyectos fue sometido a análisis del Comité de Ética en Investigación (CEP) de la Universidad Estadual del Ceará (UECE). Resultados y discusión: este estudio detectó por medio de los discursos que los servicios de CAPS-ad ofrecen a los usuarios de crack acceso al tratamiento/acompañamiento por medio de acogida. Algunos usuarios advienen de la derivación de la atención básica, de hospitales psiquiátricos, hospitales generales, por medio de orden judicial, lo que es un aspecto importante, ya que muestra que los trabajadores de de otros servicios están identificando usuarios de sustancias psicoactivas en los territorios y están reconociendo el CAPS-ad como una posibilidad de cuidado e estos sujetos. Con todo eso, tal hallazgo no caracteriza articulación entre las redes de cuidado, visto que no ha trabajos conjuntos entre los equipos. A partir de las entrevistas, se identificó que los otros locales de cuidado realizan derivaciones para el CAPS-ad como intento de desahogar de sus servicios o sentimientos de incapacidad de sus trabajadores en relación al cuidado con el usuario de drogas, lo que lleva a la búsqueda de otra institución que se

responsabilice por estos usuarios, cuando, entretanto, lo que debería existir era una corresponsabilidad por el cuidado en salud del mismo. El acceso de los usuarios de drogas a los cuidados en salud en Brasil es pautado por las dificultades de los trabajadores de salud en acoger esa demanda, vez que hay una centralización del tratamiento en el CAPS-ad. Los demás servicios no se reconocen responsables por la atención a ese usuario y la libertad de acceso a los servicios de salud acaba limitada, cuando direccionada a un servicio específico, por más que este sujeto posea otras necesidades de salud las cuales podrían ser acogidas en otros locales de cuidado. Todavía con relación al acceso del usuario de crack, se verifica una puerta de entrada en los CAPS-ad que se configura por medio de acogida en lo cual es realizada la evaluación del cuadro del usuario y hay las debidas derivaciones para las actividades individuales y grupales. El usuario al llegar al servicio es acogido por un profesional que evalúa inicialmente el caso y juntamente con el usuario trazan su proyecto terapéutico. Se evidenció participación activa del usuario en su tratamiento y la vinculación del usuario con los profesionales que os acompaña y con el servicio al cual está siendo acompañado. Esta relación parece se configurar como un aspecto primordial, pues favorece la adherencia e impulsa el mismo a la participación en las actividades propuestas por el servicio.

Contribuciones :

necesario reflexionar sobre la acogida que es realizado en los servicios de salud, en especial en la atención básica y en los CAPS-ad, pues es necesario mayor integración e implementación de acogida en todas las redes de atención, con construcción de vínculos y corresponsabilidad de los profesionales de salud.

L'efficacité de la prévention alcool en question: textes réglementaires et/ou interventions validées ou prometteuses chez les jeunes?

Laure Com-Ruelle, IRDES, France. comruelle@irdes.fr

Objectif de cette recherche :

Le but de ce travail est de recenser les outils de prévention utilisés dans le champ de l'alcool, et d'en analyser l'efficacité. Quels sont les résultats des politiques publiques menées depuis 55 ans au niveau mondial, européen et en France ? Les pays latins ont-ils une place particulière ? Quels sont les textes législatifs et réglementaires mis en œuvre ? Quels sont leurs critères d'efficacité ? Quelle est la place des interventions de prévention alcool menées auprès des jeunes ? Quelles sont celles qui sont validées ou prometteuses ? Quels en sont les critères et conditions d'efficacité ?

Contexte et description du problème :

La consommation d'alcool est un enjeu de santé publique du fait des nombreuses conséquences médicales, sociales et économiques que son abus et la dépendance entraînent. Le phénomène d'alcoolisation excessive existe un peu partout dans le monde avec des caractéristiques qui varient selon les continents et les cultures. Intervenir dès le plus jeune âge est essentiel pour prévenir l'évolution vers des conduites d'abus voire vers l'addiction. Nombreux sont les pays qui mènent une politique publique en utilisant la voie législative depuis plus d'un demi-siècle. De plus, se sont développées des interventions auprès de la population visant notamment les jeunes. Quel est le bilan de ces différentes mesures de prévention ? Quelles recommandations peut-on émettre pour réussir ?

Matériel et Méthode :

Côté législatif, nous livrerons une perspective globale et mondiale, abordant rapidement la consommation d'alcool, les tendances et les résultats de santé face aux politiques menées. Nous rappellerons ensuite les conclusions et les recommandations du rapport européen AMPHORA portant sur l'analyse des interactions entre les politiques européennes liées à l'alcool, les facteurs culturels et sociaux, et leur impact sur la consommation d'alcool et les dommages induits, en soulignant la place de la France et de l'Italie, pays latins, face aux pays du nord et ceux du centre de l'Europe. Puis nous dessinerons les jalons législatifs et réglementaires en France depuis le milieu du 20^e siècle, en distinguant les mesures prises selon les objectifs visés. Côté interventions de prévention menées auprès des jeunes, nous rapporterons d'abord les résultats d'une récente revue de littérature internationale (Guillemont, 2013) sur l'efficacité des programmes analysés. Nous rappellerons la nécessité d'une approche globale et détaillerons les critères d'efficacité de ces interventions à partir des recommandations du CIRDD Bretagne (Bénech, 2013).

Résultats :

Les politiques publiques de prévention de l'alcoolisme jouent en général un rôle mineur dans l'évolution de consommation par rapport aux facteurs socio-économiques ou démographiques. L'évolution de la consommation et des problèmes liés à l'alcool ne semble pas corrélée avec le niveau de « sévérité » des mesures législatives. En France, la santé publique n'est prise en compte qu'à partir des ordonnances de 1960 mais, actuellement, on dispose d'un arsenal quasi complet.

Les interventions de prévention alcool menées auprès de jeunes doivent s'appuyer sur la compréhension des facteurs explicatifs de leurs comportements et sur la connaissance des risques encourus. Les mesures structurelles visent à modifier l'environnement et le contexte de consommation d'alcool ; leur impact en termes de réduction des conséquences néfastes est largement démontré. Les mesures éducatives et de prévention visent à modifier les comportements individuels ; leur impact est délicat à évaluer du fait de la complexité des mécanismes impliqués. Mesures structurelles et mesures de prévention sont absolument complémentaires. Pour être efficace, il faut combiner plusieurs types d'actions agissant sur différents aspects du problème dans le cadre d'un dispositif à composantes multiples et veiller au pilotage et à l'implantation pour optimiser la mise en œuvre.

Discussion :

L'impact des politiques de prévention alcool menées depuis le milieu du 20^e siècle a été apprécié essentiellement à l'aune d'indicateurs de résultats tels que la consommation moyenne d'alcool pur par personne de 15 ans ou plus, ce qui ne tient pas compte de leur concentration chez celles ayant une consommation à risque d'abus ou de dépendance, et le taux de décès par maladies alcooliques du foie et par accident de la route. Nous disposons actuellement de tests validés dans plusieurs langues et pays repérant les personnes présentant une consommation abusive, ponctuelle ou chronique, voire une dépendance. Les jeunes réinventent constamment des modes de boire nouveaux qu'il est nécessaire d'observer et de comprendre pour pouvoir adapter les mesures de prévention.

Apports / Intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques :

Cette synthèse met en lumière la nécessité d'évoluer dans les politiques publiques de prévention alcool. Actuellement on assiste à un changement important, notamment en Europe, et l'on vise désormais à lutter contre l'usage nocif de l'alcool plutôt qu'à faire baisser la consommation totale de la population. Ce sont les pays à haut niveau de revenus, principalement la Scandinavie, le Royaume-Uni et l'Australie, qui sont à l'origine de la plupart des études d'efficacité des politiques publiques. Ceci pose des questions d'adaptabilité, non seulement pour l'Europe de Sud, en particulier les pays latins, mais aussi pour les autres régions du monde.

Modelo de Atención a la Queja Médica en México. 20 años de evolución.

Salvador Chávez Ramírez, Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, México. comisionadocamejal@ilcoud.com; chavezramirez@yahoo.com.mx

Riassunti:

I conflitti derivanti dalla pratica medica in Messico hanno avuto una particolare attenzione per il sistema sanitario, che ha portato a formare una struttura e un modello di cura per loro, utilizzando tecniche di riconciliazione tra i suoi attori (fornitore utenti -service) e / o di arbitrato, se del caso, con lo scopo principale di impedire loro di raggiungere il sistema giudiziario (sentenze e tribunali). L'uso della tecnologia è stato un fattore che favorisce la "pratica difensiva medica" nell'idea di evitare tali conflitti.

Objetivo:

Compartir la forma y experiencias del modelo trabajo para resolución de los conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud en México y el impacto del uso de las tecnologías en este modelo.

“Modelo de Atención a la Queja Médica en México. 20 años de evolución”.

La trascendencia de los cambios que en todos los órdenes se han sucedido en el seno de la sociedad mexicana nos induce a reflexionar acerca del avance de instituciones que, como las comisiones de arbitraje médico, se han desarrollado merced al respaldo social que generan sus acciones.

En tal sentido, el compromiso con la sociedad no sólo debe dirigirse a dirimir objetiva e imparcialmente las controversias o conflictos que se suscitan entre los profesionales de la salud y sus pacientes, sino que además debe influir positivamente en la mejora de la práctica médica pública y privada.

Por otro lado, existe un entorno tendiente a la desconfianza y falta de credibilidad que afecta a los profesionales de la salud y a las instituciones públicas y que prestan servicios de salud, lo que se ha

traducido en un incremento importante en el número de quejas médicas, inconformidades o demandas judiciales, las cuales deben ser resueltas preferentemente por el profesional de la salud involucrado ó la institución donde se otorgó la atención o, en caso necesario , con la participación de una instancia especializada en la materia, que evite los esquemas de enfrentamiento de las partes y el uso de estrategias que al aplicarse rompen el sentido humanista de la atención médica, la colaboración y confianza que deben caracterizar la relación médico-paciente.

El impacto negativo de esta tendencia y el incremento de la queja, puede afecta a los profesionales de la salud y modifica su práctica, convirtiéndola en “defensiva”, tanto en actitud como en los hechos, encareciendo el costo y promoviendo la aplicación irracional de herramientas tecnológicas, entre otros.

Así, en 1996 fue creada por Decreto Presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y a partir de esta se han venido creando en cada uno de los Estados (Provincias) Comisiones Estatales de Arbitraje Médico integrando así una “red nacional” y dando origen a un Consejo Mexicano de Arbitraje Médico (CMAM).

Estas organizaciones han dado pie a trabajar y operar un proceso arbitral homologado para el país y como producto de las políticas en esta materia, sustentado en los principios éticos de equidad e imparcialidad y privilegiando los preceptos de la cultura de la paz y sus estrategias de mediación y conciliación de los conflictos, llamándolo “Modelo Mexicano de Arbitraje Médico” (MMAM).

Este MMAM a prácticamente 20 años de operación, se mantienen en evolución continua, creación y búsqueda de referentes, fortalecimiento de esquemas que mejoren su proceder, intercambio de conocimientos y experiencias entre los integrantes de esa “red nacional” y búsqueda de homologación de criterios, instrumentos y técnicas de operación.

No obstante, los requerimientos sociales (tanto de usuarios como de prestadores de servicios d salud) han venido modificándose rápidamente, aún el marco político y jurídico del país mantiene una tendencia de actualización y con ello de modificaciones sustanciales en la tipificación, observación y creación de leyes y normas que inciden directa o indirectamente en la aplicación de este Modelo de Arbitraje.

En este contexto, presento una breve reseña de este MMAM y su trayecto operativo de 19 años, además de señalar los elementos que en nuestra actualidad social y política en México no solo vienen modificando el MMAM sino toda la visión y quehacer de atención a las conflictos y controversias surgidas de las prácticas de las diferentes profesiones de la salud.

La première base de données publique sur le médicament, quelle innovation dans la régulation de son bon usage par l'information en France?

Marie Baumevielle, Céline Pulon e Catherine Maurain, Université de Bordeaux. Laboratoire de Droit et Économie Pharmaceutique, France. Marie.Baumevielle@u-bordeaux.fr

Cette analyse porte sur l'innovation que constitue la première base de données publique d'informations scientifiques et administratives sur le médicament et son bon usage (base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr).

Outre sa médiatisation par le ministère chargé de la santé le 1^{er} octobre 2013 en tant qu'instrument de la stratégie nationale de santé, l'ouverture de cette base de données consultable et téléchargeable gratuitement sur son site internet, est adossée à un cadre juridique hérité de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé qui est une réponse à une crise sanitaire nationale (Mediator®) dans le contexte de la révision de la législation pharmaceutique européenne sur la pharmacovigilance de 2010. Définie dans le code de la sécurité sociale (art. L.161-40-1 et art. D161-18 à D161-21) , elle a été placée sous l'égide de ce ministère et fédère l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), notamment compétente en matière d'autorisation de mise sur le marché, sous réserve des procédures européennes en vigueur, ainsi que la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie, instances consultatives pour la prise en charge du médicament par la sécurité sociale.

Sa création par des mesures concernant la gouvernance des produits de santé suscite des interrogations sur son articulation au cadre juridique de la commercialisation du médicament, qui produit, ou contrôle, l'information associée à son évaluation médico-administrative à des fins de pédagogie (professionnels de santé, public) ou de transparence (laboratoires pharmaceutiques). Elle conduit aussi à apprécier

l'innovation qu'elle constitue au regard des processus antérieurs de régulation du bon usage par l'information, ne serait qu'en raison des nombreux rapports dénonçant la prééminence du discours promotionnel des industriels.

Il ressort de cette analyse que la base de données est un média de diffusion des résultats de l'évaluation médico-administrative du médicament (rapport bénéfice/risque, service médical rendu), jusqu'alors portés par des documents différents et diversement destinés aux professionnels de santé, au public ou aux laboratoires pharmaceutiques. Elle intervient également en tant qu'auteur par le choix d'informations qu'elle synthétise sur l'accessibilité du médicament et ses propriétés. Ainsi, elle réduit l'asymétrie d'information existant entre le public et les professionnels de santé en complétant les autres formes de présentation de la spécialité pharmaceutique commercialisée (bien matériel, corpus d'informations diffusées sur internet).

D'un point de vue historique, l'ouverture de cette base de données participe à une logique de renforcement des moyens consacrés à la régulation du bon usage par l'information, dont témoigne l'évolution du code de la santé publique depuis le début des années 90 (assignation de l'objectif de bon usage à la publicité depuis 1991, abandon en 2004 d'une base de données réservée aux professionnels de santé gérée par l'Agence française de sécurité sanitaire). Cette intervention accrue des pouvoirs publics dans la régulation du bon usage du médicament a bénéficié de l'essor d'internet et des obligations de transparence portées par la législation pharmaceutique européenne. Alors que son axe de communication reste ciblé sur le médicament, plutôt que sur l'offre disponible dans une pathologie, elle porte l'empreinte de préoccupations nationales contemporaines de sa mise en place (prescription hors indications, pondération de l'autorisation de mise sur le marché par le service médical rendu par le médicament, implication de l'ANSM dans la diffusion d'information de sécurité sanitaire) et s'inscrit dans une dynamique de réflexion qui ouvre la voie à de nouvelles évolutions de la prise en compte du bon usage du médicament.

Sessione 35

Aula 5

Tema: Medicalizzazione del percorso nascita e nuove tecnologie. Quale ruolo per la professione ostetrica?

Sessione organizzata da: Elena Spina, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali Università Politecnica delle Marche

La sessione accoglie i contributi che affrontano il tema dell'assistenza prestata dall'ostetrica durante la gravidanza, il parto e il puerperio.

L'interesse si focalizza in particolare sul ruolo di tale figura professionale e sui cambiamenti che esso ha subito sia a seguito della massiccia medicalizzazione del percorso nascita, sia a seguito dell'introduzione di nuova strumentazione nell'ambito del percorso assistenziale.

La sessione si rivolge dunque a studiosi di diversi paesi ed è particolarmente interessata al confronto tra modelli assistenziali diversi e al ruolo riservato a tale figura in ciascuno di essi.

La professione ostetrica: mutamenti e nuove prospettive.

Elena Spina, Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali Università Politecnica delle Marche, *Italia*.
e.spina@univpm.it

La storia della professione ostetrica è segnata da profonde discontinuità che tracciano un percorso irregolare in cui fasi di relativa autonomia si alternano a periodi di dominio e di subordinazione. Soltanto in epoche recenti, a seguito delle riforme sanitarie succedutesi in Italia a partire dagli anni '90 del '900, tale figura viene coinvolta in un processo di riqualificazione e di riposizionamento socio professionale. Attraverso una profonda revisione dei percorsi formativi, che vengono inseriti all'interno del sistema universitario, tale profilo occupazionale perde il carattere ausiliario e ancillare che aveva in passato, acquisendo la denominazione ufficiale di professione sanitaria (Spina 2009).

Nell'attuale periodo storico sembrano aprirsi nuovi scenari per questa professione legati, da un lato, ad una serie di cambiamenti di natura sociale, culturale ed istituzionale e, dall'altro, allo sviluppo di nuove tecnologie nel settore della gravidanza e del parto. Tali cambiamenti sembrano configurare l'avvento di una nuova fase che lascia intravedere spazi di maggiore autonomia e nuove opportunità per l'ostetrica ma, forse, anche nuovi rischi.

Un nouveau « métier » pour dé-médicaliser la prise en charge de la naissance en Roumanie.

Béatrice Jacques e Cristina Parvu, France

La medicina preventiva e il neonato: il neonato sano ovvero malato fino a prova contraria?

Remo Appignanesi, Alessandro Limatola, Alessandra Ricciardi e Ilaria Pellegrini, Madonna del Soccorso – ASUR Marche – Area vasta 5, Italia. remo.appignanesi@sanita.marche.it

Riassunto:

Il neonato sano è oggetto di una serie di interventi di medicina preventiva, alcuni dei quali non trovano fondamento nelle indicazioni presenti in letteratura. Si pone la necessità di attuare una revisione di appropriatezza per la particolare "vulnerabilità" di tale tipologia di assistiti che riduca l'utilizzo delle pratiche assistenziali limitandole solo a quelle evidence based, ponendo al primo posto non la "medicina difensiva" ma il rispetto del principio di appropriatezza che deve caratterizzare l'attività assistenziale.

Résumé:

Le nouveau-né sain est l'objet d'une série d'interventions de médecine préventive, dont quelques-unes n'ont aucun fondement dans les indications présentes en littérature. Il faut une révision de conformité, vu la vulnérabilité particulière de ce type d'assistés, qui réduise l'emploi de pratiques assistentielles en les limitant seulement à celles qui sont fondées sur l'évidence, en mettant à la première place non pas la médecine de défense mais le respect du principe de conformité qui doit caractériser l'activité d'assistance.

L'ostetrica: criticità di tale figura professionale.

Margherita Piermaria, Italia

Les enjeux soulevés par l'expansion du dépistage néonatal: perspective du Québec.

Lise Lamothe e Hazar Haidar, ESPUM, Québec. lise.lamothe@umontreal.ca

Le programme de dépistage néonatal est une activité de santé publique permettant d'identifier les nouveaux-nés atteints de certaines maladies génétiques ou métaboliques. Ce dépistage précoce est essentiel parce qu'une intervention rapide peut conduire à une réduction significative de la morbidité, la mortalité et les incapacités qui sont associées aux maladies dépistées.

L'introduction des technologies de dépistage néonatal comme la spectrométrie de masse en tandem (MS/MS), au début des années 1990, a contribué à un développement exponentiel des possibilités de dépistage des maladies métaboliques chez les nouveaux-nés. En effet, cet appareil permet de détecter simultanément, à partir d'un même échantillon sanguin, un très grand nombre de maladies métaboliques[1]. Récemment, le programme de dépistage néonatal a vu aussi une évolution importante relative au développement de la technologie de séquençage du génome complet (WholeGenomeSequencing: WGS) permettant d'avoir la séquence génétique complète du nouveau-né. Ceci étant dit, un nombre plus élevé de maladies pourra donc être détecté.

Ces différentes technologies de dépistage néonatal, soulèvent de nombreux enjeux d'ordre éthique, social et organisationnel. Entre autres, il existe des considérations éthiques relatives à l'information générée, aux impacts psychosociaux susceptibles d'en découler et, plus généralement, aux bénéfices réels pour les enfants ainsi dépistés. Par exemple, certaines maladies décelées peuvent ne pas avoir de traitement ou d'intervention efficace limitant ainsi les bénéfices à tirer pour l'enfant[2]. De plus, ceci pose aussi la question de la gestion des informations et des explications devant être fournies aux parents à la suite d'un tel dépistage.

Loin de se limiter toutefois à ces considérations, on met aussi de l'avant certains enjeux organisationnels et sociaux, comme la question des coûts d'opportunité, en termes d'utilisation des ressources du système de santé avec l'élargissement de ces dépistages permis par l'introduction de la MS/MS[3] et, potentiellement, dans le futur, le dépistage néonatal par séquençage du génome complet du nouveau-né.

Afin de mettre en lumière ces divers enjeux, nous faisons une étude pilote basée sur dix entrevues semi-structurées auprès de parents à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal. Cette étude nous permettra d'évaluer leurs connaissances et leur degré de consentement quant au dépistage néonatal au Québec ainsi que leurs opinions quant au dépistage par séquençage du génome complet. Ajoutée à notre revue des écrits, cette étude pilote contribuera à mettre en lumière les enjeux du programme de dépistage néonatal en prenant en compte le dépistage dans la nouvelle ère génomique (WGS).

Ainsi, notre présentation permettra de fournir des informations préliminaires aux professionnels de la santé sur les opinions et préférences des parents et également aux chercheurs souhaitant élargir le spectre de cette étude afin de préparer le terrain pour une introduction potentielle et appropriée du dépistage néonatal par WGS.

Tema: Sostenibilità economica e finanziaria in sanità

Presidente: Nicoleta Anca Matei, Institute for Prospective Technological Studies (IPTs), Spagna; Rosita Pretaroli, Università di Macerata, Italia

Investimenti e sistema sanitario della Romania

Andrea Karim El Meligi, M. Ciaschini, N. A. Matei, R. Pretaroli e C. Socci, Italia

La sostenibilità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed il ruolo delle tecnologie di informazione e comunicazione (TIC).

