

Accreditamento e governo clinico Esperienze a confronto

Atti del convegno

Reggio Emilia, 15 febbraio 2006

ISSN 1591-223X
DOSSIER
141-2007



Accreditamento e governo clinico Esperienze a confronto

Atti del convegno
Reggio Emilia, 15 febbraio 2006

Accreditamento

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, gennaio 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss141.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

La redazione del volume è a cura di

Maria Ravelli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Renata Cinotti Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Hanno curato la predisposizione dei Capitoli

Marina Amadori Azienda USL di Cesena

Cinzia Morena Arduini Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Emanuela Burani Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Eugenio Cerelli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Renata Cinotti Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Dorella Costi Azienda USL di Reggio Emilia

Marisa Ferrari Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Oscar Gaddi Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Angelo Ghirarduzzi Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Gaddomaria Grassi Azienda USL di Reggio Emilia

Roberto Grilli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Maria Paola Lince Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Giorgio Mazzi Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Iva Manghi Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Gianfranco Mercurio Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Francesca Novaco Azienda USL di Modena

Massimo Pantaleoni Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Antonella Parisoli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Luisa Pavarelli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Rita Pratissoli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Maria Ravelli Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Stefano Regnani Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Alessandra Ronzoni Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Giacomo Serafini Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Laura Trabucco Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Ivan Trenti Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

Virna Valmori Azienda USL di Cesena

Indice

Presentazione	7
Il punto di vista concettuale sui temi proposti e le implicazioni organizzative nell’Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	9
1. Il collegio di direzione e i dipartimenti protagonisti dello sviluppo di programmi di governo clinico	11
2. Accreditamento: sistema di opportunità per lo sviluppo di un governo clinico applicato	15
3. Il modello organizzativo dell’Arcispedale Santa Maria Nuova per il governo clinico	23
4. Proposte aziendali per lo sviluppo delle reti dipartimentali nell’ASMN	29
Aspetti di metodo ed esempi operativi in alcune Aziende regionali	35
5. Utilizzo dei risultati delle verifiche per la pianificazione strategica aziendale	37
6. Sviluppo di percorsi assistenziali “controllati”: il caso del politrauma	41
7. La promozione della sicurezza dei pazienti: la gestione del rischio	47
8. La valutazione della performance: audit clinici interaziendali	55
9. Accreditamento e qualificazione dei processi	61
10. Conclusioni del Direttore generale dell’ASMN	65

Il contributo del processo di accreditamento a risultati specifici di governo clinico presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova **67**

- | | |
|---|-----|
| 11. Pianificazione dipartimentale e valutazione | 69 |
| 12. L'attenzione al paziente dal punto di vista del professionista | 75 |
| 13. Il governo delle interfacce: il caso del dolore toracico | 83 |
| 14. Percorsi di miglioramento: la gestione delle liste d'attesa nelle indagini radiologiche | 91 |
| 15. Lo sviluppo di standard di prodotto. Le lesioni difficili | 99 |
| 16. Integrazione interdipartimentale: profili diagnostici concordati | 107 |
| 17. Risultati delle visite di accreditamento | 115 |

Appendice **119**

Programma del convegno "Accreditamento e governo clinico: esperienze a confronto"
Reggio Emilia, 15 febbraio 2005

Presentazione

Il Dossier pubblica gli atti del convegno *Accreditamento e governo clinico: esperienze a confronto*, organizzato dall'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova, tenutosi il 15 febbraio 2006 a Reggio Emilia.

L'Azienda, reduce dalla conclusione del percorso di accreditamento, terminato con successo in 6 dipartimenti su 10, ha inteso documentare i miglioramenti ottenuti per effetto dell'attività di preparazione all'evento e contemporaneamente offrire un'occasione di riflessione sul tema dell'integrazione degli approcci alla qualità tecnico-professionale con quella organizzativa.

Il materiale presentato costituisce un contributo per coloro che stanno sviluppando questo percorso e offre interessanti spunti di riflessione e approfondimento nonché esempi di realizzazioni trasferibili in altri contesti.