Rosita Pretaroli, Ciaschini Maurizio, Francesca Severini e Socci Claudio, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MACERATA, Italia. francesca.severini@unimc.it

Il contesto di crisi economica nel quale l'Europa si trova ad operare ormai da qualche anno, ha indotto i governi di diversi Paesi europei ad attuare politiche fiscali di tipo restrittivo allo scopo di consolidare e, laddove possibile, ridurre il disavanzo di bilancio. Il taglio nella spesa pubblica ha interessato inevitabilmente anche la quota di spesa pubblica destinata al servizio sanitario, rendendo più difficoltoso il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e la riprogettazione del servizio sanitario verso un modello più efficiente. La rapida evoluzione dei bisogni di servizi sanitari impone infatti, un ampliamento dell'assistenza sanitaria specialmente per quanto riguarda i bisogni degli individui che emergono in età avanzata, oltre ad un miglioramento delle attività connesse all'assistenza primaria. L'adattamento dell'offerta sanitaria a tali esigenze richiede pertanto un allargamento dei servizi previsti dal Ministero della Salute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) oltre ad un potenziamento di quelli esistenti che sia sostenibile dal punto di vista fiscale. Dalle stime OCSE sulla spesa sanitaria europea, risulta che l'incidenza della spesa sanitaria pubblica italiana sul PIL e sul totale della spesa pubblica è in linea con quella dei principali paesi industrializzati, sebbene sensibilmente inferiore alla media europea. Privilegiare la spesa sanitaria, mantenendo la stabilità del bilancio pubblico, potrebbe, infatti, generare effetti positivi non soltanto in termini di assistenza sanitaria ma anche dal punto di vista della crescita economica soprattutto alla luce della considerevole capacità del settore "sanità" di attivare direttamente ed indirettamente altri processi produttivi ed interagire con i settori istituzionali nel processo di generazione del reddito. Accanto all'ampliamento del numero di servizi da includere nei LEA, è in ogni caso indispensabile migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi esistenti. Tale obiettivo può essere perseguito incrementando la spesa per investimenti nelle Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (TIC) applicate al sistema sanitario. A questo proposito due sono le problematiche da affrontare: la prima riguarda la quantificazione dell'assorbimento di TIC nella produzione dei servizi sanitari (pubblici e privati), mentre la seconda concerne la scelta dello strumento di analisi d'impatto più adatto a misurare gli effetti generati nel sistema economico dalle politiche per il settore sanità e TIC. Per quanto riguarda il primo aspetto, la Matrice di Contabilità Sociale (SAM) rappresenta la base dati ideale per descrivere i flussi economici che coinvolgono gruppi socio-economici e, opportunamente disaggregata, consente di identificare tutti i flussi relativi ai servizi sanitari (pubblici e privati) e TIC dal lato della produzione e generazione del reddito. Quanto alla scelta dello strumento di analisi più conveniente, il modello computazionale di equilibrio economico generale (CGE) dinamico calibrato sulla SAM, consente di valutare gli impatti delle politiche economiche per il settore sanitario all'interno della generazione del valore aggiunto, della distribuzione primaria e secondaria del reddito nel lungo medio-periodo.

L'obiettivo di questo lavoro, pertanto, è quello di quantificare l'impatto di una espansione della spesa sanitaria conseguente all'espansione dei LEA sulle principali variabili macroeconomiche e sui settori TIC, considerando l'interazione dei servizi sanitari con gli altri processi di producción e settori istituzionali, come evidenciato dalla SAM per l'Italia per il 2012. Il modello di CGE dinamico calibrato sulla SAM seguendo l'impostazione keynesiana infine, consente di valutare gli impatti della politica sanitaria all'interno del sistema economico considerando la prerogativa del controllo di bilancio.

El impacto de las TIC en los niveles de eficiencia técnica en el sector salud en el periodo 2000–2010: un análisis en dos etapas.

F. Alberto Sánchez Rodríguez, Universidad Autónoma Metropolitana, México. fasrt_4@hotmail.com

El objetivo de la propuesta se centra en dos cuestiones:

La primera es obtener los niveles de eficiencia técnica para los países de la muestra cubriendo el periodo del 2000 – 2010, usando el enfoque del DEA. El segundo objetivo es centrarnos en comprobar si el uso de las TIC y las mHealth presentan una relación positiva en los niveles de eficiencia técnica obtenidos en la primera etapa del trabajo, para tal propósito usamos un enfoque de panel con efectos fijos.

Contexto y descripción del problema:

Hoy en día se ha puesto interés en el uso de las TIC y su relación potencial con los beneficios económicos que trae consigo en el desempeño de los procesos de producción. En la actualidad, entre los especialistas va ganando terreno la idea de que la inversión en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) juega un papel importante en varios aspectos: crecimiento económico, incremento en la eficiencia, mayor productividad, reducción de costos, entre otros beneficios (Pilát, Dirk 2004). Sin embargo, en los análisis empíricos que se han llevado a cabo se encuentran resultados mixtos sin llegar a resultados concluyentes respecto al uso de las TIC y si estas tienen un impacto positivo en los puntos señalados anteriormente. No obstante, los trabajos que se han realizado sobre las tecnologías de la información en el sector salud a nivel agregado han sido escasos, es en el año 2000 aproximadamente donde se han incrementado las investigaciones respecto al uso de las eHealth (las TIC aplicadas al sector salud), ya que su aplicación permite una mayor transparencia, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud (Mariscal, Gil, y Ramírez 2008). Para observar si existe una relación de las TIC con los niveles de eficiencia hemos recurrido a lo propuesto por Micevska (2005). En su trabajo utiliza la variable de suscriptores de telefonía fija como variable aproximada al stock de la infraestructura en telecomunicaciones; tomando en cuenta lo sugerido por Micevska hemos empleado esta idea para observar el impacto de las TIC en la eficiencia. Las mHealth es una rama de las eHealth que ha tomado relevancia en la literatura, ya que promete ser una herramienta fundamental para que los países emergentes tengan una mayor cobertura, así como una atención con mayor calidad, también coadyuva a incrementar la eficiencia y alcanzar a comunidades rurales. Por tal motivo hemos decidido probar su efecto positivo en los niveles de eficiencia técnica obtenidos.

Teoría, métodos, modelos y materiales utilizados:

Se ha seguido el enfoque de la teoría económica el cual señala la importancia de invertir en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), ya que estas ayudan al crecimiento económico, crecimiento en la Productividad Total de los Factores (PTF), mejoras en la eficiencia e incremento de la productividad laboral, entre otras. En los trabajos presentados por la OMS (2005, 2011) se plantea que el uso de las eHealth/mHealth traerán beneficios en los sistemas de salud de los países, como por ejemplo: reducción de los costos, mayor calidad en los servicios, incremento en la eficiencia, eficacia de los resultados, entre otros aspectos.

Se utilizaron dos métodos en nuestro trabajo: el primero es el enfoque no paramétrico del DEA que utiliza la programación lineal la cual nos permitirá obtener los niveles de eficiencia técnica relativa y la frontera tecnológica para los países de la muestra. En esta parte de la investigación se usó como producto las siguientes variables: número de altas, días promedio de estancia; y esperanza de vida; los insumos empleados fueron: número de médicos; número de enfermeras y parteras; y número de camas. En la segunda etapa, se recurre a una regresión econométrica utilizando un enfoque de panel con efectos fijos para observar si el uso de las TIC y la aplicación de mHealth muestran una relación positiva en la eficiencia. Como variable dependiente en ambos modelos son los niveles de eficiencia que se obtuvieron en la primera etapa, las variables explicativas son; en el primer modelo, número de suscriptores de telefonía fija; y para el segundo modelo es el número de suscriptores de telefonía móvil.

Los resultados que se obtuvieron son los siguientes:

Se encuentra evidencia que solo cuatro países: Suiza, Hungría, Turquía e Israel fueron eficientes para el periodo analizado, mientras que los seis países restantes: Bélgica, Francia, Italia, México, España y Corea presentan ineficiencias, las cuales son causadas por una mala asignación de los recursos o por problemas de escala. La evolución promedio de los niveles de eficiencia técnica presenta una clara tendencia a disminuir del año 2000 al 2006, del año 2007 al 2010 se observa un estancamiento en la eficiencia promedio.

En la segunda etapa de la investigación se empleó una metodología de panel para probar la relación positiva que existe entre el uso de las TIC y las mHealth en los niveles de eficiencia técnica. La evidencia señala que existe una relación positiva en el uso de las TIC en los niveles de eficiencia en el periodo analizado; mientras que en nuestro segundo modelo se encuentra evidencia en contra de que las mHealth exhiban una correlación positiva en el incremento de la eficiencia.

Con los resultados obtenidos surgen las siguientes preguntas: ¿Por qué las mHealth no muestran una relación positiva en los niveles de eficiencia, tal como se ha mencionado en los trabajos de la OMS? ¿Las mHealth solo tienen un impacto en la atención primaria a la salud? ¿El uso de las TIC mejora los niveles de eficiencia técnica, pero que ocurre con el trade-off en la calidad?

Algunos temas que nos gustaría retomar en la sesión son: medición de las TIC en el sector salud; medición de la eficiencia; barreras de las TIC en los sistemas de salud de los países emergentes; y el alcance que tienen las eHealth y mHealth.

Sobre la evaluación financiera del impacto ambiental de las tecnologías sanitarias en el sector público.

Liliana Elisa Cueto Aguiar, Universidad Panamericana, México. lcueto@up.edu.mx

El objetivo de esta investigación, es sentar las bases para una metodología, que permita evaluar la factibilidad desde el punto de vista económico-financiero, de los proyectos de inversión hospitalarios para el sector público, considerando por un lado, la secuencia de pasos y procedimientos para la evaluación y por otro, la medición del impacto ambiental de las tecnologías sanitarias, como expresión del grado en que los hospitales públicos seleccionan e incorporan mejores prácticas para reducir riesgos ambientales, manteniendo la calidad del cuidado del paciente, al mismo tiempo que reducen sus costos operativos.

Actualmente las instituciones públicas de salud realizan los análisis de costo beneficio, incorporando algunas otras variables, como análisis de oferta, demanda, sensibilidad, indicadores de rentabilidad y externalidades, así como un análisis de factibilidad ambiental, para determinar que un programa o proyecto cumpla con la normatividad aplicable en materia ambiental. Sin embargo, no existe una guía metodológica detallada, que oriente a los encargados de realizar la evaluación económica financiera de proyectos hospitalarios, para cumplimentar los análisis mencionados.

Por otro lado, existen indicadores globales de sustentabilidad, así como información que proporcionan la instituciones hospitalarias, sobre cumplimiento de normativa ambiental, pero la idea final de este trabajo es realizar la evaluación de tecnologías sanitarias de manera integral, detallando los pasos a seguir e incorporando dentro de los criterios decisorios, la medida del grado de sustentabilidad de los proyectos, en relación a cómo la tecnología impacta en el campo sanitario, no sólo en el estado de salud de los pacientes, sino en el de los trabajadores del hospital, de los familiares y cuidadores, de la población cercana y de la comunidad global.

Las áreas para la medición del impacto de los proyectos en el ambiente, son arquitectura y diseño, a través de los hospitales verdes, la administración del agua, energía, residuos y control de emisiones, el manejo de la información, difusión de políticas y regulaciones ambientales, las políticas de compras sustentables y la capacitación para la salud ambiental. En todas ellas se propondrían indicadores específicos, para medir en términos de rentabilidad, el impacto ambiental.

En este trabajo se presentan los resultados de una primera fase de la investigación, lograda a través de una revisión bibliográfica sobre literatura relacionada con desarrollo sustentable, metodologías para evaluación socio económica financiera de proyectos hospitalarios, realizando un análisis de los indicadores actuales que se usan para este fin.

Se establecen las bases que servirían para la elaboración de una guía metodológica, con vistas a la evaluación integral de los proyectos de inversión hospitalarios, la cual presenta ventajas en relación a los actuales procedimientos, lineamientos y metodologías, dadas por sus procedimientos detallados y por la determinación de indicadores financieros a nivel de hospitales públicos, que permitan medir el impacto de las tecnologías sanitarias en la salud ambiental.

Uno de los puntos a discutir sobre este trabajo, podría ser qué posibles unidades de medida se usarían en los indicadores financieros del impacto ambiental de tecnologías sanitarias, a nivel hospitalario. Otro

aspetto rilevante para discusión, sería el uso de una guía metodológica como herramienta orientadora para la evaluación económica financiera de tecnologías sanitarias.

La spesa sanitaria: una opportunità economica? Il caso degli USA

Rosita Pretaroli, Italia

17:45 - 19:30 Assemblea Generale di ALASS – Aula Magna

21:00 – 23:00 Cena di Gala ***



*** Cena di Gala riservata a coloro che hanno dato adesione nel modulo di iscrizione.

Sabato, 5 settembre

Orario: 08:30 - 09:00 Accoglienza dei partecipanti

Orario: 09:00 - 12:30

Sessione Poster III • Zona C

44. Residência multiprofissional em saúde no Brasil: proposta de educação permanente para o fortalecimento do SUS.

Marta Regina Farinelli, Rosane A. de Sousa Martins, Rosana Freitas Arantes, Ana Jecely Alves P. Lima e Priscila Maitara Avelino Ribeiro, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. martafarinelli@gmail.com

Ressumo:

O presente trabalho apresenta considerações dos Programas de Residência Multiprofissional no Brasil e sua proposta de educação permanente para o fortalecimento do SUS. O objetivo é compreender como se efetiva a implantação destes programas, bem como a educação permanente como processo educativo, além de identificar a relevância das tecnologias leves no processo de formação profissional. Utilizou-se revisão de literatura, pesquisa documental e estudo de caso. Destarte, os Programas de Residências Multiprofissionais destacam enquanto política pública de formação para o SUS que necessita ser debatida e fortalecida para que atenda seu real papel.

Riassunto:

Il seguente lavoro presenta le considerazioni dei programmi di residenza multiprofessionale in Brasile e la sua proposta di educazione permanente per il rafforzamento del SUS. L'obbiettivo é comprendere come si effettua l'impianto di questi programmi,cosí come l'educazione permanente come processo educativo,oltre che identificare la rilevanza delle tecnologie lievi nel processo di formazione professionale. Utilizzando la revisione dell'alfabetizzazione ,la ricerca documentata e lo studio del caso. Quindi i programmi delle residenze multiprofessionali distaccano quanto la politica pubblica di formazione per il rafforzamento del SUS necessita essere discussa e rafforzata affinché serva al suo reale scopo.

45. Etude de cas sur la configuration et le fonctionnement d'une unité d'évaluation des technologies de santé et son rôle sur la pertinence des technologies de santé en milieux hospitalier.

Chloé Dupouy e Marie-Pierre Gagnon, Québec

46. O uso de tecnologias de geoprocessamento na gestão da saúde: territorialização da Atenção Básica.

Jeane Kelly Silva Santos, Rafael de Castro Catão, Luíza de Marilac Meireles Barbosa, Fabiana Maria Bezerra Barbosa, Taináh Mota e Silva- Silva e Patrícia Maria Fonseca Escalda, Universidade de Brasília, Brasil. escalda@unb.br

Introdução:

Uma das ferramentas tecnológicas que auxilia o processo de visualização das informações de saúde é a técnica de geoprocessamento, que consiste em um conjunto de tecnologias de coleta, tratamento e desenvolvimento das informações espaciais. A concepção de território tem diferentes significados e aplicações, sendo que no campo da saúde, o território é entendido como um elemento de síntese de indicadores epidemiológicos, ambientais e sociais que possibilitam identificar a situação de saúde dos grupos populacionais delimitados na área de abrangência e atuação das Equipes Estratégia Saúde da Família. A análise dos problemas de saúde reconhecidos no território permite avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população. Assim, a territorialização representa um importante instrumento na organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, com ações implementadas em uma área delimitada previamente.

Objetivos:

Identificar e mapear as gestantes residentes nas micro-áreas de atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família.

Metodologia:

O estudo foi realizado no período de janeiro a outubro de 2014, no Setor Habitacional Sol Nascente que constitui um setor da região administrativa de Ceilândia-DF. Este setor que está em fase de regularização fundiária, de acordo com o censo populacional de 2010, abrangia uma população de 56.226 habitantes, e é considerado uma das áreas de maior vulnerabilidade em contínua expansão. O território que foi pesquisado nesse Setor corresponde à área de atuação de duas equipes Estratégia Saúde da Família de duas Unidades Básicas de Saúde da Regional de Saúde de Ceilândia. O georreferenciamento foi elaborado com receptores GPS Garmin Etrex Vista H 2.8 (Global Position System), em que foram coletadas as coordenadas em formato UTM (datum WGS84 fuso 23), armazenadas no GPS e transcritas para uma planilha de Excel estruturada. As informações capturadas e transcritas para a planilha foram: as coordenadas dos pontos coletados de todas as residências das áreas de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família no ano de 2014; os endereços das residências; a localização das duas Unidades Básicas de Saúde estudadas; o código da equipe da ESF; o nome do enfermeiro coordenador da equipe da ESF; o nome do Agente Comunitário de Saúde – ACS e os dados relacionados a gestantes. Posteriormente, os dados da planilha foram espacializados com base nas coordenadas coletadas em um ambiente georreferenciado dentro de um software de Sistema de Informação Geográfica (SIG). O software utilizado foi o ArcGIS 10.1. Com base nessas coordenadas, criou-se uma camada vetorial de informação, que permite consultar, modificar e fazer operações entre outras camadas de informação, como setores censitários, bases cartográficas de hidrografia, entre outros. No caso do presente estudo foram utilizadas as informações sobre as micro-áreas de atuação dos ACS e a distribuição das gestantes residentes nessas áreas. Dessa forma entende-se que o georreferenciamento é uma tecnologia que organiza os dados espaciais e produz mapas temáticos e contribui para uma melhor visualização das dificuldades no processo de saúde e doença dos grupos populacionais.

Resultados e discussão:

Como resultado foi produzido mapa temático para a visualização da distribuição das gestantes nos territórios de atuação dos ACS. A espacialização foi feita com um total de 199 gestantes distribuídas nas áreas das equipes de ESF no período de estudo.

Considerações finais:

Entende-se que o georreferenciamento é uma tecnologia que organiza os dados espaciais, produz mapas temáticos e contribui para uma melhor visualização das dificuldades no processo de saúde e doença dos grupos populacionais. Por meio desse estudo, foi possível elaborar o mapeamento das gestantes residentes nas áreas de atuação das ESF. Essa possibilidade de uso do geoprocessamento pode auxiliar no monitoramento das gestantes em relação ao acompanhamento do pré-natal na unidade básica de saúde, assim como o mapeamento das áreas de atuação das ESF.

47. Controllo centralizzato di Temperatura ed Anidride Carbonica per garantire i processi di conservazione di materiale biologico.

Marco De Marco, Mariano Martucci e Stefania Maggi, Azienda Ospedali Riuniti "Umberto I – G.M. Lancisi – G. Salesi, Italia. marco.demarco@ospedaliiriuniti.marche.it

Obiettivo:

Nell'ambito della pratica clinica ospedaliera numerose attività e procedure diagnostiche richiedono di essere svolte in un ambiente microclimatico controllato, ben definito e costante nel tempo. Una piccola variazione di alcuni parametri fisici come temperatura, umidità o concentrazione di anidride carbonica, può portare ad un rallentamento dell'esecuzione del test diagnostico ed anche ad una perdita del campione stesso che in alcuni casi risulta essere unico e non ripetibile.

Con questi presupposti e all'interno di un percorso più ampio di gestione della qualità è stato realizzato un sistema centralizzato di controllo e verifica dell'andamento temporale di tali parametri fisici con il duplice scopo di eliminare le possibili cause di prestazioni insoddisfacenti e di conseguire una maggiore efficienza economica.

Materiale e metodi:

Il progetto è stato realizzato presso l'AOU Ospedali Riuniti di Ancona; nella sua fase iniziale sono state selezionate alcune unità operative individuate secondo i seguenti criteri:

- Importanza del controllo della processo produttivo eseguito in ambiente microclimatico costante;
- Criticità della conservazione del campione in un microclima stabile a causa della sua univocità;
- Riduzione dell'impatto economico in seguito a malfunzionamenti o processi conservativi ed operativi non corretti;
- Riduzione dei tempi morti in seguito a malfunzionamento.

Nella seguente tabella sono riepilogate le tipologie delle apparecchiature sottoposte a monitoraggio (attualmente circa 50), il parametro fisico oggetto di controllo e l'obiettivo di miglioramento prefisso dal progetto.

Tipologia
apparecchiatura

Campione

Parametro fisico

Obiettivo previsto

Frigorifero – Cella frigorifera Temperatura +4°C	Farmaci – Tessuti biologici Riduzione dei costi in		seguito alla conservazione del materiale ad una temperatura non idonea
Criocongelatore conservazione di campioni unici	Campioni vari	Temperatura -80°C	Corretta
Dewar Azoto liquido della corretta	Cellule staminali	Temperatura -160°C	Assicurazione conservazione delle cellule staminali
Frigorifero Latte conservazione – campione unico	Latte materno	Temperatura +4°C	Corretta
Incubatore	Terreni colturali	Anidride carbonica	Riduzione tempi dell'esecuzione e test diagnostico (crescita del campione)

Tabella 1: Riepilogo della tipologia di apparecchiature, dei parametri oggetto del controllo e degli obiettivi di miglioramento previsto dall'implementazione del sistema di controllo centralizzato

Il campionamento dei parametri è stato realizzato installando in ciascuna apparecchiatura un sistema di monitoraggio aggiuntivo rispetto a quello già presente; il segnale è stato quindi centralizzato tramite ripetitore WiFi su un server aziendale.

Le sonde utilizzate per misurare la temperatura sono delle termocoppie modello PT100 con intervallo di misura da -200 a +250°C, errore $\pm 2\%$, mentre la CO₂ è misurata con sonde con campionamento all'infrarosso intervallo di misura da 0 a 2000ppm, errore $\pm 3\%$.

I rivelatori utilizzati sono forniti di certificato di calibrazione rilasciato dall'Ente italiano di accreditamento Accredia e tracciabili secondo standard internazionale.

Risultati:

Attualmente il sistema consente la centralizzazione, il controllo e la memorizzazione del segnale proveniente da 49 apparecchiature localizzate in 10 differenti unità operative dell'Azienda Ospedaliera.

A causa dell'eterogeneità delle apparecchiature sottoposte a monitoraggio la periodicità del campionamento e l'intervallo di funzionamento ottimale sono stati impostati di comune accordo con i differenti utilizzatori i quali, tramite collegamento al server centralizzato, possono verificare il corretto funzionamento delle apparecchiature afferenti esclusivamente alla propria unità operativa. Inoltre possono eseguire degli studi funzionali, elaborare statistiche e reportistica personalizzata.

In caso di evento anomalo causato dal superamento dell'intervallo di corretto funzionamento impostato o da un guasto di natura tecnica il sistema inoltra un messaggio di posta elettronica ad un indirizzo prestabilito. Dopo i primi trenta giorni di entrata in servizio del sistema sono stati già

individuati due casi di malfunzionamento: l'analisi dell'andamento temporale della temperatura ha permesso di riscontrare la non corretta calibrazione del registratore grafico della temperatura di un congelatore e, in un altro caso, il cattivo funzionamento del compressore.