Il Dossier si articola in tre sezioni a partire da una riflessione e puntualizzazione sul senso e le coerenze del percorso di accreditamento nello sviluppo del Sistema sanitario e delle sue politiche, che aiuti a collocare l'esperienza aziendale nel contesto dei percorsi in atto nella sanità regionale.

Lo sforzo è di dare evidenza alle interazioni fra il percorso di verifica della qualità delle organizzazioni e l'approccio del "governo clinico", a livello sia teorico che operativo, in particolare cimentandosi con le sue implicazioni e traduzioni organizzative.

L'Azienda presenta quindi la propria proposta organizzativa di sviluppo della funzione e dei programmi di governo clinico, fortemente orientata all'integrazione dei due approcci.

Nella seconda sezione vengono poi documentate, allo scopo di condividerle e se utili trasferirle in altri contesti aziendali, specifiche esperienze realizzate in preparazione all'accREDITAMENTO che, integrando operativamente la vista organizzativa con quella professionale, hanno creato un valore aggiunto in termini di miglioramento di percorsi assistenziali o tecnico-organizzativi.

La focalizzazione è prevalentemente sugli aspetti di metodo che vengono illustrati da esempi significativi maturati sia presso il Santa Maria Nuova sia in altre Aziende della regione.

La terza sezione è invece dedicata alla valorizzazione di prodotti o risultati specifici di governo clinico realizzati presso l'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia contestualmente al percorso preparatorio alla visita di verifica.

Questo Dossier rappresenta inoltre un esempio (e la documentazione) del positivo rapporto che in Emilia-Romagna si è instaurato fra le Aziende sanitarie e gli organismi regionali e dei risultati - non irrilevanti - che ne sono derivati.

Renata Cinotti

Maria Ravelli

Il punto di vista concettuale sui temi proposti e le implicazioni organizzative nell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia

1. Il collegio di direzione e i dipartimenti protagonisti dello sviluppo di programmi di governo clinico ¹

Dopo una lunga fase storica in cui l'attenzione principale dei sistemi sanitari sembrava essere concentrata principalmente sulla necessità di contenere i costi operando sugli assetti gestionali e organizzativi con l'esplicito intento di recuperare margini di efficienza operativa (obiettivi che nel contesto italiano sono stati alla base del processo di aziendalizzazione), si è fatta progressivamente strada in molti contesti la consapevolezza che l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza del loro utilizzo nella pratica debbano rappresentare un interesse primario, anche se evidentemente non esclusivo. In altri termini è parso evidente come fosse trascurata una dimensione assolutamente rilevante ed essenziale della qualità dell'assistenza, vale a dire la capacità dei servizi e degli operatori di mantenere *performance* professionali su standard accettabili in termini di risultati clinici ottenuti e di appropriatezza nell'uso degli interventi.

Comunicazione tra cittadini e servizi

Questa nuova visione delle priorità ha avuto, come spesso accade, diversi determinanti. Probabilmente uno dei più importanti è stata l'esigenza di ridefinire i rapporti tra cittadini e servizi in modo tale che la capacità di questi ultimi di offrire un'assistenza di buona qualità rappresentasse esplicitamente l'aspetto centrale dei termini della loro *accountability*, vale a dire della loro responsabilizzazione nei confronti di cittadini e pazienti.

Per esempio, in Inghilterra, Paese in cui il concetto di governo clinico è nato, casi come quello della cardiocirurgia pediatrica di Bristol (dove un *team* cardiocirurgico ha per molto tempo potuto continuare ad operare con indici di mortalità operatoria particolarmente elevati, sostanzialmente nell'inerzia dei diversi livelli di responsabilità e governo) hanno avuto certamente un impatto decisivo nel testimoniare come il garantire prestazioni di buona qualità fosse una necessità prioritaria, spesso trascurata dai servizi e che i meccanismi di verifica e controllo interni alla professione medica sono del tutto insufficienti e intempestivi come strumento di mantenimento delle *performance* professionali su standard accettabili.

¹ Roberto Grilli, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.
Tratto da Grilli R. Governo clinico. *Care*, 4: 19-20, 2003.

Governo clinico e politica sanitaria

Questi elementi hanno rappresentato, di fatto, lo stimolo per la nascita di una rinnovata attenzione a come realmente vengono assistiti i pazienti, attenzione che nel mondo anglosassone è stata indicata come *clinical governance*, da noi traducibile in governo clinico, sottolineando, in questo modo, l'importanza della funzione clinico-assistenziale dell'attività dei servizi - e quindi delle diverse figure professionali che ne sono responsabili direttamente -, l'esigenza che efficacia e appropriatezza clinica diventino parte dei criteri operativi dei servizi, e infine l'esigenza di monitoraggio, indirizzo e regolazione dei processi assistenziali. In particolare, nel Regno Unito, laddove il concetto è nato, la *clinical governance* viene definita come

il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica
(liberamente tradotto da *A first class service*. Department of Health, 1998).

Da ciò appare chiaro come il governo clinico rappresenti una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi e non, come è stato solitamente, un fatto occasionale, episodico e volontaristico.

Riconoscere il governo clinico in termini di politica sanitaria significa riconoscere che la realizzazione dei suoi obiettivi richiede scelte ed interventi ai diversi ambiti di governo dei servizi sanitari e in particolare, nel nostro contesto, a livello macro (l'ambito di governo regionale), meso (l'ambito decisionale inter ed intra-aziendale) e micro (il livello decisionale rappresentato dal singolo *team* di operatori). Tali interventi devono essere coerentemente funzionali ad indirizzare i comportamenti dei diversi decisori verso un'attenzione sistematica, non occasionale, a una migliore qualità dell'assistenza e, in generale, alla capacità dei servizi di erogare interventi efficaci e appropriati.

Questa consapevolezza era presente, non a caso, nel DLgs 229/1999 (la legge di riforma *ter* del SSN), che esplicitamente, in una logica di governo clinico, sollecitava scelte di governo regionali che spingessero verso criteri di accreditamento dei servizi e dei professionisti fortemente caratterizzati sul piano della capacità di rendere trasparente e valutabile la qualità delle proprie prestazioni.

A livello aziendale il governo clinico richiede iniziative fortemente caratterizzate nel senso di un impegno multidisciplinare, condiviso tra componente clinica e organizzativa.

Organizzazione e modalità operative

Il governo clinico esige un'assistenza integrata e multidisciplinare, attraverso la realizzazione di ambiti di stabile coordinamento tra i responsabili delle unità operative, condizioni che sono realizzabili pienamente solo nel contesto di un'organizzazione di tipo dipartimentale, assetto che dovrebbe favorire una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono. Tutto ciò rimanda inoltre alla necessità di identificare responsabilità precise relativamente al mantenimento di adeguati standard qualitativi e alla realizzazione operativa di specifiche iniziative finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità prefissati.

Tali responsabilità riguardano non solo i Collegi di Direzione, organismo aziendale che di nuovo il DLgs 229/1999 identificava come preposto alla realizzazione del governo clinico, nel loro insieme, ma anche le Direzioni sanitarie e i singoli capi Dipartimento.

Compito dei tre livelli decisionali e di responsabilità citati dovrebbe essere quello di operare in modo coordinato per far sì che la valutazione della qualità delle prestazioni cliniche diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi e non, come è solitamente sino ad oggi accaduto, una episodica, sporadica iniziativa di pochi volenterosi e disponibili settori di professionisti.

Dal punto di vista operativo significa, all'interno delle Aziende sanitarie, avviare attività finalizzate a valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso iniziative di *audit* clinico e, più in generale, finalizzate a promuovere nella pratica clinica l'uso di interventi la cui utilità clinica sia effettivamente dimostrata, riducendo simmetricamente il ricorso a quelli di cui l'inefficacia è ormai conosciuta. Significa valutare le *performance* dei servizi, cioè i risultati clinici da essi ottenuti e utilizzare gli strumenti che consentano una gestione del rischio clinico, vale a dire la sorveglianza costante su eventi avversi, incidenti ed errori che possono caratterizzare l'attività sanitaria e la cui occorrenza mette a rischio la sicurezza dei pazienti.

Per essere in grado di utilizzare i tanti strumenti tecnici e metodologici che sono oggi disponibili per affrontare questi temi (l'efficacia e l'appropriatezza clinica, la valutazione degli esiti clinici, il *management* del rischio) occorre che le Aziende sanitarie si attrezzino sia sul piano organizzativo sia su quello culturale.