Conclusioni

Il controllo della qualità secondo la recente norma ISO 9000 è un'attività complessa che prevede delle tecniche a carattere operativo volte a tenere sotto controllo un processo e ad eliminare le possibili cause di prestazioni insoddisfacenti. Il sistema di controllo centralizzato descritto in questo lavoro va proprio in questa direzione fornendo all'utilizzatore un riscontro immediato sulla correttezza delle procedure che sta attuando inoltre, proprio grazie all'utilizzo di sonde calibrate e certificate, fornisce una attestazione del corretto funzionamento nel tempo dello specifico dispositivo medico. L'outcome dell'implementazione di questi sistemi rimane comunque legata ad una efficiente organizzazione della struttura.

48. Geolocalizzazione di apparecchiature elettromedicali per il miglioramento dell'efficienza e sicurezza nelle aree critiche.

Mariano Martucci, Marco De Marco e Stefania Maggi, Italia

49. La vente en ligne des tests génétiques, une offre prématurée?

Guillaume Monziols, Université de Montpellier, Italia. guillaume.monziols@hotmail.fr

Objectifs de la recherche : Promouvoir un bon usage des tests génétiques

L'impact positif des tests génétiques dans la maîtrise des dépenses de santé est présenté comme indéniable. En 2060, environ 153 millions de citoyens européens devraient être âgés d'au moins 65 ans, soit quasiment le double qu'en 2010.¹ Or, le vieillissement de la population est synonyme d'une prévalence croissante des affections chroniques telles que les cancers, les maladies cardio-vasculaires. La recherche précoce d'une prédisposition génétique peut favoriser une responsabilisation des patients et la promotion d'un mode de vie sain tendant à freiner l'incidence et réduire la prévalence de ces pathologies.

Les tests génétiques sont aujourd'hui régis par la directive 98/79/CE relative dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV), laquelle apparaît comme dépassée. Elle devrait être abrogée et remplacée par un règlement européen en cours d'adoption visant la mise sur le marché de DMDIV de qualité, sûrs et performants.²

Porteur, le marché des tests génétiques se développe notamment via la vente en ligne possible dans certains Etats membres alors que d'autres préfèrent un accès restreint à cette technologie. Leur utilisation optimale ne se réduit pas à leur qualité, leur sécurité ou à leurs performances analytiques et cliniques. La promotion du bon usage des tests d'ADN suppose un accès encadré par des professionnels de santé formés. L'information qu'ils sont en mesure de donner aux patients permet l'expression du consentement libre et éclairé à l'examen des caractéristiques génétiques. A priori, cela paraît possible sur la toile, pourtant...

Considérant que les tests génétiques qui connaissent un succès en ligne sont ceux de susceptibilité visant à évaluer le risque de développer une maladie multifactorielle qui apparaît sous l'effet conjugué de plusieurs gènes, de facteurs environnementaux et de l'interaction entre les deux. Ces tests présentent une validité clinique souvent critiquable ; Considérant la banalisation des tests génétiques induit par l'e-commerce, les problèmes éthiques et juridiques qu'ils supposent, le manque d'harmonisation de la réglementation dans l'accès à cette technologie, l'expérience de la web-pharmacie associée à l'explosion de la contrefaçon et au contrôle difficile du marché virtuel des médicaments ;

Considérant le risque de détournement des législations nationales notamment par la vente en ligne de diagnostics prénataux non invasifs permettant d'analyser l'ADN foetal contenu dans le sang maternel ;

L'offre en ligne des tests génétiques n'est-elle pas encore prématurée ?

50. O Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e sua interlocução com o material didático impresso.

Maria Aparecida Dias, Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Renata Fonseca de Sousa de Oliveira e Cintya Larissa Leite Dantas, Brasil

51. Vantagens e limitações da EaD.

Janete Lima de Castro, Rosana Lúcia Alves de Vilar, Dyego Leandro Bezerra de Souza, Maria Aparecida Dias, Josenildo Borges Ferreira, Regina Helena Rocha da Cruz e Nathalia Hanany Silva de Oliveira, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. janetecastro.ufrn@gmail.com

Objetivos:

Compreender as vantagens e limitações da educação a distância, segundo a percepção dos tutores.

O contexto e a descrição do problema:

De acordo com Peters (2003), nas duas últimas décadas, a educação a distância - EAD tem crescido gradativamente. Tal interesse é demonstrado em virtude do avanço das novas tecnologias, sobretudo, oriundas de espaços virtuais da internet. Moran (2002) diz que as práticas educativas estão cada vez mais, combinando cursos virtuais com presenciais. Para Guarezi e Matos (2009), a Educação a Distância é uma modalidade de ensino que cada vez mais está se destacando no cenário atual, principalmente porque se adapta à diferentes realidades dos alunos que procuram formação mediante este meio. Mesmo com este cenário favorável, o questionamento se a Educação a distância é eficaz em termos de aprendizagem costuma ser levantado em debates sobre o tema. A esse respeito Miriam Struchiner diz que se a Educação, que coloca o aluno no centro do processo educativo, como sujeito da educação e construtor de seu próprio conhecimento, que assume a responsabilidade e incorpora ferramentas e abordagens de busca e análise crítica do conhecimento que o permite continuar aprendendo ao longo de sua vida, é uma educação eficaz de "verdade", esta premissa também serve para a EaD. Todavia, sabe-se que há limitações em todo processo de ensino e aprendizagem, assim como há vantagens. Nesse sentido, pergunta-se quais são as limitações e vantagens do uso da EaD? o que pensa seus tutores sobre este tema?

As teorias, os métodos, os modelos e os materiais utilizados:

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. A coleta de informação foi realizada por meio de grupo focal com tutores do curso de especialização em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Os resultados e discussão:

Os resultados confirmam que há muitos aspectos positivos no uso da EaD. Todavia, alguns são mais ressaltados, como por exemplo a possibilidade de ter acesso aos processos educacionais, isto é a possibilidade de oferecer formação de qualidade sem barreiras de espaço e tempo a profissionais/trabalhadores que não podem deixar seus espaços de trabalho para completarem seus estudos. O segundo aspecto destacado no grupo focal discute que a EaD oferece a possibilidade de integração e contextualização dos conhecimentos novos ao processo onde serão aplicados, considerando que o estudante realiza o curso sem se afastar do seu ambiente de trabalho. O terceiro, refere-se flexibilidade de tempo para realização das atividades, tanto por parte do aluno como por parte do tutor. O quarto diz respeito ao desenvolvimento de característica como disciplina e autonomia na resolução de problemas e buscas de informação. Nessa perspectiva, Castro *et al* (2013) defende que a Educação a Distância tem potencial de ampliar, cada vez mais, a inclusão educacional. Todavia, o foco não deve ser apenas ofertar cursos e ampliar a abrangência de cada curso, mas sim, propiciar aos alunos uma aprendizagem que tenha como característica a autonomia e a interatividade. Também foram destacadas algumas limitações que dizem respeito, principalmente, à dificuldade de conectividade, escassez de tempo do aluno e do tutor e o pouco conhecimento de ambos em relação à EaD. Os tutores consideram que a principal limitação da EaD ainda é a visão prevalente do processo de ensino aprendizagem como transmissão de conhecimento e o papel do professor no centro do processo

As contribuições e o interesse da comunicação em relação ao estado da arte ou às práticas atuais:

Belloni (2012), diz que a Educação a Distância surge como caminho incontornável, como uma nova solução de melhoria da qualidade do ensino no sentido de adequá-lo ao século XXI. Nesse sentido, refletir sobre as limitações e vantagens de seu uso, à luz do olhar de quem conduz o processo educacional aprendizagem tem o propósito de contribuir para que a EaD possa ser explorada com todo o seu potencial.

52. Percepción de los principios éticos y legales en la práctica médica por los profesionales de la salud. Zona Metropolitana de Guadalajara. México. 2014.

Enriqueta Gpe. Cambero González, Salvador Chávez Ramírez, Juan Carlos Macías Hernández, Alexis Chávez Díaz, Erika K. Ortega Larios, México. ecamberoglez@yahoo.com.mx

Objetivo:

Determinar la percepción del personal de salud acerca de los principios éticos y legales de la práctica médica y su relación en la calidad y seguridad de los pacientes durante su atención.

Contexto:

La definición de la calidad de atención médica donde se parte en este estudio es, "Otorgar atención al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos y legales de la práctica médica, que permita satisfacer las necesidades de salud y sus expectativas de atención"; la cual identifica los principios éticos y legales como elementos indispensables para brindar una asistencia sanitaria de calidad y clínicamente segura.

Para ello, se estableció como marco de referenciala "Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos", donde se seleccionaron los **8** principios éticos y legales de la práctica médica: **Beneficencia, Equidad, Autonomía, Confidencialidad, Respeto a la dignidad del paciente, Solidaridad, Honestidad y Justicia**, a estudiar.

Descripción del problema:

Existen numerosas quejas por trato carente de amabilidad y cortesía de algún trabajador de la salud; problemas administrativos, y falta de respeto a la ética y a la seguridad del paciente, cuestión que repercute en la calidad de la atención.

Material y Método:

Para operacionalizar la percepción, se elaboró un instrumento metodológico que fue validado por un grupo de expertos que incluyó al propio autor de "los principios éticos y legales de la práctica médica", HG, Aguirre-Gas.

Esta herramienta consistió en un *Cuestionario con un total de 37 reactivos*, ponderando las respuestas en base al modelo *Escala de Likert*. Se evaluaron factores de estructura, proceso y resultados, que intervienen en el problema de la deficiente aplicación de los principios éticos y legales en la práctica clínica. El puntaje fue de 1 a 5, sin embargo las respuestas del profesional dependieron de la pregunta en sí, que identificó si se tiene o no mayor apego a los principios éticos y legales, que se clasificaron de acuerdo a los resultados como fortaleza u oportunidad de mejora. Participaron 30 médicos de hospitales públicos y privados del sistema hospitalario de la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG).

Resultados:

Se realizó la prueba del coeficiente de Alfa de Cronbach para determinar la validez del instrumento, dando como resultado 0,832, que conforme a las recomendaciones de interpretación de George y Mallery, tiene una validez de buena a excelente.

El instrumento permitió conocer la percepción del personal de salud en los aspectos éticos y legales en la práctica médica. En su mayoría las dimensiones cumplieron con la categoría de fortaleza, pero se identificaron áreas de oportunidad en el principio de Beneficencia, Equidad, Autonomía, Solidaridad y Honestidad.

Discusión:

De acuerdo a Pedro Saturno, un instrumento debe ser considerado como un producto cuyo diseño no está terminado sin comprobar previamente que se comporta tal como estaba previsto. Se pudo construir un cuestionario confiable y válido, sin embargo, se debe valorar aún más, sobre todo al referirse a la medición de los principios éticos y legales de la práctica médica.

Conclusiones:

A pesar de que Aguirre-Gas, considera a los 8 principios descritos, como de carácter eminentemente ético, es indudable por una parte, que su definición incluye muchos aspectos de orden legal, además de la visión o percepción de cada profesional de la salud, que puede ser no solo diferente por su perfil profesional, sino por tipo de práctica y experiencia en la misma. Por esto es necesario buscar su homogenización, que permita la comprensión, formación y actualización de los mismos para lograr una mejor y segura práctica profesional para la salud.

53. A utilização de tecnologias para o planejamento e execução de estudos com coleta de dados primários - Um relato de caso de pesquisas no Brasil.

Davillyn Santos Oliveira dos Anjos, Iracema Viterbo Silva, Isabela Cardoso de Matos Pinto e Juliana Leal Ribeiro Cantalino, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Brasil. davillynanjos@gmail.com

As pesquisas de campo compõe uma das partes de um experimento científico, na qual o grupo de pesquisadores se debruça em busca de obter uma leitura da realidade visitando o local onde o fenômeno estudado ocorre naturalmente. Essa etapa da investigação engloba a coleta e registro de dados contendo informações relativas ao objeto de estudo. As pesquisas de campo se diferenciam de trabalhos realizados em laboratórios, visto que, durante o processo nem todas as variáveis podem ser controladas, fazendo com que o maior desafio seja o desenho da logística da pesquisa. Dessa forma, o trabalho de campo responde as peculiaridades metodológicas da área ou subárea científica em que se enquadram os estudos.

A atividade de coordenação de projetos com coleta de dados primários está centralizada no estabelecimento da capacidade de direção, realizando a construção de espaços de poder compartilhado, nos quais é possível analisar os problemas e tomar as decisões com a equipe técnica. Essa forma de condução alinhada à inovação tecnológica e logística se torna algo fundamental para o êxito de projetos que apresentam amostras com muitos entrevistados.

O objetivo desse trabalho é discutir sobre as estratégias e equipamentos utilizados para o planejamento e execução do trabalho de coleta de dados primários e os seus benefícios relacionados à tríade custo/tempo/confiabilidade. Foi tomado como objeto de análise o desenho logístico de dois projetos concretizados no Brasil: “**Avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) no estado da Bahia**”, o qual envolveu cerca de 20 mil entrevistados em 409 municípios no Estado da Bahia e o projeto de “**Avaliação do perfil dos agentes comunitários de saúde no processo de consolidação da atenção primária à saúde no Brasil**” que teve mais de 5 mil entrevistas distribuídas nas cinco regiões do Brasil.

No desenvolvimento da proposta para a realização da coleta de dados nesses projetos foi executado a conversão dos instrumentos em um aplicativo específico instalado em *tablet's* com o sistema *Android*. A utilização dessa tecnologia para a coleta de dados trouxe por benefício a quebra da barreira geográfica entre o momento da coleta de dados e a análise, visto que o envio das informações ocorreu imediatamente após a coleta através da conexão a internet. Além do encurtamento do tempo de digitação dos dados para análise, a consistência das respostas era verificada pelo aplicativo enquanto o entrevistador preenchia o formulário eletrônico. Com o uso dessa tecnologia os custos para execução do projeto diminuiu mais de 20%. Ao que se refere à operacionalização do desenho logístico para melhor aplicar os recursos humanos, físicos e financeiros foi construído um organograma com a estruturação dos atores e instâncias envolvidas, definindo as atribuições e aprimorando o dimensionamento da equipe.

O referencial teórico para realização desse planejamento se deu pela adaptação do conceito de “universo mal definido” construído por Carlos Matus, o qual argumenta que é difícil enumerar todas as possibilidades de uma situação, contudo, existem diversos percursos metodológicos para diminuir as incertezas para realizar a tomada de decisão. Com o desenvolvimento de novas tecnologias e métodos científicos, surgem novos caminhos para a operacionalização de pesquisas com coletas de dados em grandes territórios. No entanto, precisamos atentar que nenhum desses movimentos é capaz de substituir a criatividade e ousadia do pesquisador em desafiar os princípios da certeza em busca de resultados inovadores para a pesquisa científica.

54. Novos modos de organização tecnológica e práticas em saúde: o desafio sistema único de saúde no atendimento as necessidades individuais e coletivas.

Maria Cristina de Camargo Fonseca e Ednir Assis Souza, Brasil

55. Protocolo de Estudio anatomopatológico del ganglio centinela en el cáncer de mama sin metástasis.

Giorgio Bettarelli, Tommasina Biscotti, Alessia Magrini, Massimo Gambella e Alfredo Santinelli, Facoltà di Medicina e Chirurgia- Università Politecnica delle Marche, Italia. g.bettarelli@univpm.it

Introducción:

El cáncer de mama es el cáncer más diagnosticado en las mujeres en los países económicamente avanzados, en los que alrededor de un tumor maligno cada tres (29%) es un cáncer de mama. La estadificación del cáncer de mama se realiza por el sistema de "TNM", que tiene en cuenta el tamaño del tumor (T), la presencia y la extensión de la metástasis en los ganglios linfáticos regionales (N) y la presencia de cualquier metástasis distante (M). El estado de los ganglios linfáticos es un factor pronóstico importante y está directamente relacionado con el tamaño del tumor. Sin embargo, los datos en la literatura, nos indican que incluso las mujeres que no tienen metástasis en los ganglios linfáticos pueden mostrar los efectos de la enfermedad, aunque en menor medida. En los precedentes años, el abordaje quirúrgico para la determinación del estado de los ganglios linfáticos ha sido particularmente agresivo, que consiste en el vaciado de la axila. Durante los últimos 20 años se ha propuesto como una técnica alternativa, la disección y estudio del ganglio centinela. El ganglio centinela es el primer ganglio linfático que drena la linfa de la zona del tumor; De hecho, el estado de este ganglio puede predecir el estado de otros ganglios linfáticos regionales, obteniendo así una capacidad predictiva negativa del 98-99%. Existen diferentes métodos de estudio anatomopatológico del ganglio centinela, pero los que proporciona los mejores resultados, en términos de valor predictivo negativo, es el estudio de los ganglios linfáticos en su totalidad. Entre ellos, los más utilizados son: 1) Protocolo de estudio elaborado en 2003 por el Instituto Europeo de Oncología (IEO), en Milán; 2) Protocolo de estudio elaborado por el grupo italiano de Patología Mamaria (GIPAM) y aprobado por la Sociedad Italiana de Anatomía Patológica y Citología Diagnóstico (SIAPEC-IAP) en 2013. En la SOD de Patología del Hospital Universitario "Ospedali Riuniti Ancona", que utilizó el primer estudio del ganglio centinela hasta abril de 2014; actualmente usando el segundo método. El objetivo de este estudio es comparar los dos protocolos de estudio anatomopatológico en términos de eficacia clínica- diagnóstica, y en términos de impacto económico.

Materiales y métodos:

Entre junio y noviembre de 2013, una vez estudiado (primer protocolo) 162 ganglios centinelas relativos a 107 pacientes, con una media de 1,51 ganglios centinela por paciente; en el mismo periodo de 2014, se estudiaron (segundo protocolo) 194 linfáticos centinela en relación con 128 pacientes, con una media de 1,52 ganglios centinela por paciente. Para el análisis de los costos de la mano de obra, el factor tiempo del médico se consideró equivalente en los dos protocolos, por lo que, al ser un análisis comparativo entre los dos protocolos y no un análisis de los costos absolutos, el costo de la misma resultó irrelevante. Para evaluar el costo de los trabajos técnicos, se determinó el tiempo medio de ejecución de los diferentes "pasos" para los dos protocolos técnicos, tras entrevista a cinco expertos técnicos pero con diferente experiencia laboral; también se consideró una remuneración bruta por hora de trabajo técnico, de 16 euros. Para el análisis de los costos de los suministros, se tuvo en cuenta sólo la relacionada con la inmunohistoquímica, teniendo en cuenta un cargo de 4 euros por preparados de inmunohistoquímica; no se evaluó el costo de la parafina y hematoxilina-eosina porque se considera equivalente en los dos protocolos.

Resultados:

En 2013, de 162 ganglios linfáticos examinados 130 (80,2%) fueron negativos por metástasis (N0), 10 (6,2%) sede de la ITC (N0 (i +)), 16 (9,9%) sede de micrometástasis (N1mi) y 6 sede de macrometástasis (3,7%) de (N1). En el año 2014 los 194 ganglios linfáticos examinados 159 (82%) eran N0, 2 (1%) N0 (i +), 16 (8,2%) N1mi y 17 (8,8%) N1. Al comparar los resultados obtenidos con los dos métodos, considerando el estado del ganglio centinela como N0, N0 (i +), N1mi, N1, habían diferencias estadísticamente significativa ($p = 0,019$). En particular, entre los dos métodos, no parece que haya una diferencia estadísticamente significativa en el resalte de cualquiera de ganglios negativos frente a los positivos (independientemente del tipo de positividad) ($p = 0,95$), ni en el porcentaje de encontrar ganglios linfáticos micrometastáticos ($p = 0$

, 75); Había, sin embargo, diferencias estadísticamente significativas tanto en el resalte de ITC (p = 0,013), tanto en la evidencia de macrometástasis (p = 0,036). En el año 2013, teniendo en cuenta tanto el coste de los trabajos técnicos, es que para los consumibles, para cada paciente fue necesario un coste medio de unos 185 euros (13,3 para el trabajo técnico y 171,7 euros para el consumibles). En el año 2014, teniendo en cuenta tanto los gastos del trabajo técnico, que el material de consumo, para cada paciente se requiere un gasto medio de unos 29,4 euros (10,9 para el trabajo técnico y € 18,5 para el material).

Conclusiones:

El GIPAM protocolo / SIAPEC-IAP, que todavía se utiliza en la SOD de Patología del Hospital Universitario "Ospedali riuniti Ancona", es un método preciso: porque evidencia todas las situaciones de positividad de los ganglios linfáticos (micrometástasis y macrometástasis), con pérdida de algunos casos de ITC, cuya eficacia se considera ahora innecesaria; Económico: porque el ahorro por paciente resulto ser de unos 155 euros.

56. La gestione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti: il portale open data per il monitoraggio dei costi delle prestazioni sanitarie nelle RSA.

Sandro Tumini e Barbara Kulaga, Italia

57. Las políticas sanitarias nacionales y la influencia de usos y costumbres sobre la salud reproductiva de población originaria.

Georgina Contreras Landgrave, Carlos Anaya Hernández, Silvia Cristina Manzur Quiroga e Oscar Donovan Casas Patiño, UAEM, México. gcontrerasl@uaemex.mx

Objetivo:

Identificar la influencia de usos y costumbres en la salud reproductiva de población originaria.

Contexto:

La Organización Mundial de la Salud en 1994 definió la salud reproductiva. En la actualidad en México existe su atención desde el Programa Sectorial de Salud contenido en el Plan Nacional de Salud 2013 – 2018. Estos documentos se emitieron al inicio de la presente administración federal y contiene las diversas estrategias, programas y acciones que desarrolla el sector salud en salud en este caso en materia de salud reproductiva. Para controlar la atención que se brinda se debe dar cumplimiento a la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido"* estipula su "observancia obligatoria" para todas las personas "que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos",

Descripción del problema:

De acuerdo a cifras de la OMS (2005), "en los indígenas la fecundidad es alta (3.2 hijos nacidos vivos por mujer indígena, mientras que en la no indígena es 1.7); sin embargo según los registros que se tienen en las instituciones de salud de la zona muestran que la fecundidad en las mazahuas es mayor a los datos proporcionados por las OMS. Además de acuerdo a los datos proporcionados por el censo de parteras tradicionales, las mujeres de pueblos originarios, siguen acudiendo a solicitar la atención de una partera coexistiendo la presencia de la medicina tradicional y alópata.

Teorías:

Teóricos como Malinowski (1948) e investigadores como Vergara (2007), Dides y Pérez (2007) han dirigido su quehacer en torno a la fe, creencias sobre la salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas.

Métodos y materiales:

Se realizó un trabajo Transversal, hermenéutico considerando el conjunto de las prácticas y organizaciones de salud con que cuentan las mujeres mazahuas, donde están incluidas la práctica médica alópata y la medicina tradicional, lo que permitió y comprender las prácticas en salud desde una visión social.

Se desarrolló en el Municipio de Villa Victoria, Estado de México. El universo estuvo conformado por las mujeres de la etnia mazahua que habitan en la comunidad Nuevo bosque y muestra la

muestra se seleccionó por conveniencia conformada por seis mujeres a quienes se les aplicó una entrevista, se partió de un ejercicio intersubjetivo.
A todas ellas se les solicitó su consentimiento informado por escrito.

Resultados:

Todas se han enterado de sus embarazos a través del conocimiento de su fisiología, por medios empíricos, aunque la mayoría también refieren que se han hecho pruebas de laboratorio y una de ellas no se ha practicado estas últimas

Existen algunas contradicciones entre el discurso que ellas emplean para expresarse con palabras y lo que hacen en lo cotidiano. Todas las mujeres en edad reproductiva mencionaron que sí se practican con regularidad el papanicolau, no así la que ya yo no está en edad reproductiva.

Emplear medios tradicionales y medios de la medicina alópata los cuales se han convertido en parte de sus cotidianeidad, ambas modalidades coexisten dentro de este grupo humano. En el hospital las mazahuas asumen lo que los médicos disponen, pero cuando un parto es en su domicilio, entonces se sujetan al imperio de la medicina tradicional y sus usos y costumbres.

Discusión:

Malinowski (1948) refiere que *“La fe y el culto brotan de las crisis de la existencia humana, esto es, de «los grandes sucesos de la vida, el nacimiento, la adolescencia, el matrimonio, la muerte...”* las entrevistadas asociaron en forma casi automática los términos confianza y fe, atribuyendo un significado casi mágico a la confianza, aun cuando esa fe a la que ellas se refieren no es producto de una crisis existencial del ser humano,

De acuerdo a Vergara (2007) el acercamiento a las creencias y prácticas en salud, nos lleva a diferentes contextos histórico-culturales haciendo posible la comprensión de sus contenidos ideológicos en relación con otras praxis sociales y visiones culturales, a menudo esas prácticas llevan una carga considerable de contenidos, subjetivos que para leerse no basta la observación, es preciso conocer la historia de una etnia, lo cual implica un compromiso mayor para su comprensión.

Se pueden identificar los esfuerzos que los responsables de los servicios de salud nacional, estatal y regional tienen para atender la salud de la población originaria, sin embargo existen elementos muy fuertes en el entramado social que no permiten que los objetivos en salud reproductiva incorporados en las políticas de salud mexicanas se cumplan.

58. **Verso un nuovo modello di cure primarie in Italia: l'importanza dei teams multiprofessionali.**
Maria Giovanna Vicarelli e Elena Spina, Italia
59. **Transtorno Mental Comum entre Internos de Medicina Universidade Pública do Nordeste do Brasil.**
Enaldo Vieira de Melo, Fernando Vinicius Alves, Aquila Talita e Edméa Fontes de Oliva-Costa, Universidade Federal de Sergipe, Brasil. evm.estatistica@gmail.com; evmsiddarta@gmail.com

Objetivo:

Estimar a prevalência de TMC e fatores associados entre Internos de Medicina de Universidade pública do Nordeste do Brasil.

Contexto e descrição do problema:

Sintomas depressivos, ansiosos e somatoformes leves sem causa orgânica definida são também conhecidos como Transtornos Mentais Comuns (TMC) e caracterizam-se por fadiga, insônia, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e sintomas somáticos. Embora não preencham os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Five Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10^a Revisão) são considerados problema de saúde pública relevante, devido às restrições que podem causar e ao agravamento dos sintomas, se não forem precocemente identificados. O estudante de Medicina é exposto a fontes de tensão desde o processo de admissão até o final da graduação, com a entrada no mercado de trabalho e em programas de residência médica. Tais fontes incluem competição no processo de seleção, sobrecarga de conhecimentos, dificuldade na administração do tempo entre um grande número de atividades e pouco tempo para atividades de lazer, individualismo, responsabilidade e expectativas sociais do papel do médico, o contato com a morte e inúmeros

processos patológicos, o exame físico em um paciente, o medo de adquirir doenças, o medo de cometer erros e sentimentos de impotência diante de certas doenças. Diante desse quadro, faz-se necessária a investigação da prevalência de TMC e fatores associados entre estudantes do Internato de Medicina numa Universidade pública brasileira, pois o planejamento de medidas preventivas para cuidar de quem cuida implica melhor saúde da comunidade necessitada de bons profissionais competentes e saudáveis. Assim, a introdução de novas tecnologias no processo educacional e/ou no apoio aos estudantes na sua etapa final de formação poderia contribuir para a preservação da boa saúde mental do futuro médico.

Método:

Estudo observacional analítico transversal dirigido a 100 alunos do Internato de medicina de uma Universidade pública. Realizada coleta de dados em março/2015 através dos seguintes instrumentos: 1) Questionário estruturado elaborado pelos autores sobre características sócio-demográficas, aspectos psicoemocionais e processo educacional; 2) Self Report Questionnaire (SRQ-20), que é um questionário específico para a triagem de casos positivos de TMC. Para análise dos dados foi construído um banco de dados em um programa estatístico a partir dos questionários preenchidos, os quais apresentavam respostas precodificadas. Inicialmente, utilizamos estatística descritiva para a descrição do perfil da população estudada. Em seguida, análise bivariada das mais prováveis variáveis identificadas na literatura e na experiência dos pesquisadores como associadas à variável desfecho TMC com cálculo das razões de prevalência. Finalmente, realizada análise multivariada através da regressão logística para identificação dos principais fatores potencialmente associados a TMC tendo como critério o fato de que apenas as variáveis com > 30% de associação com TMC permaneceriam no modelo final.

Resultados:

Responderam ao questionário 71 estudantes. A idade média dos avaliados foi de 26 anos, sendo a mínima de 22 e máxima de 55. Houve predomínio do sexo masculino (57,7%). Quanto à procedência, 69,6 % eram da capital do Estado e 30,4% do interior do estado e de outros estados. Apenas 23% já pensaram em abandonar o curso e 66,2% consideram seu desempenho acadêmico satisfatório. A prevalência de TMC foi de 40,8% e, após regressão logística, as variáveis mais fortemente associadas a TMC pelos nossos critérios que permaneceram no modelo final foram: desempenho insatisfatório (OR = 4,0) e antecedente de transtorno mental (OR = 4,2).

Discussão:

A prevalência de TMC entre os estudantes pesquisados foi considerada alta quando comparada às taxas encontradas em estudos populacionais conduzidos em outros países que vão de 7 a 22%. Nosso estudo apresentou maior prevalência de TMC que outro estudo realizado na mesma instituição recentemente publicado, que identificou prevalência de 33,7% entre estudantes de enfermagem, medicina e odontologia (OLIVA-COSTA, 2014). Também o desempenho acadêmico insatisfatório foi identificado como um dos fatores fortemente associados a TMC em outro artigo da mesma autora (OLIVA-COSTA, 2010). Estudantes de outros cursos de Medicina brasileiros tiveram prevalência de TMC semelhante ao nosso, o que demonstra que o problema é relevante.

Conclusão:

A alta prevalência de TMC associada a fatores relacionados à formação acadêmica e a aspectos pessoais aponta para a necessidade de reflexão da comunidade acadêmica pesquisada e outras de perfil semelhante acerca do planejamento de medidas preventivas tais como: mudanças curriculares, introdução de novas tecnologias de ensino e criação de um serviço de apoio psicopedagógico ao estudante, a fim de formar profissionais bem capacitados técnica e emocionalmente a lidar com situações conflituosas inerentes à prática médica.

Contribuições:

Estimular novas pesquisas sobre saúde mental dos estudantes da saúde para entender os mecanismos que promovem dano ou benefício, de modo a intervir para que esta população tenha uma formação cada vez mais sólida e capaz de resolver os problemas de saúde da população carente de cuidados e de profissionais saudáveis e tecnicamente bem habilitados.

60. Deiscenza sternale in follow op in cardiocirurgia: fattori di rischio ed impatto sulla qualita della vita.

Alfia Amalia Lizzi, Alessandra Montini, Aurelio Veneranda e Angela Sabatino, Italia

Introducción

Después de una estereotomía, la integridad estructural del esternón se ve notablemente deteriorada. La herida esternal puede dar lugar a una serie de complicaciones que a menudo se superponen o que pueden evolucionar la una en la otra. La dehiscencia esternal pos-quirúrgica o bien una motilidad esternal anómala puede causar problemas pulmonares y mediastinitis debido a una resistencia insuficiente del esternón, poniendo en peligro el estado general del paciente hasta llegar a veces a una septicemia.

Materiales y métodos

Se ha realizado un estudio observando a una muestra de pacientes seleccionados de forma retrospectiva, que se sometieron a cirugía cardiaca entre marzo 2006 y enero 2014 en el Departamento de Cirugía de los Hospitali Riuniti de Ancona y que han sido sometidos a una revisión quirúrgica realizada con la técnica Robicsek, por dehiscencia esternal. Los datos fueron recolectados entre julio de 2014 y agosto 2014 a través de una entrevista telefónica, sometiendo a los pacientes a un primer cuestionario sobre la herida y la utilización de los sistemas de retención, analizando también los datos antropométricos y los factores de riesgo, y un segundo cuestionario de Euro Quality of Life – 5D para evaluar la calidad de la vida.

Resultados

Se ha considerado una muestra de 101 pacientes con una edad media de 73 años, de los cuales 61 han participado en el estudio. El 67,3% de los pacientes tenía por lo menos un factor de riesgo para la aparición de la dehiscencia esternal (33,9% diabetes, 32,1% tabaquismo, 23,2% obesidad, 10,7% EPOC). En el 68,9% de los pacientes se ha utilizado un sistema de contención para evitar la inestabilidad, pero la mayoría se ha puesto una faja elástica, o sea un remedio que no es perfectamente idóneo para la prevención de la dehiscencia esternal.

Además se ha preguntado a lo pacientes que han usado la faja elástica o el postthorax cuando la habían utilizado y se ha descubierto que en el 7% de los casos la faja había sido utilizada solo antes de la revisión o sea que exclusivamente en la primera operación; en el 36% de los casos se ha utilizado después de la revisión o sea que solo después de la segunda operación y en cambio, en el 57% de los casos ha sido utilizadoa antes y después de la revisión. La segunda parte del cuestionario ha evaluado el impacto sobre la calidad de la vida de los pacientes que han tenido problemas con la herida esternal. Los resultados del test de Euro Quality of Life 5-D demuestran que, de las cinco dimensiones analizadas, las zonas más afectadas son las de la ansiedad / depresión (55,7%), la movilidad (52,4%) y el dolor (47,5), mientras que las menos afectadas son las del cuidado personal y de las actividades habituales.

En general ha habido limitaciones físicas que han tenido un gran impacto en la calidad de la vida, cuya puntuación sintética tiene un promedio de 6,73. Se han verificado graves problemas solo en un pequeño porcentaje de los casos.

Conclusiones

El estudio hace hincapié en la importancia de una adecuada gestión de enfermería del paciente a través de la evaluación de los factores de predisposición, la educación preoperatoria del paciente sobre los principios de la contención más adecuados, las precauciones que hay que observar en la movilización para reducir los factores mecánicos sobre el esternón y la inspección de la herida esternal para resaltar los primeros signos de infección, inflamación o inestabilidad como la presencia de exudado y secreciones purulentas y el dolor. Por lo tanto, una correcta gestión de la inestabilidad esternal es fundamental para reducir las complicaciones de la herida esternal e implementar un tratamiento inmediato que tenga como objetivo evitar una segunda intervención de revisión esternal con el fin de preservar la calidad de la vida del paciente.

Tema: Tecniche normative e diritto alla salute

Sessione organizzata da: Monica De Angelis, CRISS, Facoltà di Economia "G. Fuà", Università Politecnica Marche

La codification des règles en matière de santé et le progrès scientifique

Monica De Angelis, CRISS. Facoltà di Economia "G. Fuà", Università Politecnica Marche, Italia. m.deangelis@univpm.it

Risassunti:

Il progresso scientifico in sanità, alimentato sempre più negli ultimi anni dalle nuove tecnologie, postula di continuo interrogativi le cui risposte non sono di semplice individuazione. Il diritto cerca di codificare i nuovi fenomeni legati allo sviluppo tecnologico ma non sempre norma giuridica e tecnologia vanno di pari passo. Il lavoro evidenzia la discrasia fra i tempi del progresso scientifico e quelli del legislatore.

Résumé:

Le progrès scientifique dans la santé, alimenté de plus en plus ces dernières années par les nouvelles technologies, postule en continu de questions dont les réponses ne sont pas faciles à identifier. La loi vise à codifier les phénomènes nouveaux liés au développement technologique, mais pas toujours la règle de droit et la technologie vont de pair. Le travail met en évidence l'écart entre le temps du progrès scientifique et ceux du législateur.

Comment regulier les traitements de santé

Marta Cerioni, Italia

Riassunti:

In questa comunicazione si esamina l'incidenza delle regole tecniche nei trattamenti sanitari al fine di individuare quale sia la competenza dell'autorità pubblica di regolare con norme generali, astratte e tecniche la pratica medica. Particolare attenzione è rivolta anche alle lacune ovvero alla mancanza di normazione. Talvolta, infatti, queste ultime possono essere colmate da regole scientifiche, talaltra, al contrario, devono essere intese come divieto assoluto di effettuare quel trattamento.

Résumé:

Dans cette communication, nous examinons l'impact des règles techniques dans les traitements médicaux afin d'identifier quelles sont les compétences de l'autorité publique pour réguler avec les règles générales, abstraites et techniques la pratique médicale. Une attention particulière est également accordée aux lacunes ou l'absence de règles. Parfois, en fait, ils peuvent être remplis par des règles scientifiques, parfois, au contraire, doit être comprise comme une interdiction absolue d'effectuer le traitement.

La procreazione assistita: effetti del drafting

Barbara Malaisi, Italia

Impact de l'utilisation des nouvelles technologies dans l'évaluation des produits de santé, sur la protection des données personnelles.

Virginie Rage Andrieu, Université de Montpellier, France. virginie.rage-andrieu@univ-montp1.fr

Objectifs:

Analyser les capacités du droit à protéger la vie privée des citoyens de l'Union européenne au regard de la protection des données, face au développement des nouvelles technologies et à l'expansion de l'évaluation des produits de santé.

Contexte et description du problème :

Les contraintes économiques et de sécurité sanitaire ont conduit à une expansion de l'évaluation des produits de santé, notamment après leur mise sur le marché. Les études menées

pendant la commercialisation d'un produit de santé, permettent d'apprécier l'impact de ce produit sur les pratiques et d'évaluer ses effets en vie réelle, en terme de sécurité, d'efficacité et d'optimisation de son utilisation. L'élargissement de la période et donc du volume des études réalisées est un facteur d'accroissement de collectes et de manipulations de données personnelles.

En parallèle, les nouvelles technologies, permettent le développement d'outils de recueil, de circulation et de traitement des données dans un environnement international. L'essor de l'innovation dans le domaine des produits de santé passe indubitablement par l'accès aux données. Les nouvelles techniques de monitoring des essais cliniques, les réseaux, la surveillance des effets indésirables sur internet, l'accès aux données institutionnelles, la multiplication des analyses... sont des situations nouvelles à appréhender au regard de la protection des données.

L'amplification des flux et de l'exploitation des données constitue un bouleversement qui nécessite d'être pris en compte dans l'arsenal juridique relatif à la protection des données. L'Union européenne a initié une réforme ambitieuse de sa législation qui tarde à se mettre en place. Le délai souvent constaté entre l'émergence d'une nouvelle technologie et l'intervention du législateur pour l'encadrer, est-il favorable à une analyse plus poussée et donc à l'adoption d'un texte plus adéquat ? ou crée-t-il une période subséquente de libertés, préjudiciable à la protection des droits fondamentaux ? Dans le domaine de la protection des données, l'adoption d'un texte est un travail délicat qui implique de moduler avec précision différents droits fondamentaux et grands principes : liberté d'expression, protection de la vie privée, sécurité sanitaire, droit à la santé... La finalité de cet exercice est de protéger les personnes, sans entraver le développement de l'innovation, et tout en restant concurrentiel, au niveau mondial, dans la diffusion des nouvelles technologies.

Apport / Interet de la communication:

Analyse de l'état du Droit en matière de protection des données dans le contexte de l'innovation en matière d'évaluation des produits de santé et perspectives d'évolution de la législation qui fait naître des concepts juridiques nouveaux.

Tema: *Pianificazione delle cure primarie in Brasile*

Presidente: *Ilse Maria Tigre de Arruda Leitã, Brasil*

Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: inovação para os processos organizativos da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais

Helena Eri Shimizu, Luciano José Arantes e Edgar Merchán-Hamann, Brasil

El uso de la tecnología en salud: ¿Qué piensan los usuarios y trabajadores de la Atención Primaria?

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitã, Fernando Sergio Pereira de Sousa, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Adriana Catarina Souza Oliveira e Maria Salete Bessa Jorge, Universidade Estadual do Ceará- UECE, Brasil, España. Ilse.tigre@uece.br

INTRODUCCIÓN:

Las tecnologías de la salud en la atención primaria ha demostrado ser una herramienta importante para la planificación y gestión de las acciones de la atención, que actúa como un subsidio de crítica basada en evidencia el desarrollo de guías de práctica clínica y las normas de calidad de procesos y contribuir a la mejora de la calidad y eficacia de la atención en los sistemas de salud. Todas las formas de la tecnología son necesarios en la práctica diaria de los profesionales de la salud, sobre todo si tenemos en cuenta el reto que plantea la integralidad, lo que significa unificar preventiva, curativa y de rehabilitación; facilitar el acceso a todos los recursos tecnológicos que el usuario necesita para su satisfacción. Aunque las tecnologías no son excluyentes entre ellas mismo, es deseable el correcto manejo de las tecnologías blandas en entornos de atención primaria para la conformación de nuevas prácticas en este nivel de atención.

OBJETIVOS:

Comprender la percepción de la salud de los usuarios y trabajadores con respecto al uso de la tecnología para la producción del cuidado.

MÉTODOS:

Estudio transversal, analítico crítico con un abordaje cualitativo. El campo de la investigación fueron las unidades de salud de atención primaria en la IV y V regional en Fortaleza. El ámbito de la investigación fue elegido porque los investigadores llevan a cabo las prácticas de enseñanza en dicho ámbito. Los participantes del estudio fueron constituido por dos grupos de informantes: Grupo 1 - trabajadores fijos en las unidades de atención primaria de la salud de la IV y V regionales que actúan durante al menos 06 meses en la institución investigada por un total de 30 participantes; Grupo 2 - los usuarios de las unidades de estudio, con 25 participantes. Se realizó una entrevista en profundidad, con la pregunta orientadora: ¿cómo comprendes el significado de las tecnologías sanitarias en el día a día de su trabajo. Las entrevistas fueron grabadas íntegramente en cintas, con la aprobación previa de los entrevistados. El tratamiento del material empírico fue guiado por el contenido reflexivo y el análisis crítico a través de tres etapas: la ordenación, clasificación y análisis final de los datos. Un resumen general de las entrevistas, permitió elegir a los siguientes temas: significados atribuidos a la tecnología de la salud; dificultad de acceso a las tecnologías de la estructura y de proceso (tecnologías ligera-dura); el uso en la práctica de la tecnología relacional en la rutina de la unidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En el desarrollo de las entrevistas las narrativas presentan un escenario que se enfrenta a grandes dificultades estructurales en la ejecución de sus acciones. La falta de materiales físicos esenciales para el desarrollo del trabajo, la estructura precaria de las unidades estudiadas fueron indicadas por los dos grupos de participantes. Grupo 2 también refirió comprender como tecnología las herramientas de gestión: la planificación, monitorización y evaluación de los programas implementados; el uso de la tecnología relacional fue citado tanto por el grupo I como el grupo II, destacando como tecnología, la acogida, el vínculo, la educación para la salud, ya que representan una relación que se establece entre los trabajadores y los usuarios a fin de que las acciones de salud sean más acogedoras, ágiles y resolutivas. La acogida de los usuarios por los trabajadores, representa para el Grupo 1 el significado de atender bien, hacer una escucha de calidad de sus problemas de salud, resolver y si es necesario, hacer un seguimiento seguro, y esto sólo es posible si esta red está funcionando basado en la línea de cuidado. Por lo tanto, es necesario organizar los procesos de trabajo con el uso de tecnologías racionales y relacionales teniendo en cuenta cómo cada uno trabaja, para que estas estrategias se conviertan en rutina en las prácticas de los profesionales.

CONTRIBUCIONES:

el referencial en la salud colectiva tiene contribuido a las nuevas concepciones de la tecnología y de su uso, especialmente en cuanto a la integridad del ser humano, la centralidad de las relaciones intersubjetivas que producen el cuidado de la comunidad.

Uso de uma tecnologia de avaliação da satisfação como tecnologia do cuidado ao familiar de crianças internadas em unidades de terapia intensiva

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitã, Adriana Catarina Sousa Oliveira, Susana Carvalho Pinto de Melo, Julyane Cerqueira Campos Andrade, Clara Lyna da Silva Cardoso e Mayula Miraly dos Santos, Universidade Estadual do Ceará- UECE , Brasil, Espanha. . Ilse.tigre@uece.br

INTRODUÇÃO:

Os familiares de crianças internados em unidade de terapia intensiva vivem situações de estresse e preocupação diários por conta da iminência de complicações no estado de saúde que podem levar à morte. A situação de vulnerabilidade em que se encontra a criança, causa no familiar sentimento de impotência e desamparo, além de outros conflitos psicológicos e emocionais. Cada familiar tem sua forma de enfrentamento relacionado ao estado de saúde de sua criança. O profissional de saúde deve voltar suas atenções ao cuidado com foco na família e buscar envolvê-la na assistência prestada ao paciente e conhecer suas necessidades de forma a diminuir a ansiedade. O Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) é uma tecnologia de avaliação sobre a satisfação dos familiares diante de suas necessidades quando inseridos no contexto da unidade de terapia intensiva. O instrumento, enquanto tecnologia do cuidado voltado ao familiar, aborda as seguintes dimensões: Necessidade de Conhecimento/Informação; Necessidade de Conforto; Necessidade de Acesso ao Paciente; Necessidade de Segurança, que visam avaliar de forma integral as necessidades de cada familiar. Assim, quando utiliza-se desta ferramenta de avaliação é possível planejar e acompanhar o familiar e um cuidado ao paciente com foco na família.

MÉTODO:

Trata-se de um estudo exploratório, analítico, quantitativo. Realizado no período de setembro a dezembro de 2014 em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica de hospital pediátrico público de referência localizado em Fortaleza, Ceará. A amostra foi composta por 52 familiares. O instrumento é constituído por quatro categorias: Necessidade de Conhecimento/Informação, onde foram agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares de receber informações ou de obter conhecimento relacionado ao estado de saúde ou aos procedimentos envolvidos no tratamento do familiar internado; Necessidade de Conforto, relacionada ao planejamento físico da unidade e necessidade dos familiares em sentirem-se confortáveis no decorrer da internação; Necessidade de Segurança emocional, foram agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares de sentirem-se seguros, menos ansiosos com o estado de saúde de seu familiar; Necessidade de Acesso ao Paciente e aos profissionais da unidade na qual foram agrupados os itens relacionados à necessidade dos familiares em terem mais acesso aos profissionais da instituição (enfermeiros, nutricionistas, médicos, fisioterapeutas, psicólogos e outros funcionários que não estão relacionados às necessidades de saúde).

RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Os familiares envolvidos no estudo apresentaram maior necessidade de conhecimento/informação e de segurança, estes relataram estar satisfeitos porém as duas dimensões poderiam ser trabalhadas e assim ocorrem melhorias. As duas dimensões foram apontadas como muito importantes. Sendo assim, as principais necessidades dos familiares são: receberem mais informações e obterem maior conhecimento sobre o estado de saúde de seu familiar internado e sentirem-se amparados e menos ansiosos.

CONCLUSÕES:

Dito isto, ao utilizar o INEFTI para avaliar a satisfação do familiar é possível conhecer suas reais necessidades e elaborar estratégias para que estas sejam atendidas. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde acolham e apoiem os familiares, e apresentem-se à disposição para esclarecer possíveis dúvidas em relação ao tratamento.

CONTRIBUIÇÕES:

O estudo contribui com a formação de equipes interdisciplinares pois por se tratar de um ambiente que possui alta tecnologia e cuidados complexos, na UTI, é comum o cuidado humanizado e integral não ser tratado com a devida importância. Ao utilizar o INEFTI como instrumento de tecnologia do cuidado os profissionais de saúde poderão estar mais próximos do familiar e, conseqüentemente, do paciente.

Gestao do cuidado em saude: tecnologia de interconexao na rede da atencao primaria e psicossocial

Maria Salete Bessa Jorge, Fernando Sérgio Pereira de Sousa, Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão e Adriana Catarina de Souza Oliveira, Universidade Estadual do Ceará, Brasil.
maria.salete.jorge@gmail.com

Introdução:

A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde implica numa tecnologia para a reorganização das práticas para a promoção da autonomia, com ênfase na centralidade dos usuários e na consolidação das Redes de Atenção Integral à Saúde no SUS. Essa gestão comporta, pelo menos, três dimensões, que poderiam ser representadas pela dimensão profissional (cuidar, tratar); uma dimensão organizacional (prevenir, recuperar, promover) e uma dimensão sistêmica (produzir saúde). Dentre as múltiplas dimensões dessa gestão destaca-se a sistêmica por compreender as inter-relações nas redes de cuidado, com suas diferentes funções e distintos graus tecnológicos, moldados conforme as necessidades singulares de cada sujeito. O debate sobre a gestão tecnológica do cuidado na atenção primária e sua conexão com a psicossocial tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários, particularmente aqueles que participam das instâncias de controle social, seja em nosso país, ou no âmbito internacional. Os olhares, as prioridades e as estratégias propostas para a melhoria da

qualidade guardam relação direta com o papel e a inserção de cada sujeito na gestão e, em particular, na produção do cuidado.

Objetivo:

Avaliar os processos da gestão do cuidado como tecnologia potente na construção das redes assistenciais da atenção primária e saúde mental.

Metodologia:

Trata-se de um estudo de Avaliação de Quarta Geração (AQG), ou seja, estudo avaliativo pautado numa abordagem construtivista. Foi realizado no município de Fortaleza-CE, especificamente nas seis áreas administrativas das Secretarias Regionais (I, II, III, IV, V e VI) junto às coordenações de saúde mental e atenção primária. Os participantes foram os trabalhadores de saúde do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Estratégia de Saúde da Família (ESF) e gerentes dos serviços. Para a coleta de dados foram utilizadas quatro técnicas: a entrevista semiestruturada, observação sistemática, grupo focal e documentos. O tratamento do material empírico será orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas, narrativas focais e observações pelos pressupostos da hermenêutica crítica. A discussão e apresentação dos resultados seguirão a perspectiva crítica reflexiva sobre o cenário analisado. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Resultados e discussão:

Revela-se que a gestão do cuidado é reconhecida pelos profissionais e gestores como uma tecnologia capaz de favorecer transformações na melhoria do processo de trabalho no sistema de saúde. Porém, no cotidiano dos serviços de saúde o cuidado é realizado pautado não numa gestão e sim em atitudes individuais realizadas por profissionais que dificilmente se comunicam e se articulam, são pautadas num olhar burocratizado, setorializado e cristalizado em ações clínicas para os sinais e sintomas biológicos, em detrimento de uma gestão sistêmica que sinaliza para um cuidado coletivo, ampliado e fundamentado em técnicas de cuidado intersubjetivas. Consoante se depreende, há uma busca constante dos formuladores de políticas, gerentes e dos trabalhadores que compõe o sistema de saúde da atenção primária e saúde mental em realizar ações de cuidado no intuito de (re) estruturar uma rede assistencial em saúde pautada na lógica da integralidade. Pois além das regularidades sistêmicas, seria útil pensar a gestão do cuidado que resultasse na integralidade da atenção buscada pelas pessoas, por tudo o que se observa até agora, como fruto de uma incontável rede de encontros. Nessa trajetória, percebe-se que o processo das ações da gestão em saúde do município em análise tem ocorrido muitas vezes de forma descontextualizado e descaracterizado, fazendo um movimento com múltiplas contradições, dilemas, tensões e conflitos.

Contribuições:

Disparar nos formuladores de políticas públicas em saúde que é imprescindível o esforço no sentido da organização dos processos de trabalho, em função da produção do cuidado como finalidade da gestão em saúde. Imprimir um panorama situacional da saúde e assim a partir das fragilidades e desafios evidenciados, discutir a efetivação de projetos tecnológicos inovadoras em saúde capazes de modificar as práticas dos trabalhadores de saúde; reordenar fluxos assistenciais existentes nos serviços ofertados ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS); priorizar a gestão participativa na elaboração das políticas públicas de saúde nas regiões de saúde e nas articulações com a construção de redes de atenção à saúde.

A Estratégia Saúde da Família como inovação tecnológica no contexto brasileiro.

Jacks Soratto, Denise Elvira Pires de Pires e Magda Duarte dos Anjos Scherer, Brasil

La «Casa della Salute» nel territorio interconnesso: identità e relazioni per la continuità assistenziale.

Pierpaola Pierucci, Dipartimento di Studi Umanistici Università degli Studi di Ferrara, Italia.
pierpaola.pierucci@unife.it

Il contesto di partenza e descrizione del problema:

La politica sanitaria degli ultimi anni si sta muovendo nella direzione di rafforzare i servizi di assistenza primaria quale contesto appropriato per la presa in carico degli emergenti bisogni di salute della popolazione (cronicità, non-autosufficienza, fragilità e senilità) rispetto ai quali la continuità delle cure e l'unitarietà ed integrazione delle prestazioni socio-sanitarie diventano obiettivi non più rinviabili. Nonostante l'avvicinarsi di linee d'indirizzo e norme nazionali e malgrado l'adozione di modelli innovativi di cure primarie scelti a livello regionale la strada per giungere ad un sistema territoriale di presa in carico del paziente, soprattutto se cronico, e di continuità di assistenza tra livelli di cura resta ancora lunga.

Gli obiettivi della ricerca:

Sotto la spinta della normativa nazionale diversi sono i modelli adottati a livello regionale per la riorganizzazione del territorio tra cui la Casa della Salute (CdS), una struttura polifunzionale che eroga l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, adottata nel 2010 dall'Emilia Romagna e successivamente anche da altri contesti locali. Nello specifico la ricerca presentata è stata svolta nella regione emiliana e gli obiettivi hanno riguardato *se e come* la CdS possa contribuire alla ristrutturazione delle cure primarie non tanto sotto il profilo della riduzione dei costi sanitari quanto piuttosto di risposte efficaci alle nuove domande sanitarie e, quindi, della continuità assistenziale e presa in carico globale.

Note metodologiche:

L'indagine sul campo, consistente in due casi studio e basata su un approccio di natura integrata *quali-quantitativa*, è stata condotta utilizzando due modalità di raccolta dei dati: l'intervista semi-strutturata (alle figure dei professionisti sanitari e della dirigenza coinvolte nel progetto CdS) ed il questionario (rivolto all'utenza).

I risultati e la discussione:

Rispetto agli obiettivi programmatici di un'assistenza territoriale unitaria e continuativa la CdS rappresenta uno strumento attraverso il quale poter offrire concretamente ai servizi del territorio, finora frammentati, un'identità certa e riconoscibile quanto quella ospedaliera. La casa della salute è, infatti, un modello strutturato su un sistema integrato di servizi che si basa sull'accoglienza, sulla collaborazione professionale, sulla condivisione dei percorsi assistenziali, sulla valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità dei professionisti. Circa la continuità delle cure tra livelli assistenziali (ospedale e territorio) il modello della CdS potrebbe costituire il secondo pilastro del sistema sanitario a patto che si mettano in atto azioni di coordinamento ed integrazione che consentano di uscire dall'attuale autoreferenzialità tra cure primarie e cure secondarie.

Il contributo rispetto allo stato dell'arte:

La costruzione di un percorso assistenziale che dall'ospedale per acuti arrivi, efficacemente ed appropriatamente, al domicilio del paziente o in strutture intermedie (ospedali di comunità, strutture residenziali per lungodegenza, ecc.) è una delle sfide della sanità contemporanea. Al riguardo il territorio è sempre più investito di funzioni e responsabilità che lo eleggono a contesto privilegiato per la presa in carico dei pazienti anziani, cronici o non autosufficienti. I nodi da sciogliere nel rapporto di continuità assistenziale tra cure primarie e secondarie sono diversi e, primo tra tutti, resta quello di dare unitarietà ed omogeneità all'offerta territoriale. Sotto tale profilo la CdS offre di fatto la possibilità di gestire e coordinare la numerosità dei servizi ed operatori all'interno della medesima struttura, facilitando la nascita di un'identità assistenziale certa ed accessibile. Nell'ottica della continuità delle cure tra ospedale e territorio la CdS potrebbe rappresentare una concreta possibilità di punto di raccordo e coordinamento della rete assistenziale tra i due livelli, rispetto alla quale iniziare a condividere strumenti comunicativi (es. scheda di dimissioni), organizzativi (hub e spoke) e formativi (gruppi misti di lavoro per condividere criticità ed individuare soluzioni possibili).

L'approccio primario: nuovo paradigma delle cure di prossimità e il contributo della ICT.

Massimo Magi e Paolo Misericordia, Italia

La “Carta di Bologna CARD Italia 2015 ” dei professionisti delle cure domiciliari.

Bice Previtiera, Italia

Le rôle de la technologie médicale pour assurer la qualité des soins médicaux pour les enfants dans les situations d'urgence.

Tamara Turcanu, Centre Hospitalière pour les enfants Chisinau, R.Moldova.

Tamara-Turcanu@rambler.ru

Généralités.

Garantir les droits à des soins de santé de qualité, reste une priorité dans le travail de toutes les institutions médicales en Moldavie.

Enfants dans les situations d'urgence sont une catégorie particulière de patients, nécessitant l'assistance médicale immédiate, qui dépend de la compétence professionnelle du personnel médical, et le niveau d'équipement médicale dans les sections d'urgence médicales.

L'objectif.

-Raccordement du cadre normatif du domaine Management de Dispositifs Médicaux(MDM) aux rigueurs de l'OMS et besoin de système de santé national,pour fournir des services de santé de qualité aux enfants.

-Efficacité desystème de management, pour les dispositifsmédicaux, basé sur les compétences.

-Former lesystème institutionnel de formation de MDM, en créant des modèles et procédures pour le management les dispositifs médicaux, correspondantà normes internationales et aux exigences de l'OMS.

Méthodologie.

-Réglementation par le Ministère de la Santé :l'ordre nr.43 de 22.01.2013 sur la création de l'unité d'urgence, et l'ordre nr. 1215 de 29/10/2013, relative à la régionalisation des services de l'urgence pédiatrique et les soins intensifs.

-Elaboration le plan d'action, pour le projet Stratégie MDM, la période 2014-2020.

- Acquisition d'équipementmédical dans le projet REPEMOL,avec le soutien du Gouvernement de Suisse,pour lessalles d'urgence et les unités de soins intensifs des hôpitaux régionaux.

-Familiarisation des spécialistes de Moldavie avec le concept de «gestion (management) des dispositifs médicaux", comme une partie intégrante de la composition de gestion de la qualité. (140 spécialistes formés en 2012)

Résultats.

-Inclusion dans la liste des professions et des métiers classificateurs la spécialité de bio ingénieur.

- Formation,équiper des ateliers de bio ingénierie dans les hôpitaux régionaux avec un équipement d'ingénierie et de l'équipement de tester et d'étalonnage des dispositifs médicaux.

- Recrutement et formation desbio ingénieurs, pour assurer l'entretien de l'équipement des établissements médicauxet la formation de personnel médical, concernantl'utilisation en toute sécurité del'équipement médical.

Impact.

- L'amélioration des indicateurs de santé des enfants,maintenir d'un niveau élevé de performance et de sécurité de dispositifs médicaux,en vertu de la gestion des services médicaux et de santé accessibles.

- Efficacité le système management de de dispositif médicale, basé sur les compétences, à la fin de 2020:

- La durée de vie moyenne de dispositif médicale sera réduite à 15 années.

- Le temps d'arrêt moyen dans le cas d'un défaut - réduit à 5 heures;

La Mutualité face aux enjeux de la santé numérique.

Jérôme Vrancken, Belgique

La Cassa malati pubblica in Svizzera: pro e contro.

Carlo De Pietro, Italia

Accompagner pour ancrer et créer une dynamique de changement.

Isabelle Simon e Philippe Kolh, Centre Hospitalier Universitaire de Liège, Belgique.
i.simon@chu.ulg.ac.be; philippe.kolh@chu.ulg.ac.be

Résumé:

La gestion du changement est au coeur des préoccupations de toutes les entreprises.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Liège compte près de 5000 collaborateurs répartis sur différents sites, dont 3 d'hospitalisation. Une cellule spécialisée dans l'accompagnement au changement y a été créée. Son approche originale, centrée sur les utilisateurs, intègre la formation, le paramétrage, le suivi et la gestion des droits d'accès. Relayant les nouvelles règles et procédures, elle permet de déployer efficacement le Dossier Patient Informatisé (DPI) et d'entrer dans la dynamique d'évolution constante de l'entreprise apprenante.

Riassunto:

La gestione del cambiamento è al centro delle preoccupazioni di tutte le imprese.

Il Centro Ospedaliero Universitario (CHU) di Liège conta circa 5000 collaboratori ripartiti su differenti siti di cui tre di ospedalizzazione. Una cellula specializzata nell'accompagnamento al cambiamento è stata creata. Il suo approccio originale, centrato sugli utenti, integra la formazione, la regolazione, il seguito e la gestione dei diritti di accesso. Sostituendo le nuove regole e procedure, permette di spiegare efficacemente lo Schienale Paziente Informatizzato (DPI) e di entrare nella dinamica di evoluzione costante dell'impresa « apprenante » (learning community).

Sessione 41

Aula 5

Tema: Salute e disuguaglianze

Presidente: Micol Bronzini, CRISS, Università Politecnica delle Marche; Laura Trucchia, Docente di diritto dell'economia Pubblica, Università Politecnica delle Marche

Desigualdades socio-sanitarias e inequidades en la atención. Retos para el sistema de salud de la ciudad de México.

Oliva López Arellano, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México. oli@correo.xoc.uam.mx

Introducción:

En la ciudad de México, urbe moderna, concentradora de recursos y con mejores indicadores de bienestar que otros territorios en el país, se expresa una fragmentación socio-territorial y se presentan condiciones de vida polarizadas, coexistiendo espacios-población muy precarios, con otros cuyas condiciones de vida podrían considerarse satisfactorias y que, al ser analizados en conjunto, producen un efecto de homogeneización e invisibilidad del deterioro. Las desigualdades de la vida urbana, se expresa en patrones polarizados de riesgo/daño/atención según distintos espacios-población y colocan al sistema de salud de la ciudad frente a múltiples retos.

Aproximación teórico-metodológica:

La investigación propone el acercamiento a los riesgos, los daños y la atención a la salud en términos de sus expresiones socio-territoriales. El concepto de espacio-población, además de constituirse en un recurso metodológico, permite avanzar en la construcción de mediaciones entre los determinantes más generales de la salud-enfermedad, sus expresiones concretas en poblaciones, territorios y momentos particulares y ofrece elementos para orientar la política pública.

Los objetivos del trabajo fueron: 1) Identificar, describir y analizar la distribución de problemas específicos seleccionados (de salud y de atención) según las características del espacio urbano y las condiciones sociales de la población que habita en la ciudad de México. 2) Avanzar en la construcción de indicadores sintéticos de calidad de vida y salud y en la identificación de espacios-población vulnerados. 3) Producir resultados prácticos sobre brechas socio-sanitarias y propuestas de reorganización de la atención a la salud, para apoyar procesos de planeación local de servicios.

Resultados:

En el contexto nacional, la ciudad de México presenta indicadores de desarrollo por arriba de la media del país. En 2005, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) ubicaba al conjunto de las delegaciones con valores entre 0.9509 en Benito Juárez (el indicador más alto del país y de la ciudad) y 0.7983 en Milpa Alta (el más bajo del DF). El comportamiento del indicador de grado de desarrollo social, desarrollado por el Consejo de Evaluación del DF, expresan también condiciones heterogéneas y territorios fragmentados y el mismo fenómeno se presenta al considerar la pobreza, estimada por el método de medición integrada de la pobreza (MMIP), que en 2008 muestra que el 51% de los habitantes del DF eran pobres (4.5 millones de personas), asentados principalmente en las zonas suroriente de la ciudad. Particularmente en las delegaciones periféricas, se concentran poblaciones con mayor riesgo estructural para los procesos mórbidos y espacios-población vulnerados por la inexistencia o insuficiencia de diversos servicios, entre ellos la atención a la salud. Las desigualdades socio-sanitarias se identifican al analizar el comportamiento del indicador de desarrollo social por conglomerados delegacionales, en conjunto con los daños a la salud seleccionados y los recursos institucionales para su atención.

Se clasificaron las delegaciones por estratos según el grado de desarrollo social (GDS) de su población, construyendo cuatro conglomerados regionales.

Si bien la ciudad de México concentra como ninguna otra entidad, recursos e infraestructura para la atención a la salud, su distribución es desigual, concentrándose sobre todo en la ciudad central. Esta infraestructura médica, en su diseño y orientación responde a los problemas prioritarios de enfermedad y muerte de los años 50-60 y se enfocan a la atención pediátrica y materno-infantil.

Las unidades de 1er. nivel de atención se distribuyen en las delegaciones en forma desigualdad y sobre todo en la periferia urbana predominan las unidades muy pequeñas (1 o 2 consultorios), sin apoyos de laboratorio clínico y gabinete, por lo que su capacidad resolutive es limitada. Se observan brechas en la disponibilidad de servicios de salud, que se agravan al incluir los municipios conurbados del Estado de México. Tal es el caso de la zona suroriente del DF, en donde la no disponibilidad se incrementa, mientras que en la zona nororiente del DF en donde no hay déficit aparente, al realizar un análisis metropolitano, el déficit de infraestructura hospitalaria se hace patente.

Conclusiones:

En los últimos 30 años, la transformación socioterritorial de la ciudad y la inversión insuficiente en infraestructura para la atención a la salud se combinan negativamente y producen un desfase entre las necesidades de atención de la población y capacidad de respuesta del sistema público de salud.

La heterogeneidad de los espacios-población en la ciudad, su dimensión metropolitana y las transformaciones demográficas y epidemiológicas obligan a pensar en el desarrollo de infraestructura, en términos de unidades flexibles, modulares, articuladas en red y de crecimiento progresivo, donde los espacios de atención sinteticen un nuevo modelo de salud, centrado en el abordaje integral de los problemas, con diseños que faciliten las acciones anticipatorias y de promoción de la salud.

Condizioni socio – economiche e diseguaglianze di salute: profili civilistici.

Maria Cristina Giuliodo, Università Politecnica delle Marche, Italia. m.c.giuliodori@univpm.it; cristinagiuliodori@libero.it

Riassunto:

L'articolo analizza quanto e come le disparità socio – economiche ricadono sulla tutela del diritto alla salute, partendo dal suo riconoscimento nella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e nella Costituzione.

Se in tempo di crisi anche tale diritto primario viene degradato e condizionato dal contenimento delle spese sanitarie configurandosi come "censitario", la disuguaglianza nasce ove l'accesso alle cure, e quindi l'effettiva tutela del diritto medesimo viene a dipendere dalle disponibilità finanziarie e dal reddito della persona (cittadino e non). E ciò ancor più in sede risarcitoria ove le difficoltà economiche impediscono la piena tutela di quel diritto primario.

Résumé:

L'article analyse comment les inégalités socio-économique impliquent sur la protection du droit à la santé, depuis les textes comme la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans la Constitution. Si en temps de crise, le droit à la santé est dégradée et influencé par la réduction des coûts (il devient un droit seulement pour le gens riches), alors l'inégalité est présent au moment d'accès aux thérapies, et donc la protection effective du droit mentionné ci-dessus est lié aux ressources financières et au revenu de la personne (citoyen ou non) . Et cette situation est plus soulignée au moment d'indemnisation où les difficultés économiques empêchent la pleine protection de ce droit primaire .

Quando il medico di base fa la differenza: l'accesso alle cure tra eHealth e vecchie disuguaglianze sociali.

Giulia Mascagni, Università degli Studi di Firenze, Italia. giulia.mascagni@unifi.it

Contesto e descrizione del problema:

Nell'attuale fase di generale e profondo cambiamento delle configurazioni di benessere e di cura, la sanità pubblica anche in Italia è sottoposta a tensioni costanti e diventa punto e luogo di incontro e di scontro tra logiche etiche, di mercato, burocratiche e professionali. In questo scenario, grandi sono le prospettive e le promesse che accompagnano l'implementazione dell'informatizzazione e della digitalizzazione in campo sanitario. Si è però scelto di andare a guardare oltre la dimensione dell'efficienza, della velocità e dell' "ordine", che è obiettivo centrale dell'eHealth delle sue principali applicazioni: dal fascicolo sanitario elettronico alla ricetta dematerializzata. Il tema che si intende affrontare, sicuramente non nuovo ma altrettanto sicuramente non risolto, è quello del rapporto medico-paziente: una interazione situata in dimensioni tipicamente umane, prevalentemente agita in modalità *face to face* e segnata dal contatto diretto, dalle ineliminabili componenti di complessità e imprevedibilità, pertanto meno "pulita", meno asettica, meno organizzata. Se da un lato la possibilità di disporre di mezzi di comunicazione sempre più capillari e potenti ha reso i cittadini-pazienti più informati e attivamente partecipi ai processi di anamnesi, diagnosi e messa a punto della terapia, dall'altro lato tale processo li ha però esposti a un duplice rischio: alle incertezze di una enorme e non sempre chiara mole di dati da saper leggere e selezionare; a nuovi bisogni e dipendenze generati da ben pianificate strategie di marketing.