Bibliografia

- Baker R., Lakhani M., Fraser R., Cheater F. A model for clinical governance in primary care group. *BMJ*, 318: 779-783, 1999.
- Berti E., Grilli R. Linee guida e governo clinico: come riconciliare il mezzo con il fine? *Politiche sanitarie*, 2: 204-211, 2002.
- Buetow S.A., Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care*, 8: 184-190, 1999.
- Davies H. Falling public trust in health services: implications for accountability. *J Health Serv Res Policy*, 4: 193-194, 1999.
- Donaldson L.J. Clinical governance: a statutory duty for quality improvement. *J Epidemiology Community Health*, 52: 73-74, 1998.
- Donaldson L.J., Gray J.A.M. Clinical governance: a quality duty for health organisation. *Quality in Health Care*, 7 (Suppl): S37-S44, 1998.
- Lugon M., Secker-Walker J. *Clinical governance: making it happen*. London, The Royal Society of Medicine Press Ltd, 1999.
- McSherry R., Pearce P. *Clinical governance. A guide to implementation for healthcare professionals*. Oxford (UK), Blackwell Science, 2002.
- Secretary of State for Health. *A first class service*. London, UK, Department of Health, 1998.
- Taroni F., Grilli R. È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie? *Politiche sanitarie*, 1: 64-76, 2000.

2. Accreditamento: sistema di opportunità per lo sviluppo di un governo clinico applicato²

Relazione sistema-professionista / cittadino-paziente: un paziente "diverso"

- ❖ **il paziente non è "solo"**: è portatore di un contesto che ha voce e che è 'curante'
 - la famiglia, la rete amicale, la comunità condizionano l'accessibilità e l'accettabilità delle cure
- ❖ **il paziente è 'capace'**: possiede expertise sui propri problemi e competenze di *coping*:
 - ciò richiede il riconoscimento di corresponsabilità e l'attivazione di partnership nel processo di cura

Una diversa relazione professionale

- ❖ **il professionista sa 'appena un po' di più' in generale** ed è solo, se è **particolarmente esperto in un campo specifico di attività**:
 - l'informazione scientifica generica è diffusa,
 - quella specialistica gestibile con difficoltà,
 - la ricerca è distante dalla pratica clinica,
 - i vincoli organizzativi e i rischi della attività notevoli.

L'organizzazione sanitaria non è più legittimata (solo) come "amministrazione"

- Si richiede che adotti modalità di servizio che corrispondono alle esigenze dei cittadini
- ♦ **comporamenti proattivi** che evitino la discriminazione nell'accesso alle cure e facilitino il coinvolgimento e la condivisione delle scelte di programmazione e di utilizzo dei servizi
 - ♦ **"sano" compromesso** fra le necessità della personalizzazione delle cure e della standardizzazione dei processi di erogazione

² Renata Cinotti, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.

Natura e mandato delle Aziende sanitarie pubbliche

- L'azienda sanitaria pubblica (o equiparata) ha il **mandato istituzionale** della tutela della salute dei cittadini
- La sua **missione è eterodefinita** e va perseguita efficacemente nel rispetto dei vincoli normativi ed economico - finanziari
- Le sue risorse sono tratte dal sistema pubblico delle imposte; del loro **uso e degli obiettivi raggiunti deve dare conto pubblico (accountability)**
- Dalla "accountability" si costruisce la **legittimazione e il consenso**.

*Nota: accountability

- comportamenti trasparenti
- sottomissione a controlli esterni
- dovere di giustificazione

la legittimazione, il consenso, la consegna di 'valore'

alla azienda sanitaria dipende :

- da **come la collettività legge** i comportamenti assunti dai servizi per perseguire gli specifici obiettivi
- dal **ruolo che alla collettività** viene riconosciuto nel determinarli

(... tanto che...anche in sanità da questo anno le aziende sanitarie, documentano il proprio risultato , oltre che con un bilancio economico, con un '**bilancio di missione**')


Governance

- Il **principio gestionale/organizzativo** che sostiene l'accountability aziendale è quello della **governance**
- Esso informa un modo di gestire la organizzazione **mirando a una legittimazione** che supera quella legale-normativa, è **fondata sui valori condivisi, e tiene conto delle molteplici interconnessioni** fra la società civile e altre organizzazioni a responsabilità pubblica (la programmazione negoziata, la partecipazione e l'ascolto della società civile)
- La **struttura e i comportamenti organizzativi devono allinearsi** ai contenuti valoriali e farsi visibili attraverso una performance e documentata e l'ascolto dei cittadini.