Obbiettivi

L'obiettivo specifico di questo paper, che si rifà ad un più ampio disegno di ricerca, è quello di fare emergere il più chiaramente possibile il complesso gioco di riconoscimento o disconoscimento dei ruoli e delle richieste che si struttura tra – prendendo in prestito la terminologia eliasiana – "richiedenti" e "dispensanti". In particolare, concentrandosi sulla figura del "richiedente", si è tentato di capire in virtù di quali configurazioni gli individui che oggi devono affrontare questioni o problemi riguardanti la sfera della salute, si trovino più o meno consapevolmente e liberamente a ricoprire – anche simultaneamente - diversi ruoli: sono consumatori di farmaci ed *utenti*, ma poiché non hanno meno bisogno di tempo e attenzione, di stabilità e costanza nel percorso di cura, e di un clima di fiducia, sono anche e ancora *pazientie* nei casi più gravi *persone assistite*.

Teorie, metodi, modelli, materiali:

L'osservazione si è focalizzata sulla dimensione relazionale e la chiave di lettura è stata di tipo contestuale. A partire da una analisi socio-economica dell'area urbana di Firenze, sono stati individuati due quartieri di diverso profilo sociale: in estrema sintesi, un quartiere benestante, un quartiere deprivato. Qui sono state raccolte – nel biennio 2012-2013 – venti interviste in profondità per quartiere (per un totale di quaranta) selezionate da un campione tipologico ripartito per genere e costruito su due specifiche fasce di età (60-65 anni e 70-75 anni).

Il principale strumento di rilevazione utilizzato è stato l'intervista in profondità: orientata longitudinalmente e focalizzata su precisi temi, segmenti di vita, esperienze. Tramite le voci e le esperienze dirette degli intervistati, le narrazioni hanno permesso: A) di rendere più esplicite e leggibili le dinamiche di disuguaglianza in atto e i differenziali di potere tra attori coinvolti; B) di focalizzare alcuni momenti chiave nella costruzione del percorso di cura, situandoli in scenari socioeconomici, culturali e relazionali definiti e in un arco di tempo non limitato all'immediato presente.

Risultati:

Le procedure di interpretazione dei testi collezionati hanno portato ad individuare un particolare profilo di richiedente, informato e informatizzato ma ancora legato a forme e formule di contatto, prenotazione, accesso tradizionali. La fascia di età 60-65 in particolare si rivela "utente 2.0 a scartamento ridotto": una generazione *a metà strada*, che nel passaggio dal non digitale al digitale è consapevole dei mutamenti e delle trasformazioni in corso, e spesso possiede le competenze sufficienti per averne accesso; ma che per socializzazione originaria e prevalente rimane più propensa e trova più "confortevole" affidarsi ad iter e figure tradizionali e/o già identificate. In questo scenario la relazione con il medico di base resta cruciale: sia per le azioni di delega ancora in essere sia per le inedite prerogative di indirizzo, guida e accompagnamento verso i nuovi iter di prevenzione e cura.

Contributo:

Le risultanze che si delineano toccano un duplice livello: ad un livello più *meso* le figurazioni della cura oltre ad un certo limite sembrano essere difficilmente standardizzabili; ad un livello più *micro*, ciò che emerge è che la figura del medico, e in particolare del medico di famiglia se "di fiducia", rappresenta ancora il fondamentale punto di contatto e mediazione tra l'individuo in stato di bisogno e i servizi offerti dal servizio sanitario e può costituire l'elemento che fa la differenza nell'avviare efficacemente e tempestivamente un percorso di ascolto, diagnosi e cura e quindi nel disinnescare eventuali dinamiche di accumulazione di svantaggi dannosi o rischiosi innanzitutto in termini di salute.

El sistema integral de calidad y el derecho a la protección de la salud en México.

Sergio López Moreno, Ricardo Ortega Soriano, Edgar Jarillo Soto e Alejandra Moreno Altamirano. México

Protection de l'intégrité psychophysique: équipement des remèdes et rôle créateur du juge

Maria Cristina Zarro, Facoltà di Economia "G. Fuà", Università Politecnica Marche, Italia.
mariacrizarro@gmail.com

In questo articolo si analizza l'attinenza reciproca tra tutela della salute e ruolo creativo del giudice. In particolare, il saggio avrà l'obiettivo di valutare in che termini la giurisprudenza ha inciso in termini di maggior tutela della salute umana, avuto riguardo sia a strumenti preventivi sia successivi al danno. Oggetto privilegiato dell'indagine sarà la giurisprudenza di talune Corti nazionali, nonché delle due Corti sovranazionali (Corte di Lussemburgo e Corte di Strasburgo), oggi particolarmente attive nello sviluppo della tutela della persona umana e dei suoi diritti fondamentali, tra i quali il diritto alla salute, da intendersi, quale diritto all'integrità psico-fisica.

Obiettivi della ricerca:

Alla stessa stregua l'obiettivo sarà quello di indagare se il bene salute trova un rafforzamento, in termini di maggior tutela, in quei sistemi nei quali il potere creativo del giudice è maggiore, soprattutto avuto riguardo al potere dello stesso in ordine alla scelta dell'apparato rimediabile maggiormente idoneo a presidiare quella posizione o, viceversa, se la maggior tutela si ottiene in quei Paesi nei quali, pur in un contesto di limitato potere del Giudice, la tutela dei diritti fondamentali trova riconoscimento esplicito nell'apparato legislativo. L'obiettivo della comparazione sarà, non quello della mera conoscenza di sistemi stranieri, ma quello di provare ad individuare la soluzione che maggiormente potrebbe essere di ausilio al giudice nazionale nel procedimento ermeneutico delle norme poste a presidio della salute umana.

Descrizione del problema e del contesto:

Nel sistema giuridico italiano è ancora possibile parlare di sistema bipolare: art. 2043 danno patrimoniale; art. 2059 danno non patrimoniale, facendo sì che la riserva di legge prevista in tale secondo articolo rischi di lasciare sprovvisti tutti quei danni alla persona che non potendo beneficiare della condizione di tipicità legale non dovessero neppure risultare provvisti della necessaria tutela, per

altro imposta dalla Carta Costituzionale. Danno ingiusto è qualsiasi danno prodotto dalla lesione di un interesse patrimoniale protetto dall'ordinamento, quanto di interessi esistenziali protetti a livello costituzionale, quali la vita, la salute, la dignità umana. L'art. 2059 c.c. appare essere una superfetazione, con le sue pretese di tipicità, essendo sufficiente da solo l'art. 2043 c.c. a tutelare qualsiasi interesse sia esso patrimoniale e non, ma alla stessa stregua occorre superare quelle pretese tipizzanti di tutela, in particolar modo in materia di tutela della persona, ben potendo applicare direttamente la Costituzione a prescindere dall'esistenza di una norma che tipizzi il diritto. Il discorso dall'Italia può estendersi anche ad altri Paesi, si pensi alla Germania, dove vige un sistema di tipicità del fatto illecito, nonostante la BVerfGE abbia precisato più volte la possibilità di un'applicazione diretta della Costituzione. Non ha senso il mero riconoscimento di diritti se non è accompagnato dall'azionabilità degli stessi qualora dovessero essere violati. Oltretutto queste pretese tipizzanti appaiono oggi in contrasto tanto con la normativa europea che con la Convenzione CEDU, che prevedono la risarcibilità del danno non patrimoniale senza porre limiti. È in un contesto di tal guisa che viene ad inserirsi il ruolo proattivo della giurisprudenza che al fine di evitare che taluni danni non patrimoniali restino sprovvisti di tutela "è costretta" a coniare nuove categorie di danni, quali il c.d. danno catastrofale o tanatologico, che importano non poche difficoltà sistematiche e interpretative a causa dell'assenza di un parametro legislativo di riferimento.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

Trattandosi di una ricerca di natura prettamente giuridica, sono stati utilizzati metodi e materiali tipici del giurista: normativa, giurisprudenza, dottrina nonché l'analisi delle esperienze (applicazione delle norme)

Sessione 42

Aula 6

Tema: *Tecnologie per la salute: le reti informatizzate*

Presidente: Randa Atieh, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, Québec

La télémédecine au Québec: état de la situation des considérations légales, juridiques et déontologiques.

Hassane Alami, Marie-Pierre Gagnon e Jean-Paul Fortin, Québec

Sistema de informação para o sistema prisional. Uma ferramenta disponível para qualidade da atenção a saúde das detentas em SERGIPE – BRASIL.

Luiz Eduardo Oliveira, Verônica Teixeira Marques e Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Universidade Tiradentes/SE, Brasil. eduardoabril1965@gmail.com

Resumo:

O valor de uma política pública para efetivação da ação governamental é questão de suma importância na prestação dos serviços disponibilizados pelo Estado. Este estudo teve como objetivo principal investigar como as políticas públicas em saúde para as presas estão sendo implementadas dentro do Sistema Penitenciário de Sergipe-Brasil e também analisar como as novas tecnologias estão disponibilizadas pelas políticas de saúde prisional. As presas revelaram que havia carência na prestação dos serviços dos profissionais em saúde. Sugere-se melhorias na rede no sentido de efetivar ações curativas e preventivas.

Riassunto:

Il valore di una politica pubblica per la realizzazione dell'azione del governo è una questione di molta importanza nella prestazione dei servizi disponibili dallo Stato. Questo studio ha avuto come obiettivo principale indagare come le politiche pubbliche nella sanità per donne arrestate sono implementate dentro il sistema penitenziario di Sergipe - Brasile e anche analizzare come nuove tecnologie sono disponibilizzate dalle politiche di salute carceraria. Le detenute rivelano che esisteva carenza nella prestazione dei servizi dei professionisti della salute. Si suggeriscono migliorie nella rete per effettuare delle azioni curative e preventive.

L'évaluation du projet de télépathologie diagnostique de l'Est du Québec: l'innovation dans la complexité.

Hassane Alami, Jean-Paul Fortin, Hugo Pollender e Marie-Pierre Gagnon, Québec

A rede social online como ferramenta de discussão e aprimoramento da saúde de indivíduos portadores de tuberculose em esquema especial de tratamento – um relato de caso no Brasil.

Juliana Leal Ribeiro Cantalino, Davilyn Santos Oliveira dos Anjos, Iracema Viterbo Silva e Quilma Andrade de Araújo Penna, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Brasil. juliana.lrc@gmail.com

A tuberculose, apesar de ser uma doença curável em praticamente 100% dos casos sensível aos tuberculostáticos, ainda é um grande problema de saúde pública no mundo, devido a fatores sociais, econômicos e políticos que dificultam o tratamento e o controle da mesma. O abandono do tratamento é um dos fatores que favorecem a cadeia de transmissão do bacilo e o desenvolvimento de resistência medicamentosa. No Brasil, 90% dos casos de resistência notificados são adquiridas por tratamento irregulares e abandono. O tempo prolongado de tratamento, assim como a toxicidade dos fármacos são fatores que contribuem ao abandono da quimioterapia.

O tratamento medicamentoso da tuberculose pode provocar reações adversas de difícil manejo, sendo necessária a identificação adequada das mesmas e de instituições de tratamento específicas para o acompanhamento dos casos. O número de pacientes resistentes aos fármacos vem aumentando ao longo dos anos. A dificuldade de inovação das drogas existentes, assim como insuficiência de profissionais capacitados para realizar o diagnóstico e tratamento dos casos ainda é um grande desafio.

O Brasil, um país de dimensões continentais, apresenta um nível de desenvolvimento social que não corrobora para o controle da tuberculose. Aspectos relacionados à pobreza, limitação da organização do sistema de saúde, assim como deficiências de gestão dificultam a disseminação de ações tecnológicas. Entretanto, as redes sociais *online* têm adquirido um papel importante na sociedade, através do interesse atual pelo compartilhamento de informações e conhecimentos. A utilização de ferramentas de comunicação em tempo real pode favorecer a aproximação de profissionais na área da saúde ultrapassando as barreiras geográficas, com tecnologias de fácil acesso e de uso pessoal, mas que tem potencial para contribuir com o sucesso do tratamento de pacientes com tuberculose.

O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a importância da rede social no aprimoramento da saúde de indivíduos portadores de tuberculose em esquema especial de tratamento. Trata-se de um relato de caso da utilização de um aplicativo de mensagens *online* por equipes de diversas áreas que acompanham os casos em tratamento especial para tuberculose no Brasil. Esses casos são notificados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITETB). O SITETB é um sistema de informação nacional de notificação e acompanhamento dos casos de tuberculose em tratamento especial, por ocorrência de reações adversas, toxicidade, comorbidades que impossibilitem o esquema básico e os casos com resistência medicamentosa.

A ferramenta utilizada é o *whatsApp*, um aplicativo de mensagens *online* e gratuito que permite a troca de informações entre as pessoas cadastradas em tempo real. Fazem parte do grupo alguns profissionais que trabalham direta ou indiretamente com os pacientes de tuberculose em esquema especial de tratamento, incluindo os gestores do programa nacional, estaduais e municipais, profissionais da assistência, da vigilância epidemiológica e da área administrativa relacionada ao manuseio do sistema. Até 01 de maio de 2015 totalizavam 80 profissionais cadastrados no grupo, pertencentes a diversas unidades de saúde do Brasil. O número de profissionais inseridos no aplicativo vai aumentando à medida que unidades de saúde passam a utilizar o SITETB, através da descentralização do mesmo.

Por meio do aplicativo é postado relato de casos de diversos estados do país, além das questões referentes ao manuseio do sistema de informação. O grupo virtual é restrito às postagens referentes ao acompanhamento do estado clínico real dos pacientes e monitoramento à distância dos casos por profissionais mais experientes, inclusive profissionais renomados mundialmente na área. A utilização desse aplicativo tem permitido a troca de experiências e de conhecimento favorecendo assim manejo das reações adversas, discussão sobre a utilização do tratamento adequado para cada caso, almejando o sucesso do mesmo.

O presente trabalho traz contribuições importantes à medida que demonstra de forma positiva o uso da tecnologia das redes sociais para o aprimoramento das questões relacionadas à saúde. A difusão do conhecimento através de plataformas virtuais com estruturas simples e que já estão presentes no cotidiano do profissional demonstra uma maior aceitação e utilização dos mesmos como um instrumento de discussão favorável para a evolução do tratamento da tuberculose.

Adaptação transcultural e validação do questionário europeu de alfabetização em saúde (HLS-UE) para o Brasil (HLS- EU-BR): Estratégia para o estudo da alfabetização em saúde no Brasil.

Celeste A. Pereira Barbosa, Luis Saboga-Nunes, Marta Regina Farinelli e Rosane A. de Sousa Martins, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil. celser@terra.com.br

Resumo:

A adaptação transcultural e validação do Questionário Europeu de Literacia para a Saúde (HLS-EU) para o Brasil, objetivou identificar o nível de apreensão sobre saúde de residentes em Minas Gerais; avaliar o grau de confiabilidade da adaptação transcultural e validação do HLS para o HLS-EU-BR. Composto por 47 questões de três domínios da saúde: cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença. A adaptação cultural e validação da versão contribuirão para práticas e conhecimentos da saúde no Brasil e promoção da qualidade de vida e estilos de vida saudáveis.

Riassunto:

L'adattamento transculturale e la validità del questionário europeo di alfabetizzazione in sanità (HLS-EU) per il Brasile, l'obiettivo é identificare il livello di comprensione sulla salute dei residenti in Minas Gerais; avliare il grado di affidabilità dell'adattamento transculturale e la validità del HLS per l' HLS-BR. Composto da 47 questioni di tre domini di sanità: cura della salute, promozione della salute e prevenzione della malattia. L'adattamento culturale e la validità della versione contribuiranno alle pratiche di conoscenza della salute in Brasile e promuoveranno una qualità di vita e stili di vita sani.

Orario: 11:00 – 11:30



Orario: 11:00 - 12.30

Sessione 43

Aula 1

Tema: Concorrenza e regolazione in sanità

Presidente: Marta Cerioni, Dipartimento di Management, UNIVPM, Italia

L'autorizzazione alla commercializzazione nell'Unione Europea del farmaco sperimentato all'estero.

Martina Anzini, Università Politecnica delle Marche, Italia. m.anzini@pm.univpm.it

Riassunto:

Il presente contributo intende esporre alcune problematiche derivanti dal fenomeno dell'utilizzabilità, ai sensi della regolazione europea in materia di sicurezza dei prodotti farmaceutici per uso umano, dei risultati riportati da esperimenti clinici espletati all'estero. Ciò ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione al commercio dei farmaci nel mercato interno. Il fenomeno è utile anche ad illustrare aspetti particolarmente rilevanti dei rapporti tra il diritto della regolazione e la tutela dei diritti umani.

Résumé:

Cette contribution a le but d'exposer certaines questions découlantes de la possibilité d'utiliser, au sens de la réglementation européenne en matière de sécurité des produits pharmaceutiques à usage humaine, les résultats des essais cliniques effectués à l'étranger. Cela aux fins de l'obtention de l'autorisation au commerce des médicaments dans le marché intérieur. Le phénomène est aussi utile à illustrer des aspects très importants des relations entre le droit à la réglementation et la tutelle des droits humains.

L'influenza delle nuove tecnologie nella gestione e affidamento del servizio di trasporto sanitario

Gloria Mancini Palamoni, Università degli Studi di Camerino (MC) – Scuola di Giurisprudenza, Italia. gloria.mancinipalamoni@gmail.com

Riassunto:

In questo saggio si analizzano, anzitutto, i principi contenuti nella recente pronuncia della Corte Giustizia Sez. V, 11/12/2014 n. C-113/13 sulle modalità di gestione e affidamento del trasporto sanitario e la relativa normativa di riferimento, recentemente oggetto di interventi normativi e giurisprudenziali.

Ciò premesso, affronterò la questione centrale, ovvero quella relativa a come l'applicazione delle nuove tecnologie influisce sul servizio consentendo di renderlo più efficace ed efficiente.

Una delle maggiori problematiche del tema, infatti, riguarda il rapporto tra l'amministrazione sanitaria e le associazioni di volontariato, rapporto che le nuove tecnologie può far diventare più trasparente e, dunque, efficiente.

L'utilizzo di Internet, in particolare, potrebbe contribuire ad una maggiore trasparenza non solo nel momento dell'affidamento del servizio, ma anche nel momento della verifica della qualità degli standard dello stesso poiché gli utenti e/o chi li assiste, attraverso la rete, possono partecipare attivamente al servizio del quale usufruiscono rendendolo trasparente in tutte le sue fasi.

In sostanza, le tecnologie informatiche implementerebbero e garantirebbero, dunque, un servizio non solo maggiormente trasparente, ma anche più efficiente.

Resumen:

En este texto se analizan, sobre todo, los principios contenidos en la reciente pronunciación de la corte de justicia Secc. V 11/12/2014 n. C-113/13 en modalidad de administración y entrega del transporte sanitario y los relativos reglamentos de referencia, recientemente objeto de intervenciones normativas y jurisprudenciales.

Permitiendo esto, enfrentare la cuestión central, que se relaciona como la aplicación de las nuevas tecnologías afecta el servicio y permite que sea más eficaz y eficiente.

Una de las mayores problemáticas del tema, de hecho, se refiere a la relación entre la administración sanitaria y las asociaciones de voluntariado, relación que las nuevas tecnologías pueden hacer más transparente y, por lo tanto eficientes.

Recursos públicos, decisões privadas: o que podemos aprender com a experiência brasileira de financiamento às atividades de inovação em tecnologias de saúde?

Pablo Ibañez, Hudson Pacífico da Silva e Fabíola Lana Izzi, Departamento de Geociências da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil. lanafabiola@gmail.com

Nos últimos anos observou-se no Brasil o crescimento com a preocupação da dimensão econômica relacionada à saúde, não apenas como fonte de gastos, mas também como área fundamental do desenvolvimento nacional. Sendo o setor público responsável por elevados gastos no que tange ao uso de tecnologias em saúde, a indução via política industrial e tecnológica neste campo passou a ser considerada estratégica e, efetivamente, foi incorporada ao rol dos financiamentos que visam aumentar a capacidade inovativa brasileira e diminuir a dependência externa, esta evidenciada pelo peso negativo que as tecnologias em saúde exercem na balança comercial. Nesse contexto, pôde-se verificar uma série de políticas industriais, iniciadas em 2003, contemplando a saúde em sua dimensão estratégica e de expressivo impacto no desenvolvimento tecnológico. Visando a institucionalização dessas políticas, o governo brasileiro promoveu sensíveis mudanças legais, permitindo, por exemplo, o financiamento não reembolsável, através do mecanismo de subvenção econômica, viabilizado por uma instituição, historicamente voltada ao financiamento de instituições de pesquisa e empresas públicas, a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e passou também a disponibilizar financiamentos específicos para o setor público e privado, a exemplo de fármacos e medicamentos, por meio de um banco público, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES). É na perspectiva de análise das trajetórias institucionais que estabeleceram esses financiamentos e seus impactos no sistema de saúde brasileiro que se insere a presente proposta. Para tanto, a pesquisa buscou, entre outros elementos: aprofundar o conhecimento teórico ligado ao conceito de complexo econômico e industrial da saúde (CEIS), que passou a ser utilizado pelas instituições, inclusive na orientação do financiamento, e esteve presente nas formulações das políticas industriais; analisar os contratos da subvenção econômica da FINEP voltados para as empresas ligadas à tecnologias em saúde e os empréstimos feitos pelo BNDES através de seu Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde, o BNDES Profarma. A estratégia metodológica baseou-se em pesquisa documental e bibliográfica, análise dos contratos de financiamentos e dados secundários relativos à economia brasileira, em especial, aqueles relacionados aos setores de alta intensidade tecnológica. Por apresentarem características distintas, apesar de objetivos muito próximos, esses financiamentos tiveram que ser interpretados separadamente. No caso da subvenção, este mecanismo só tornou-se possível com uma mudança legal, a partir da Lei de Inovação, tendo em vista que até 2004 financiamentos não-reembolsáveis direcionados às empresas privadas não eram permitidos. Com a alteração dessa lei, esse tipo de desembolso passou a ser gerido pela FINEP que coordenou e executou a subvenção direcionada à

setores estratégicos, dentre eles a saúde, contemplada no âmbito do CEIS. Ainda que se considere o montante pouco significativo para as enormes demandas, esse mecanismo tem importância para a política de desenvolvimento tecnológico e é visto como um indutor fundamental para o aumento da capacidade inovativa das empresas privadas no Brasil. Por outro lado, ao longo dos anos de sua existência, foram verificadas algumas mudanças e rupturas temporais nos editais, que sinalizam ainda uma baixa capilaridade e institucionalidade da política. Diferentemente da FINEP, o BNDES Profarma é um financiamento por meio de crédito, porém com juros muito abaixo dos praticados pelo mercado. O banco conta com um equipe técnica para a sua exceção, que tem procurado uma maior aproximação com as demandas do sistema de saúde brasileiro, assim como com as políticas de desenvolvimento, sobretudo, no que tange à diminuição da dependência externa e à dinamização das atividades de produção e inovação no país. É relevante ressaltar, que essas políticas estão em consonância com demandas oriundas do Ministério da Saúde que, por sua vez, tem se esforçado para dinamizá-las através do poder de compra do Estado. Este mecanismo é realizado com a delimitação de produtos estratégicos para o sistema de saúde, assim considerados por exercerem forte impacto na assistência e acesso e também nos gastos públicos em saúde. Ainda que esses mecanismos tenham se desenhado de forma complementar, ajustados com as políticas de desenvolvimento e com as políticas de saúde, alguns fatores permanecem como complicadores para sua maior efetividade, entre os quais destacam-se: o crescimento da produção de alguns desses insumos por parte de países asiáticos, como China e Índia, que tem conseguido preços bastante competitivos; a presença de oligopólios mundiais com grande capacidade de financiamento em inovação nesses segmentos de alta densidade tecnológica; os elevados custos e riscos para desenvolvimento de inovações nessas áreas, que acabam gerando uma produção nacional mais voltada para atividades incrementais no que se refere aos processos inovativos na área da saúde. O estudo realizado oferece elementos que indicam que, embora avanços possam e devam ser apontados e valorizados, a política atualmente conformada para o financiamento público para produção e inovação de tecnologias em saúde no Brasil, especialmente no que tange as duas instituições aqui analisadas, ainda encontra-se incipiente, o que, sobremaneira, não diminui sua urgência e necessária continuidade.