Una duplice sfida organizzativa

- Rendere le organizzazioni sanitarie "adeguate ai propri fini"
- Dare loro capacità di conservare e migliorare tale adeguatezza
 - capacità di miglioramento continuo
 - capacità di apprendimento organizzativo rapido
 - capacità di adeguamento rapido a nuovi bisogni o vincoli
 - capacità di rispetto di requisiti cogenti

T. Conti :progetto co fin. "Collab. Interregionale per lo sviluppo di competenze valutative per l'accreditamento 2001 - 2004 (modificato)

Il giudizio di qualità: una chiave per descrivere e interpretare i fenomeni organizzativi

differenti prospettive, diversi oggetti di interesse , però.....

"...I pazienti, gli operatori, i gestori valutano la 'qualità' nel medesimo modo... comparando le attuali proprietà delle cure con standard professionali e con le aspettative dei pazienti e della società. Sono diverse le specifiche focalizzazioni e aspettative.

Si parla di qualità quando sussiste un **equilibrio** ottimale fra le **possibilità realizzate** e una struttura di riferimento di **norme e valori.**"³⁹

Harteloh PPM: Quality system in health care: asocio-technical approach Health Policy 64 (2003) 391 - 398

La struttura dei valori e delle norme :

➤ **LR 22/04 di riordino del sistema sanitario Regionale**
per il consolidamento dei principi e dei
valori di un SSR universalistico e solidale

➤ **Sviluppo di linee guida alla stesura dell'atto aziendale**
per un allineamento della struttura
organizzativa alla cultura del contesto socio -
politico



L'idea del 'governo clinico':

- **partecipazione delle professioni con la 'testa' e col 'cuore', cervello destro e cervello sinistro**
- **alla realizzazione del mandato istituzionale delle aziende e del Sistema Sanitario**
- **mediante l'integrazione**
 - dell'approccio organizzativo -gestionale alla qualità dell'assistenza con
 - l' approccio medico - tecnico (rappresentato dal movimento culturale della medicina basata sulle evidenze)

***cosa
a che fine
come***



Sul versante delle 'possibilità realizzate':
l'adozione di approcci/modelli/strumenti

- per la guida della organizzazione
- per la valutazione interna della sua performance
- per la valutazione del suo adattamento al contesto presente e futuro

...che

- Contribuiscono al raggiungimento delle finalità organizzative
- In virtù del "giudizio" atteso di idoneità alla cultura e ai valori del contesto " **inducano l'organizzazione a dare valore** e attenzione per prima **e a ricercare, ex ante, accettabili livelli di performance**" (Tieghi)
- Siano utili a sottolineare i risultati positivi o negativi della azione organizzativa (valutazione di processo o di esito) in una **ottica 'multidimensionale', comprensibile dal contesto sociale di riferimento.**

Il sistema di garanzia nel nostro sistema sanitario Regionale:
l'accreditamento "normativo" o "istituzionale"

Con obiettivi di sostegno alla buona organizzazione e al governo della qualità tecnico professionale delle prestazioni



(espressione di un processo socio tecnico di elaborazione del consenso che esprime la cultura del sistema in riferimento ai valori e alle disponibilità messe in campo)

Il contesto, l'organizzazione, il professionista:
l'accreditamento nel mezzo



Il contributo del processo di accreditamento agli obiettivi di sistema :

sta nel suggerimento di un "MODO" di un "SISTEMA" per realizzare l'integrazione di aspetti tecnico professionali, organizzativi ed esigenze portate dai pazienti nei fatti della pratica quotidiana
richiamando il professionista a :