Strategie delle aziende farmaceutiche, regolamentazione, libertà terapeutica e contenimento della spesa: il caso Bevacimuzimab.

Remo Appignanesi e Marianna Catalini, Madonna del Soccorso – ASUR Marche, Italia.
remo.appignanesi@sanita.marche.it

Riassunto:

La patologia degenerativa della macula può essere trattata con l'utilizzo di una molecola a basso costo ma in modalità off-label, poiché la registrazione per il trattamento di questa patologia non è stata richiesta dalla ditta produttrice del farmaco, mentre sono state registrate altre molecole ad elevato costo. La vicenda evidenzia le criticità tra le strategie di marketing delle aziende farmaceutiche e le azioni di contenimento della spesa da parte del servizio sanitario pubblico e presenta elementi di interesse sia per la dinamica tra diverse istituzioni sia per le pronunce degli organi giurisdizionali.

Résumé:

La pathologie de dégénérescence maculaire peut être traitée par l'emploi d'une molécule à bas prix mais en modalité off-label, puisque l'enregistrement pour le traitement de cette pathologie n'a pas été demandé par l'industrie pharmaceutique du médicament, tandis que d'autres molécules ont été enregistrées à un prix très élevé. Cet épisode met en évidence les criticités dans les stratégies marketing des industries pharmaceutiques et les actions de restriction des dépenses de la part du service national de santé et présente des éléments d'intérêt aussi bien pour la dynamique entre les institutions que pour les jugements rendus par les institutions judiciaires.

Tema: Integrazione socio-sanitaria e lavoro di rete

Presidente: Carla Moretti, Docente di Metodologie per l'intervento di rete, Dipartimento di Scienze economiche e sociali, UNIVPM, Italia

Culture familiari e competenze nelle pratiche di cura.

Benedetta Polini, Italia. bepolini@libero.it

La comunicazione proposta vuole essere un contributo ai temi di riflessione sviluppati da ALASS, focalizzando in particolare il legame tra relazioni familiari e pratiche di cura, attraverso una sintesi del dibattito recente.

Un primo aspetto sul quale la relazione intende soffermarsi è quello che riguarda il metodo con cui analizzare il rapporto tra famiglia e cura. Assumere il concetto di relazioni familiari significa non solo tener presenti i cambiamenti che costantemente hanno interessato la famiglia, rendendo più opportuno un uso del termine famiglie, ma piuttosto dar conto dei cambiamenti nell'esperienza e nei significati di fare famiglia. Inoltre, la cura nei confronti dei bambini, rappresenta uno degli elementi più importanti dell'agire nell'ambito delle relazioni familiari.

Qualora ci si interroghi sul legame tra relazioni familiari e cura occorre tener presente le risorse e le capacità che ciascun individuo coinvolto nelle relazioni familiari è in grado di attivare nella cura; in tal senso, l'esperienza della cura si caratterizza per l'autonomia con cui i singoli, in base al sesso ed alla generazione, partecipano alle pratiche di cura. Inoltre, le culture e modelli organizzativi familiari di partenza elaborano in modo assolutamente specifico il cambiamento atteso dalle esigenze di cura. *Culture familiari* è un'espressione utilizzata nella psicologia sociale per comprendere come nelle famiglie si trasmettono e si negoziano i sistemi di valori e le credenze che regolano la vita sociale dei suoi membri. Le culture familiari, trasmesse e negoziate nelle interazioni fra i membri e con le persone esterne alla famiglia influenzano sia il *che cosa* fanno i componenti del nucleo familiare, sia il *come*. In tal senso, gli attori sociali coinvolti contribuiscono ad assicurare un certo livello di benessere a chi necessita di cura. Il legame tra relazioni familiari e pratiche di cura può quindi essere letto con riferimento ai principi di autonomia e benessere.

Nell'ambito del prendersi cura, cura qual è il ruolo dei familiari, posto che le opzioni possibili si collocano lungo un continuum che ha ad un'estremità un elevato livello di autonomia ed all'altra estremità un elevato livello di regolazione delle attività di cura?

Per rispondere alla domanda è necessario riflettere su due concetti chiave: quello di scelta e quello di intersoggettività. Le trasformazioni che hanno investito le relazioni familiari evidenziano due importanti fenomeni, quello della maggiore fluidità e fragilità dei legami, almeno rispetto alle famiglie di qualche decennio fa e quello della maggiore importanza attribuita all'individualità ed alle possibilità di scelta operate dai soggetti. Nel volgere di pochi decenni, la rappresentazione sociale di famiglia non è più focalizzata sull'idea di famiglia in cui il legame amoroso coincide con il vincolo matrimoniale e con una situazione caratterizzata da elevati livelli di nuzialità e fecondità. Piuttosto, gli studiosi parlano di famiglia ad indicare un'esperienza legata alle idee di scelta e di desiderio che ha come corollario la diminuzione della nuzialità e della fecondità. Il legame tra relazioni familiari e cura non può che essere letto, alla luce del processo di individualizzazione che ha segnato l'evolversi delle società moderne, nell'ottica della scelta delle pratiche di cura. Importante, specie per le giovani generazioni di donne e di uomini, è che la cura non venga imposta da un contesto familiare e ancor più da istituzioni pubbliche che vedano nel *caring* un'attività privata e/o esclusivamente femminile, ma che venga vissuta in una dimensione di intersoggettività e in un contesto di interdipendenza.

L'introduzione di tecnologie applicate alla cura nonché di interventi di tipo educativo permette di approfondire ulteriormente i criteri di scelta e di intersoggettività che guidano l'azione dei familiari coinvolti in pratiche di cura. Ciò in considerazione del fatto che l'ambito familiare non solo forma i ruoli necessari per l'organizzazione del lavoro nella società, compreso il lavoro di cura ma, oltre a ciò, garantisce anche gli orientamenti che corrispondono alle esigenze di legittimazione del sistema politico ed economico di dominio.

Se l'uso di tecnologie applicate alla cura facilita il lavoro svolto dai familiari ma richiede, talvolta, un *surplus* di competenze che deve essere appreso, l'immaginazione sociologica non può tacere le implicazioni che ciò comporta tanto sul piano etico quanto sul piano epistemologico degli interventi socio-sanitari. Nell'obiettivo di avvicinare le cure ai contesti di vita delle persone e rendere le persone competenti nell'affrontare la malattia avvalendosi delle tecnologie e delle competenze professionali, si rendono necessari percorsi di cura innovativi che promuovano l'integrazione tra saperi familiari e saperi professionali, permettendo così di resistere ed affrontare il cambiamento intervenuto con la malattia. Infine si rendono necessari percorsi di cura in grado di promuovere la

qualità della vita e l'esperienza del sé individuale e sociale, dal momento che la salute di una comunità locale dipende anche ed "in buona misura" dal benessere delle relazioni familiari.

Interventi socio-sanitari integrati e continuità assistenziale: il percorso di accompagnamento delle persone con Grave Cerebrolesione Acquisita.

Carla Moretti, CRISS - Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali, Università Politecnica Marche, Italia. c.moretti@univpm.it

Obiettivi della ricerca:

La ricerca è finalizzata a individuare e sperimentare nuove modalità di co-progettazione e di intervento nelle situazioni di soggetti con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) e le loro famiglie, al fine di garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio e favorire la costruzione di interventi di cura integrati a livello territoriale.

Contesto e descrizione del problema:

La normativa sull'integrazione socio-sanitaria e gli atti di indirizzo, a livello nazionale oltre che nella Regione Marche, sottolineano l'importanza dei processi di continuità assistenziale dei percorsi di cura. Tuttavia si rilevano ancora forti difficoltà a garantire una corretta gestione della continuità della cura nel passaggio dall'ospedale al domicilio e a costruire, a livello territoriale, una rete di reale sostegno alla famiglia. In particolare maggiori criticità si evidenziano nelle situazioni caratterizzate da elevata complessità sociale e socio-sanitaria, in cui è essenziale una co-progettazione degli interventi e un affiancamento della famiglia per affrontare insieme le problematiche al loro emergere ed elaborare un progetto personalizzato.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

La ricerca, realizzata nella Regione Marche, ha posto forte attenzione ai processi di co-progettazione, sia in relazione ai partner della ricerca (il Centro di Ricerca e Servizio sull'Integrazione Socio-Sanitaria dell'Università Politecnica delle Marche, l'Istituto di Riabilitazione Santo Stefano, l'Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici "Andrea" e altre organizzazioni di volontariato della Regione), sia riguardo agli interventi dei servizi socio-sanitari. In tale progetto, realizzato negli anni 2011-2014, è stato sperimentato un percorso di accompagnamento, nel quale assistenti sociali tutor hanno affiancato, per i primi sei mesi dopo la dimissione ospedaliera, le persone con GCA e le loro famiglie; al fine di individuare le risposte adeguate alla complessità dei loro bisogni e di aiutarle a orientarsi nella rete dei servizi del territorio.

Risultati e discussione:

La realizzazione del percorso di accompagnamento ha favorito l'ascolto dei bisogni della persona e della famiglia nella fase di pre-dimissione ospedaliera e ha consentito di individuare le loro esigenze e priorità, oltre che di avviare i contatti con i servizi del territorio per costruire, in modo più tempestivo, un intervento integrato di presa in carico. Particolarmente significative sono state le azioni di raccordo con i Medici di Medicina Generale, con gli operatori dei servizi socio-sanitari e con le risorse presenti nel territorio (associazioni di volontariato, organizzazioni no profit); azioni che hanno favorito la costruzione di una rete di sostegno alla famiglia.

Contributo/interesse in rapporto allo stato dell'arte o alle pratiche:

La ricerca evidenzia la necessità di individuare delle 'prassi' che consentano gli operatori delle strutture ospedaliere di raccordarsi fattivamente con i servizi territoriali, sostenute da un'organizzazione dei servizi che promuova l'integrazione degli interventi ai vari livelli. Obiettivo che richiede una forte attenzione ai percorsi formativi.

Projeto Terapêutico Familiar: uma tecnologia para a Gestão do Cuidado.

Adenilda Lima Lopes Martins, Marcelo Torres Peixoto, Rosely Cabral de Carvalho, Kelma Larissa de Oliveira Silva e Marcelo Oliveira Silva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil. adenildamartins@hotmail.com

Resumo:

As Práticas de Integração, Ensino, Serviço e Comunidade do curso de Medicina da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), utilizam tecnologias leves em Projetos Terapêuticos Familiares (PTF) com o desenvolvimento de conhecimentos biopsicossociais subjacentes à prática médica. Tendo como objetivo apresentar a experiência de um PT, em uma Unidade de Saúde da Família.

Ferramentas como Familiograma, ECOMAPA, Árvore de Problemas e formulários foram realizadas em Visitas Domiciliares, Consultas Médicas e consultorias de Clínica Ampliada e Gestão do Cuidado. Esse modelo constituiu um espaço de transformação na formação médica.

Riassunto:

Le pratiche d'integrazione, insino, servizio e comunità nel ciclo basico dell'area di Medicina Dell Università Statale di Feira de Santana (UEFS), utilizzanno tecnologie leggere nei progetti terapeutici famigliari (PTF) con lo sviluppo di conoscimenti biopsicosociale soggiacente alle pratiche Medici. L'scopo di questa ricerca è la presentazione di una esperienza di Progetto terapeutico famigliari (PTF)in ambulatorio (unità basica di salute della famiglia). Come tecnologie hanno utilizzato Il "famigliograma", ECOMAPA e Dimostrativo di Problemi e formulari. Nel processo di vicinanza delle famiglie sono fate visite alle residenze, consulenze medicee e consultoria di clinica e gestione di cura. Questo modello di attenzione e cura costituisce un modo di trasformazione nella formazione nella pratica medica.

Il lavoro di rete nella continuità socio-assistenziale: connessioni e sinergie con il territorio.

Ester Stefoni, IRSS – Istituto di Riabilitazione S.Stefano – Servizio Sociale Ospedaliero. Italia.
ester.stefoni@sstefano.it

La crisi economica e del *welfare* sta richiedendo nuovi paradigmi per uno sviluppo non solo economico, ma anche sociale, culturale, etico che concorra, insieme al sistema di *welfare*, al miglioramento della qualità della vita. In questo scenario emerge la *web society* e *le tecnologie* che quotidianamente sono entrate a far parte delle interazioni tra individui e che hanno portato cambiamenti notevoli, anche nei processi e nelle organizzazioni dei servizi socio-sanitari. In questi processi di innovazione sociale tende ad emergere un nuovo ruolo del cittadino non più inteso solo come utente/paziente/consumatore, ma come imprenditore di qualità della vita capace, se orientato nella rete dei servizi, di integrarsi e di scegliere le giuste risorse utili a lui ed alla propria famiglia.

Il lavoro di rete e le connessioni tra i servizi si costruisce sulle caratteristiche della persona e sui bisogni della famiglia perché la famiglia, portatrice di una problematicità che investe tutti i suoi membri e che ne altera profondamente l'equilibrio, deve essere riconosciuta come interlocutore privilegiato, rispettata nella sua sofferenza, ed ascoltata. Dall'ascolto della famiglia e dalla mancanza di una prassi metodologica specifica di "networking" è nato il "Servizio di accompagnamento per i soggetti con esiti di GCA e le loro famiglie" dove l'interazione tra scienza sociale e scienza medica, coadiuvata da un percorso di accompagnamento, costituisce un indubbio valore euristico nella produzione di conoscenze e un approccio rilevante per la definizione di nuovi scenari e buone pratiche. La ricerca, qualitativa, ha prodotto un processo di rete costruttivo sia per la persona che per i servizi territoriali (pubblici/privati/organizzazioni no profit) con interventi psico-socio-sanitari mirati, rispondenti anche a politiche di prevenzione (empowerment individuale/familiare, grupppale, istituzionale, comunitario) e di promozione della salute. Gli studi e le ricerche di questi ultimi anni hanno sottolineato come l'integrazione passa attraverso la costruzione della rete tra servizi e famiglia. Rete che è parte integrante del progetto ri(a)abilitazione e che è elemento fondamentale per la definizione di progetti mirati al raggiungimento di una migliore qualità di vita delle persone e delle loro famiglie.

Obiettivi:

- Facilitare il passaggio dalle cure ospedaliere/riabilitative al reinserimento domiciliare, sociale, occupazionale, in particolare per i soggetti con trauma cranico e grave cerebrolesione acquisita
- Garantire la continuità socio-assistenziale
- Agevolare l'orientamento della rete dei servizi
- Attivare le competenze territoriali sociali e sanitarie necessarie a fronteggiare emergenti situazioni di bisogno
- Sostenere la famiglia nei colloqui con gli operatori
- Organizzare ed integrare in rete le varie risorse che la comunità può esprimere- formali ed informali - necessarie alla specificità del bisogno socio-sanitario per una presa in carico integrata

Descrizione del problema e del contesto:

Siamo partiti da uno studio con il CRISS Università Politecnica delle Marche, ed effettuato dall'Associazione Traumatizzati cranici in collaborazione con l'Istituto di Riabilitazione S.Stefano.

Tramite una ricerca epidemiologica sulla presenza di persone con GCA nelle Marche, abbiamo rilevato 200 famiglie, di queste ne abbiamo intervistato solo un quarto, un numero sufficiente per cogliere le principali difficoltà che si incontrano dopo la dimissione ospedaliera.

Il senso di disorientamento è stato dominante. Il titolo finale dello studio, che è poi diventato un libro pubblicato dalla Casa editrice Affinità Elettive, si è ispirato proprio ad una delle risposte che abbiamo ricevuto: "In balia delle onde". È emblematico dello stato di abbandono che si prova nel post dimissione ospedaliera, nel passaggio da un setting di cura all'altro, in particolare per le situazioni caratterizzate da una fragilità sociale e socio-sanitaria che necessitano di un accompagnamento nel percorso, di interventi diversificati e flessibili, con un'offerta componibile in base alle necessità dove è centrale il coinvolgimento del paziente e dei familiari.

La percezione è: "i servizi ci sono, ma non sappiamo dove trovarli e come attivarli". Se per la disabilità congenita, infatti, c'è un percorso strutturato, per quella "acquisita" sono gli ospedali che rimandano al territorio. Da qui l'idea di un discorso più programmato, più conosciuto e condiviso: ospedale, assistenza – famiglia, territorio.

Teorie, metodi e materiali utilizzati:

La metodologia, scaturita dalla prassi del servizio, ed elaborata dal CRISS, si articola in diverse fasi e vede il coinvolgimento del Servizio Sociale ospedaliero e di assistenti sociali tutor formate. L'attivazione del servizio di accompagnamento, gratuito, ha durata sei mesi, utili per creare sinergie con il territorio. Si lavora sulle connessioni della "rete" dell'utente, della famiglia e della comunità di riferimento. Le teorie: Living Lab, lavoro di Rete, community work, empowerment, narrazione autobiografica. Gli strumenti: Colloquio, Contratto, Visita domiciliare, Riunioni di équipe, Relazione socio-ambientale, Diario Sociale, Mediazione/negoziazione con i servizi, Mappa delle reti istituzionali, Mappa dei servizi attivati nel territorio, Progetto individualizzato (contributo ai professionisti del territorio), Documentazione, Relazione conclusiva.

Risultati:

Lavorare con la famiglia ha significato riconoscerne la competenza a prendersi cura del proprio congiunto; riconoscerne le potenzialità, e la capacità di intervenire a fianco dei tecnici per la costruzione del "progetto di vita" del soggetto con disabilità acquisita.

Il servizio di accompagnamento e il servizio sociale professionale sono riusciti a trovare un modo per tenere in collegamento i diversi servizi che sono stati coinvolti: una vera e propria rete che ha raccolto le risorse necessarie per dare risposte efficienti agli utenti.

Dal 2010, abbiamo attivato finora 29 servizi di accompagnamento, di questi 5 persone hanno iniziato la borsa lavoro, 3 sono in fase di preparazione per ottenerla. Si tratta di casi con età tra i 40 e 50 anni, solo tre riguardano persone anziane, dove il servizio è stato utile per mettere in rete risorse di volontariato competenti nell'assistenza per dare "sollievo" ai caregivers.

Tema: Tecnologie Assistive e Robotica per il supporto delle attività quotidiane

Sessione organizzata da: Luisa Damiano, CERCO, Università degli Studi di Bergamo, Italia; Roberto Lusardi e Stefano Tomelleri, Università degli Studi di Bergamo, Italia.

Il settore delle tecnologie assistive, in particolare nell'ambito della robotica, oggi conosce uno sviluppo senza precedenti. E' una crescita che non si limita alla creazione di dispositivi sempre più avanzati, capaci di associare possibilità concrete di recupero funzionale e di recupero sociale in un numero sempre maggiore di aree di disabilità. Attualmente il progresso tecnologico e l'estensione delle aree di applicazione sono supportati dalla strutturazione e dalla sperimentazione di metodologie che si sforzano di condurre la produzione di tecnologie assistive verso la piena soddisfazione delle esigenze terapeutiche e dei bisogni degli utilizzatori. In ambito metodologico questi ultimi tendono ad acquisire un ruolo sempre più rilevante, venendo concepiti non più come nodi in una rete commerciale, ma come soggetti attivi nei processi riabilitativi, il cui punto di vista fornisce alla tecnologia e alla medicina una prospettiva privilegiata per l'orientamento della produzione di carattere assistivo verso l'ottimizzazione dei percorsi terapeutici e di recupero.

La sessione speciale che proponiamo intende riunire specialisti nella produzione di tecnologie assistive, specialisti nell'ambito della creazione di metodologie a supporto di tale produzione, specialisti in medicina riabilitativa e pazienti in riabilitazione con tecnologie di alto livello. L'intento è

quello di avviare un dialogo che, connettendo questi diversi punti di vista, stimoli una produzione metodologica di carattere "human centric".

Alcune questioni al centro del *forum* saranno:

- Come coinvolgere i diversi attori sociali (creativi, industriali, clinici, utilizzatori) nei processi di sviluppo e implementazione?
- Come integrare le tecnologie nei diversi "setting" di vita quotidiana degli utilizzatori?
- Come facilitare l'esportazione dei prodotti tecnologici in diversi contesti culturali?
- Come conciliare le dimensioni etica e sociale nei processi di sviluppo tecnologico?

Tecnologie assistive di tipo robotico: metodologie in dialogo.

Luisa Damiano, R. Lusardi, Italia.

Esoscheletri robotici per la riabilitazione motora: aspetti metodologici.

F. Molteni, Italia

Robot come mediatori sociali: aspetti metodologici.

H. Lehmann, Italia

Robot, una mano per l'uomo: un progetto di dialogo.

G. Lombardi, Italia

Sessione 46

Aula 4

Tema: Politiche sanitarie e tecnologia

Presidente: Carolina Tetelboim Henrion, UAM, Mexico

A contratualização como ferramenta de gestão na atenção primária: análise de modelos e considerações para o cenário brasileiro.

Márcia Silveira Ney, Célia Regina Pierantoni e Luís Velez Lapão, Brasil

Programa mais medicos do governo federal do Brasil.

Isabela Cardoso de Matos Pinto, Catharina Leite Matos Soares e Vinício Oliveira, Brasil

Propuesta de Reforma al Sistema de Salud Privado en Chile: una ventana de oportunidad para la equidad.

Mario Parada e María Inés Romero, Chile

Sessione 47

Aula 5

Tema: Tecnologie comunicative per la salute dei pazienti

Presidente: Ana Maria Malik, FGV - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Brasil

Prevenzione della salute e comunicazione sociale: il progetto Terzo schermo.