- **prassi** sostenute da **valori** espliciti e condivisi
- orientate dal **pensiero sistemico**
- basate sulla **mastership** sul proprio lavoro
- e la **capacità di apprendimento di gruppo**

(Senge)

Le realizzazioni

- lo standard di prodotto
- le procedure per l'erogazione del servizio
- l'adozione di un 'sistema' per la promozione della sicurezza e la gestione del rischio
- l'utilizzo di strumenti e metodi per l'ascolto e il coinvolgimento dei pazienti
- il sistema di valutazione della performance
- le iniziative di miglioramento
- il giudizio di merito e la chiarezza di prospettive per la propria organizzazione (autovalutazione ex post)

Qualche effetto positivo indotto

- **Individuazione delle risposte ai bisogni della comunità e dei pazienti non, o non ancora, soddisfatte** (ma evidenziate da imput generati dalla attività organizzativa monitorata: reclami, eventi avversi, dati di performance e di risultato)
- **Aggiornamento dei contenuti e dei "modi" di offerta delle prestazioni** (in considerazione di dati di evidenza e dei risultati dell'"ascolto dei pazienti)
- **Apprendimento personale e organizzativo** come risultato di percorsi valutativi
- **Decentramento del focus di attenzione** dal professionista al paziente e dalla organizzazione alla comunità

Alcuni aspetti negativi segnalati

- **Disfunzioni gestionali** (esempio: nella definizione della mission, nella assegnazione delle responsabilità...)
- **Insufficienze tecniche** (esempio: nella dotazione e gestione delle attrezzature, nella organizzazione del personale, nella definizione dello standard di prodotto...)
- **Frammentazione** organizzativa e nell'uso delle risorse
- **Disparità nelle condizioni di accesso** e "in-equità" istituzionale **nella erogazione dei servizi**

"Ripulitura" obbligata del sistema organizzativo

- Coerenza fra missione e requisiti posseduti
- Coerenza fra missione e informazione ai cittadini
- Coerenza fra disegni organizzativi e responsabilità assegnate
- Coerenza fra obiettivi assegnati e risultati valutati
- Coerenza fra standard descritti e prassi
- Coerenza fra obiettivi di performance multiprofessionali e valorizzazione delle persone e delle competenze.

Considerazioni

Nell'esperienza di questo anno, le organizzazioni hanno dimostrato di avere **consapevolezza dell'obiettivo fondamentale del percorso di accreditamento:**

il mantenimento della organizzazione (i) al suo mandato istituzionale al livello di performance migliore possibile

e della necessità di costruire sinergie con altri momenti della gestione che esprimono obiettivi di politica sanitaria e dei servizi, legittimati dalla cultura condivisa nella comunità e dal processo di confronto democratico.

Tuttavia...

Fedeltà al mandato e sinergie virtuose nei sistemi complessi esprimono insieme l'obiettivo e il risultato di una azione intelligente di governo, in un contesto complesso e caratterizzato da interessi legittimi e spesso confliggenti degli stakeholder.

Non sono casuali, vanno ricercate, o prodotte, in un processo autoriflessivo continuamente riorientato dai valori, sugli obiettivi

**chi da savio
operar (accreditar si)
vuole,
pensi al fine!**

(quidquid conaris, quo pervenias, cogites!)

3. Il modello organizzativo dell’Arcispedale Santa Maria Nuova per il governo clinico ³

Il governo clinico è riconosciuto dal Piano sanitario regionale 1999-2001 come un sistema primario per ottenere la garanzia di una copertura sanitaria adeguata a costi sostenibili. Questo pone l’efficienza clinica e il sistema decisionale che la induce come fondamento del sistema di governo delle Aziende mentre si lascia al governo finanziario e strategico globale una funzione di controllo e facilitazione.

L’obiettivo da perseguire è perciò il massimo beneficio, con minore quantità di rischi a fronte delle risorse messe in campo utilizzando le modalità più appropriate e aggiornate del loro consumo, e il modo per ottenerlo è agire sulla clinica.

I programmi di governo clinico devono quindi racchiudere i seguenti aspetti:

- l’efficacia, intesa come capacità di ottenere la migliore *performance* possibile sullo stato di salute della popolazione;
- l’efficienza, ossia l’uso razionale e appropriato delle risorse;
- la gestione del rischio, che prevede la capacità di rilevare, valutare e correggere gli errori;
- l’opinione del cittadino, intesa come capacità del sistema di tenere in considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazione dei cittadini e di imparare da queste per il miglioramento della pratica clinica;
- l’efficacia della formazione, come capacità del sistema di sviluppare programmi di formazione e valutazione del personale i cui risultati siano misurabili e monitorati;
- l’efficacia della comunicazione, che prevede la capacità di sviluppare buoni sistemi di comunicazione dentro l’organizzazione e verso l’esterno;
- il miglioramento continuo della qualità come programma dell’organizzazione e come capacità di identificare e disseminare innovazione e buone pratiche.

Elementi generali

Governo clinico

“il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l’espressione dell’eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili”

(NHS Whit Paper, 1999)

³ Iva Manghi, Direttore sanitario Azienda ospedaliera di Reggio Emilia - manghi.iva@asmn.re.it

Esperienza ASMN

Qualità dell'assistenza Governo clinico



- ✦ appropriatezza,
- ✦ efficacia,
- ✦ sicurezza
- ✦ efficienza

Esperienza ASMN

Appropriatezza



- ✦ applicazione dell'EBM/EBP al percorso e la successiva preparazione di linee guida calate nella pratica
- ✦ diffusione della cultura del confronto tra pari e dell'utilizzo di metodiche di audit clinico per la verifica dei comportamenti clinici;
- ✦ diffusione dell'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale

Esperienza ASMN

Efficacia



- ✦ Intesa come applicabilità nella pratica clinica anche in relazione al percorso che assicura la presa in carico e la continuità della cura.
- ✦ Di conseguenza è opportuno operare su due livelli:
 - ✦ comportamento clinico, utilizzando strumenti di monitoraggio e miglioramento sia per la parte clinico-assistenziale che per quella organizzativa.
 - ✦ gestione del percorso

Esperienza ASMN

Gestione del rischio e della sicurezza

- ⊕ Sistemica
- ⊕ Strutturata nelle funzioni e nelle responsabilità
- ⊕ Coerente con gli obiettivi di programmazione e pianificazione.



Esperienza ASMN

Efficienza

- ⊕ Ottimale utilizzo delle risorse a disposizione
- ⊕ Creare una correlazione tra risorse utilizzate, percorso diagnostico terapeutico ispirato a linee guida basate sulla evidenza scientifica o sulla best practice.

↓

Costo - efficacia



Funzioni e struttura organizzativa per il governo clinico all'ASMN

Il Collegio di Direzione diviene organo dell'Azienda propositivo nei confronti del Direttore generale e ha il compito di partecipare attivamente al programma aziendale di formazione, di ricerca e di gestione del rischio e deve essere propositivo sugli obiettivi e sul programma di governo clinico.

Il momento unificante tra il livello aziendale e il livello dipartimentale dei programmi di governo clinico è il processo di pianificazione (*budget*).

La direzione aziendale definisce le linee di indirizzo e gli obiettivi generali del biennio e tra questi ne individua alcuni orientati al governo clinico. Tali obiettivi dovranno essere discussi e valutati in ambito dipartimentale, con il supporto delle reti dipartimentali, e verranno tradotti in obiettivi specifici nelle schede di *budget*. In queste saranno anche raccolte tutte le proposte che, in quest'ambito, i Dipartimenti autonomamente vorranno porre all'attenzione della Direzione aziendale.

Livello dipartimentale

- Persegue gli obiettivi negoziati.
- Promuove lo sviluppo e il mantenimento delle conoscenze e della competenza dei professionisti.
- Realizza, nell'ambito del sistema di accreditamento, le condizioni per l'applicazione degli strumenti del governo clinico (EBM/EBN, linee guida, gestione del rischio clinico, definizione di percorsi clinico-assistenziali, *clinical audit*).
- Effettua il monitoraggio dei risultati.