Luca Sala, Italia

A prevenção ao tabagismo e cessação tabágica no Brasil: perspectivas sobre o uso tecnologias de informação e comunicação em saúde.

Rosane Aparecida de Sousa Martins e Luis Saboga-Nunes, Brasil

Resumo:

Estudos apontam a ampliação dos agravos e malefícios do tabagismo, aumento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis e urgência de fortalecimento de ações de prevenção e cessação tabágica. Este estudo é parte da pesquisa de pós-doutorado, cuja metodologia baseou-se em pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Para a coleta de dados realizou-se pesquisa bibliográfica e documental acerca da realidade brasileira e o uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde para as ações de prevenção e cessação tabágica.

Riassunto:

Studi rivelano l'aumento delle gravi malattie del tabagismo, l'aumento di casi di malattie croniche non trasmissibili, e l'urgenza del rafforzamento delle azioni di prevenzione e cessazione tabagista. Questo studio è parte della ricerca di post dottorato in cui la metodologia è basata sulla ricerca qualitativa, descrittiva ed esplorativa. Per la raccolta dei dati si è realizzato una ricerca bibliografica e documentata sulla realtà brasiliana e l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione in sanità per le azioni di prevenzione e cessazione tabagista.

Internet e saúde: como uma comunidade virtual pode ser resolutive para doentes celíacos.

Maria Cristina Tommaso, Célia Regina Pierantoni, Vânia Soares e Marinez de Souza, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. mcristinatommaso@gmail.com

Resumo:

No papel das tecnologias interativas de troca de informações a internet se trata de um recurso que permite obtenção de todo tipo de informação e capacitação tanto individual quanto coletiva. Uma das pulsões mais fortes do ciberespaço é a *interconexão*, sempre preferível ao isolamento. Este estudo pretendeu analisar uma comunidade virtual de doentes celíacos e compreender aspectos da interação humana que não estará isenta de promover fenômenos sociais inéditos ou sob uma nova forma de expressão. No Brasil, como na Europa e Estados Unidos, a DC acomete cerca de 1 em cada 100 a 200 indivíduos da população geral. Resultados deste estudo apontam o desconhecimento geral e de profissionais da saúde um dos maiores problemas do DC, além da pouca oferta de produtos industrializados e produtos confiáveis para este grupo. Na percepção dos entrevistados, uma comunidade virtual tem a vantagem da liberdade de tempo e espaço e representa uma alternativa influente na vida dos seus membros. Os sentimentos de acolhimento e de entendimento, assim como ações mais objetivas, como orientação e receitas, estão presentes nos discursos e confirmam as teorias de 'nova racionalidade', na qual indivíduos estão conectados e se associam em torno de um objetivo, tornando a internet um instrumento de alta resolutive.

Riassunto:

Il ruolo delle tecnologie interattive di informazioni lo scambio Internet è una caratteristica che permette di ottenere tutti i tipi di informazioni e formazione individuale e collettiva. Uno dei più forti istinti del cyberspazio è l'interconnessione, sempre preferibile all'isolamento. Questo studio ha lo scopo di analizzare una comunità virtuale di pazienti celiaci e comprendere gli aspetti di interazione umana che non è senza promuovere fenomeni sociali inediti o in una nuova forma di espressione. In Brasile, come in Europa e negli Stati Uniti, DC colpisce circa 1 ogni 100 a 200 individui nella popolazione generale. I risultati di questo studio indicano la generale mancanza di operatori sanitari e uno dei più grandi problemi di CC, oltre alla scarsità di prodotti trasformati e prodotti affidabili per questo gruppo. Nella percezione degli intervistati, una comunità virtuale ha il vantaggio della libertà di tempo e spazio e rappresenta un'alternativa influente nella vita dei suoi membri. Sentimenti di accettazione e di comprensione, nonché le azioni più mirate, quali l'orientamento e le ricette, sono presenti nei discorsi e confermare le teorie di "nuova razionalità", in cui gli individui sono collegati e sono associate intorno ad un obiettivo, rendendo internet uno strumento ad alta risoluzione.

Telemedicina: uma ferramenta para ampliar o acesso a assistência em saúde no Brasil.

Ana Maria Malik e Fernanda Martins Viana, Fundação Getulio Vargas, Brasil. femartinsviana@gmail.com

Resumo:

A dificuldade de acesso à assistência constitui grande problema para sistemas de saúde e países no mundo todo. Buscar soluções eficientes para ampliar este acesso e melhorar a assistência em saúde tem sido um grande desafio para governos e sistemas de saúde. A telessaúde vem despontando como uma das possíveis soluções.

O objetivo deste trabalho é analisar a telemedicina como ferramenta para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi utilizada metodologia qualitativa analítica do tipo "Theory Building from Cases", envolvendo o estudo de dois casos: a Rede de Teleassistência de Minas Gerais e a Rede de Telessaúde do Canadá. Os resultados mostraram que a telemedicina ampliou o acesso à assistência em áreas remotas e rurais, proporcionou economia de recursos devido à redução de deslocamentos de pacientes, possibilitou a

educação à distância de profissionais de saúde e, com isso, melhorou a qualidade da atenção prestada. Assim, a concluiu-se que a telemedicina é uma ferramenta eficiente para ampliar o acesso à assistência em saúde no Brasil, colaborando para o cumprimento dos princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e resolutividade.

Riassunto:

La difficoltà di accesso alle cure è grande problema per i sistemi sanitari e dei paesi di tutto il mondo. Cercare soluzioni efficaci per ampliare l'accesso e migliorare l'assistenza sanitaria è stata una grande sfida per i governi e sistemi sanitari. La telemedicina sta emergendo come una delle possibili soluzioni.

L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare la telemedicina come strumento per espandere l'accesso alle cure sanitarie in Brasile, nell'ambito del sistema sanitario unificato (SUS). È stato utilizzato analitica metodologia qualitativa della "Teoria Compilare da cause" che coinvolgono lo studio di due casi: una rete Teleassistenza di Minas Gerais e la Rete Telehealth del Canada. I risultati hanno mostrato che la telemedicina ampliato l'accesso alle cure nelle zone remote e rurali, a condizione che il risparmio di risorse a causa della riduzione degli spostamenti dei pazienti, la formazione a distanza permesso di professionisti della salute e, in tal modo, ha migliorato la qualità delle cure fornite. Pertanto, si è concluso che la telemedicina è uno strumento efficace per aumentare l'accesso alle cure sanitarie in Brasile, contribuendo al rispetto dei principi di universalità di SUS, globale, equo e risoluzione.

Résumé:

L'accès difficile à l'assistance constitue un grave problème pour les systèmes de santé dans les pays du monde entier. Trouver des solutions efficaces pour accroître cet accès et améliorer l'assistance santé s'est révélé un défi majeur pour les gouvernements et les systèmes de santé. Or, la télésanté apparaît comme l'une des solutions envisageables. Ce travail a donc pour objectif d'analyser la télémédecine comme outil d'amplification de l'accès à l'assistance en matière de santé dans le cadre du Système Unique de la Santé brésilien (SUS). Notre méthodologie analytique et qualitative s'est fondée sur l'étude de deux cas pour l'élaboration de la théorie ("Theory Building from Cases") à savoir : le Réseau de Téléassistance de l'état de Minas Gerais au Brésil et le Réseau de Télésanté du Canada.

Les résultats de ces études ont démontré que la télémédecine permet, de fait, un accès accru à l'assistance dans les campagnes et les régions isolées mais aussi des économies grâce à la réduction du nombre de déplacements des patients ; elle rend également propice les formations à distance des professionnels de la santé et améliore, en conséquence, la qualité des soins apportés. Ainsi, nous pouvons conclure que la télémédecine est un outil efficace pour augmenter l'accès à l'assistance santé au Brésil, qui permet également de remplir les principes du SUS d'universalité, d'intégralité, d'équité et de resolutivité.

Portal mi salud: innovando para acercar la salud a los usuarios de atención primaria.

Javiera Corbalán Pössel, Carolina Hormazabal, Rodrigo Ortega e María Inés Romero, Chile

Sessione 48

Aula 6

Tema: Formazione universitaria e formazione permanente in sanità

Presidente: Magda Duarte dos Anjos Scherer, Professeure de Saúde Pública, Universidade de Brasília, Brasil

De la Universidad a los servicios de salud, de los servicios a la universidad: lo que los enfermeros hablan sobre la educación permanente como tecnología en salud

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão, Fernando Sergio Pereira de Sousa, Maria Raquel Rodrigues Carvalho, Adriana Catarina Souza Oliveira e Maria Salete Bessa Jorge, Universidade Estadual do Ceará- UECE, Brasil, España. Ilse.tigre@uece.br

INTRODUCCIÓN:

La educación ha sido considerada como una herramienta para el cambio y la transformación de la sociedad. Transformaciones educativas y sociales tienen repercusiones en las formas de producir, en diferentes campos del conocimiento y la producción de bienes y servicios. Se entiende que el proceso de educación en salud es en el complejo campo de la atención humana que aunque se registró por

las divisiones ordenadas en los planes de estudio, así como las directrices de las composiciones institucionales y profesionales, revela la necesidad de un intercambio activo de experiencias, habilidades y direcciones a actos cotidianos. La educación sanitaria y la formación en Brasil están marcadas por el cambio. Todo este proceso es el resultado de la discusión y reformulación derivada de la necesidad de seguir los ideales de la reforma de salud, las políticas y los nuevos acuerdos sanitarios técnicos vigentes en el país, los cuales, sin embargo, todavía observan la inclusión de profesionales aptos para trabajar con nuevos paradigmas de salud y satisfacer las necesidades de la población.

OBJETIVOS:

Analizar la percepción de las enfermeras en relación con las prácticas de las actividades educativas de los trabajadores de la salud en la Unidad Básica de Salud (UBS) bajo los conceptos de educación continua en materia de salud (EPS).

METODOLOGÍA:

Estudio de la Cruz, el tipo de análisis, vinculado a la encuesta titulada Salud en el proceso de formación como estrategia de mejora de la atención interdisciplinaria e integral para el NHS. Se llevó a cabo en Fortaleza-Ceará- Brasil, en las Regiones de Salud IV, V y VI. Entrevistaron a 33 enfermeras que actúan como preceptores durante al menos una año después de que los estudiantes practiquen campo / etapa de las universidades participantes en el estudio. El tratamiento del material empírico fue guiado por el análisis de contenido temático, reflexiva y crítica de las entrevistas. Un resumen general de las entrevistas, permitió elegir a los siguientes temas: Tema 1, La educación continua en el SUS: universidad para la práctica cotidiana. Tema 2 Dilemas de Educación Permanente de la Salud: la formación, la actualización o la tecnología para la consolidación del SUS?

RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

En el primer tema enfermeras entienden que el proceso de EPS se inserta en un contexto formado por la universidad y los servicios, en un escenario (Universidad) influye en la otra (servicio) y viceversa. Educación en el trabajo es parte de, en un contexto tenso, donde existe la posibilidad de que tanto limita a reproducir el tecnicismo y la normatividad de trabajo como las oportunidades de recuperación de conjunto de los procesos de trabajo. En el Tema 2 se nombró a la educación permanente en salud es una tecnología que debe considerar la formación, proceso dinámico utilizado para contribuir al progreso social, en continuo desarrollo y que permitirá a los profesionales al trabajo basado principalmente en el uso de tecnologías relacionales. Sin embargo, es claro en las entrevistas, el foco de la práctica clínica en el proceso de formación y que esto surge como un indicador clave para evaluar las condiciones de asistencia técnica de profesionales de la salud. Al exigir algo más amplio, clínica, en opinión de los participantes, que hace que el aprendizaje activo de conciliar el aprendizaje teórico con habilidades prácticas respaldadas por el director, el personal y el usuario.

CONTRIBUCIONES:

Este estudio sugiere la activación de estrategias para la consolidación del Sistema Único de Salud en el proceso de formación con el fin de involucrar a los sujetos en la construcción de la atención de salud resuelto, amplia y justa como un derecho civil, utilizando la educación permanente en salud como estrategia.

Panorama da abordagem da Atenção Primária em Saúde nos cursos de graduação em medicina no estado do Rio de Janeiro

Swheelen de Paula Vieira, Celia Regina Pierantoni, Brasil

Tecnologias educacionais da Educação Permanente em Saúde: uma experiência ensino-serviço

Isabela Cardoso de Matos Pinto, Terezinha de Lisieux Quesado Fagundes, Ednir Assis Souza e Sara Cantílio, Brasil

Campus Virtual de Saúde Pública: ampliando o acesso ao conhecimento e formação em Saúde Pública

Ana Cristina Da Matta Furniel, Rosane Mendes da Silva e Ana Paula Mendonça, Brasil

O uso de tecnologias leves no ensino de odontologia: relato de experiência.

Roselita Sebold, Daniela Lemos Carcereri; Camilla Villela Papaleo; Jaqueline Leonardi Pazinato; Rayani Ruiz; Tamara Eduarda Hess Borba; Vânia Marli Schubert Backes; Luana Zilli Teixeira¹; Núbia Giuliani; José Luis Medina Moya, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.
roselita_sebold@yahoo.com.br

Apesar de alterações significativas no ensino da saúde, há muito ainda que desenvolver, pois o atual sistema de ensino oferece ainda ao mercado de trabalho, profissionais que são preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual e curativa sendo, incapazes de propor um diagnóstico coletivo em uma abordagem integralizadora, pois o ensino odontológico ainda está fundamentado no modelo que se caracteriza pela ênfase no tecnicismo na maioria dos cursos de graduação do país (GARBIN et al., 2006).

Para contemplar essa reorientação na formação, mudanças vêm ocorrendo no ensino de profissionais da saúde por meio de parcerias entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde com a sinalização de uma reforma curricular (CARCERERI et al., 2011). Com o intuito de aperfeiçoar essas mudanças foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde). Estes foram elaborados com base nas DCN para a área da saúde e no Sistema Nacional da Educação Superior, buscando sintonizar a formação em saúde às necessidades sociais, considerando as dimensões históricas, culturais e econômicas da população. Sua finalidade é formar profissionais com perfil adequado às 2 necessidades sociais e isto implica fomentar a capacidade de aprender a aprender, trabalhar em equipe, comunicar-se, ter agilidade diante das situações, ter capacidade propositiva e habilidade crítica. (ARAUJO, ZILBOVICIUS, 2008; BRASIL, 2007, 2010; CARCERERI et al., 2011; FERREIRA et al, 2006; MORITA; HADDAD, 2008).

Para viabilizar essa formação a disciplina de Interação Comunitária (IC) do curso de odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) articula saberes no eixo interdisciplinar em oito fases. A disciplina procura caminhar em um movimento de ação-reflexão-ação onde são elaborados os conhecimentos, as sugestões pessoais e as interações entre os diversos atores implicados que aprendem e ensinam em vários cenários, procurando superar as contradições desta realidade vivida (FREIRE, 1986). É intrínseca a necessidade de agregar outros instrumentos na produção dos serviços de saúde e, nesse sentido, as tecnologias leves também precisam se constituir em instrumentos do cotidiano da produção dos serviços de saúde (MERHY, 2002). O objetivo deste trabalho é relatar experiência vivida pela Interação Comunitária – VI que trabalhou a inserção do aluno no PSE (Programa Saúde na Escola), os registros de cunho coletivo no e-SUS. Sendo que esses dados desencadearam o início de uma investigação para compreender como era o processo tratamento das águas de abastecimento público, da área adstrita à unidade de saúde em que se deu o estudo.

O trabalho foi desenvolvido em um bairro com 16,86km² no município de Florianópolis (SC), com aproximadamente 19 mil habitantes, o bairro é cortado por uma rodovia estadual, conta com quatro conjuntos habitacionais e com moradores em outras cinco localidades em morros do bairro. Apenas uma pequena parte do bairro é coberta pela rede de abastecimento pública (CASAN), sendo que na maior extensão fica sob responsabilidade das associações de moradores pela captação e tratamento da água de abastecimento público. O bairro disponibiliza de uma unidade de saúde com o funcionamento de seis equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família), cinco das quais com ESB (Equipe de Saúde Bucal). A escola assistida neste semestre foi uma escola Estadual, sendo dada continuidade as atividades do primeiro semestre, mas agora com os alunos do ensino fundamental anos finais. A equipe responsável pelas atividades foi composta por quatro alunas de 3^a graduação da 6^a fase, duas preceptoras e uma aluna do doutorado, coordenadas pela docente responsável por esta unidade.

Uma das propostas da disciplina de Interação Comunitária VI é apresentar aos alunos o Programa Saúde na Escola (PSE) que foi instituído no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde pelo Decreto nº 6.286 de 5/12/2007 para consolidar a Política Nacional de Promoção da Saúde através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde das Equipes de Saúde da Família (ESF) articuladas com a educação pública. Dentre os objetivos, destacam-se: fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar e promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2013).

A UFSC para adequar-se às orientações das diretrizes curriculares, tem procurado inserir de forma efetiva os alunos no mundo do trabalho, na busca de conhecimentos práticos, reais, em consonância com as necessidades da população.

Esta inserção no mundo do trabalho almeja o desenvolvimento nos alunos de habilidades de comunicação, de planejamento, de trabalho em equipe, considerando-se os contextos específicos.

Uma das ações propostas pelo PSE é a avaliação de saúde bucal e para facilitar esse procedimento na primeira visita a escola é solicitada a lista de chamada com data de nascimento do aluno, e nesta mesma são feitas as anotações de acordo com o critério de atividade e risco à cárie.

Conforme preconizado pelo PSE à avaliação de saúde bucal deve ser realizada uma vez ao ano, com o objetivo de avaliar o estado de saúde bucal e situações de maior vulnerabilidade, identificando os estudantes com necessidade de cuidados específicos (BRASIL, 2013).

As alunas são preparadas para observar condições específicas como dor de dente, dentes cariados, dentes ou restaurações fraturadas, alterações visíveis nos tecidos moles da boca, alterações periodontais e oclusais severas. Foram examinados 141 alunos em sete turmas e destes 64 apresentaram algum tipo de alteração nas condições de saúde bucal. 4

Outra proposta da ementa para disciplina nesta fase é trabalhar a necessidade e importância de registro e análise dos dados. Para alcançar este objetivo foi apresentado as alunas o dispositivo do e-SUS.

O e-SUS Atenção Básica é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico. (BRASIL, 2014).

Todos os educandos identificados com alterações foram registrados na Ficha de Atividade Coletiva do sistema e-SUS AB, sistema de monitoramento vigente para as ações do Componente I do PSE.

Com base nos critérios de exame foram planejadas as ações de prevenção, cujo foco principal é a doença cárie e assim definido os critérios de aplicação tópica de flúor. Como a cárie dentária é uma doença multifatorial que engloba fatores necessários (biofilme), determinantes (açúcares e uso de fluoretos) e moduladores (biológico- saliva e social –contexto socioeconômico cultural de inserção dos indivíduos). Nesse sentido, as alunas conseguem compreender que para o controle da doença, devem-se considerar tais fatores e meios de agir sobre eles, a partir do seu entendimento.

No contexto social, incluem ações de Promoção da saúde, no conceito ampliado de saúde atuando nos fatores da educação, renda, classe social, comportamento, vulnerabilidade, atitudes e conhecimento, ou seja, políticas integrativas amplas que considerem a educação como estratégia para a promoção da saúde. Com este enfoque de promoção da saúde começou-se uma discussão e aprofundamento sobre o uso do flúor e seus benefícios para saúde coletiva. Esses espaços de diálogo e troca de experiências a partir das vivências são extremamente produtivo para o desenvolvimento do aluno.

Observa-se, porém, que as informações, obtidas em nível municipal, ou nas próprias unidades de saúde, são pouco utilizadas e, muitas vezes, sequer chegam a ser publicadas. Com isso, esses estudos são subutilizados, e seus 5 achados e conclusões raramente geram soluções efetivas, ficando inexplorado o potencial dos dados produzidos (TRAEBERT et al., 2002).

Ao contrário do que se observa normalmente com a polarização da cárie a escola em questão apresentou uma distribuição uniforme da doença cárie, 45% dos alunos examinados apresentaram algum tipo de alteração na saúde bucal. Algumas suposições começaram a ser discutido entre o grupo, uma delas foi descobrir onde os alunos moravam, para ver se havia alguma correlação com a distribuição da água de consumo da população. Paralelamente a isso se sentiu a necessidade de conhecer os locais onde são feitas a captação e tratamento de abastecimento da água que é distribuída para população do bairro, pois sabíamos que não havia adição de flúor nesta água. Fato que foi comprovado com nossa visita em quatro postos de captação. Conseguimos o nome do responsável técnico pelo tratamento da água e na próxima fase os estudos continuam para ver se há correlação entre o consumo de água não fluoretada e a doença cárie neste grupo específico.

Com a introdução do flúor como fator de prevenção da cárie dentária, em municípios que adicionam flúor na água de abastecimento público, observa-se, em grande parte da população, uma diminuição na prevalência de cárie. (GILLCRIST et al., 2001; JONES & WORTHINGTON, 2000; STEPHEN et al., 2002; PINTO, 2008).

Orario: 12:30-13:00

Chiusura e proclamazione dei vincitori dei premi

Orario: 13:10-14:30



Orario: 14:45

Visita della Città di Urbino¹

¹ La visita è riservata a coloro che hanno dato adesione alla Segreteria Alass e comunque a coloro che hanno segnalato la preferenza entro il 31 luglio 2015

17° Edizione dei "Premi d' Eccellenza nell'analisi dei sistemi sanitari"

In occasione di CALASS 2015, l'ALASS assegnerà per il 17° anno consecutivo i "Premi d'eccellenza nell'analisi dei sistemi sanitari".

Il premio di eccellenza «**Comunicazione**» sarà attribuito alla migliore comunicazione.

Il premio di eccellenza «**Poster**» sarà attribuito al miglior poster.

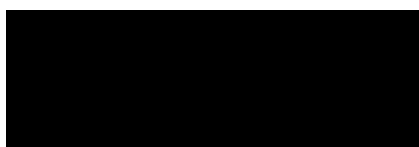
Le comunicazioni e i poster in gara saranno selezionati in anticipo da una giuria "ad hoc" dell'ALASS attraverso i manoscritti originali sottoposti al Congresso. Ogni premio dà diritto all'iscrizione gratuita al successivo Congresso CALASS e alla menzione sul sito web.

I manoscritti arrivati per la partecipazione ai Premi di eccellenza saranno altresì selezionati da alcuni componenti del Comitato Scientifico locale per eventuale pubblicazione in riviste indicizzate e volumi collettanei.

Media partner di CALASS 2015 è:

ABOUTPHARMA
AND MEDICAL DEVICES

Il CALASS 2015 beneficia del supporto di:



Si prega di consultare gli [aggiornamenti](#) del programma nel nostro sito: www.lass.org

ALASS
Fax : +34 93 202 33 17
Apartado de Correos 12098
E-mail : alass@alass.org
E-08006 Barcelona
www.lass.org