La necessità di rispondere alle nuove esigenze in ambito dipartimentale rende necessario il rafforzamento delle potenzialità in esso comprese. A tale scopo la Direzione dell'ASMN, nell'ambito di un più generale progetto di sviluppo dell'organizzazione dipartimentale, ha creato e rafforzato nei Dipartimenti e nelle Unità operative nuovi ruoli che hanno il compito di promuovere e facilitare la realizzazione di processi di rilevanza strategica, quali lo sviluppo dei sistemi di gestione della qualità, la valorizzazione delle risorse professionali, la definizione di percorsi clinico-assistenziali efficaci ed efficienti basati sull'evidenza e condivisi, la comunicazione interna ed esterna.

I programmi di governo clinico sono delegati ai Dipartimenti che costituiscono la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda, all'interno della quale i professionisti assicurano il governo del sistema di produzione dei servizi sanitari.

I referenti delle reti hanno le competenze per supportare la direzione di dipartimento nel definire programmi di governo clinico e utilizzare specifici strumenti dello stesso (EBM/EBN, linee guida, gestione del rischio clinico, definizione di percorsi clinico-assistenziali, *clinical audit*).

Livello direzione aziendale

Direzione Generale → governo strategico

Direzione Sanitaria → governo clinico

↓
compito di integrare le finalità e gli strumenti del governo clinico nel sistema di programmazione aziendale orientando l'azienda al miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali e della continuità delle cure.

Elementi generali

Direttore sanitario

Orienta e coordina
I livelli decisionali aziendali affinché
sviluppano adeguati programmi di
governo clinico, *condivisi dal collegio
di direzione*, dove la valutazione *degli
aspetti clinici* diventa parte
"integrante" dell'attività

Elementi generali

Livello dipartimentale

⊕ I dipartimenti rappresentano la struttura
organizzativa fondamentale delle aziende
per il governo clinico e quindi anche per la
gestione del rischio, per la garanzia della
qualità tecnica, professionale e relazionale
per tutti i servizi e le prestazioni garantendo
la partecipazione dei professionisti.

Esperienza ASMN

Integrazione tra il livello di direzione aziendale e il livello dipartimentale



Esperienza ASMN

Reti dipartimentali

... Investimento sui professionisti
per

*promuovere e facilitare la realizzazione di
processi di rilevanza strategica*

- lo sviluppo del modello di accreditamento,
- la valorizzazione delle risorse professionali,
- la definizione di percorsi clinici-assistenziali efficaci ed efficienti basati sull'evidenza e condivisi,
- la comunicazione interna ed esterna.

Reti di unit à operativa

a supporto della Direzione e dei dipartimenti

4. Proposte aziendali per lo sviluppo delle reti dipartimentali dell'ASMN⁴

Per realizzare programmi di governo clinico la Direzione di Dipartimento si avvale dello staff dipartimentale che è composto dai referenti delle reti dell'area medica e dell'area infermieristica/tecnica.

Lo staff, per definizione, supporta i Direttori di Dipartimento e i RID/RTD nella gestione delle funzioni trasversali. Le competenze possedute dai referenti dipartimentali rappresentano una risorsa per lo sviluppo se sono gestite in modo integrato.

I ruoli trasversali hanno dunque il compito di presidiare aspetti di fondamentale importanza, attraverso l'utilizzo di metodologie specifiche, che - per essere applicate - presuppongono elevati livelli di attenzione anche dal punto di vista dell'organizzazione sui comportamenti individuali espressi. Le reti dipartimentali del sistema di gestione della qualità, della formazione, dell'innovazione clinica e ricerca e della comunicazione possono divenire lo staff della Direzione dipartimentale e rappresentare di fatto le infrastrutture professionali che l'Azienda predispone per le funzioni di governo clinico.

Staff dipartimentale

Lo staff dipartimentale è composto dai referenti delle reti sia dell'area medica che infermieristica/tecnica. Sarà attivato dai Direttori di dipartimento, dai RID ed è a supporto per la realizzazione della pianificazione e verifica dei risultati oltre alla gestione delle funzioni trasversali:

- sistema di gestione della qualità (accreditamento)
- formazione
- innovazione e ricerca
- comunicazione

Il focus si pone ovviamente sullo sviluppo del Dipartimento, ponendo anche attenzione nell'individuazione delle aree di miglioramento. Lo staff di dipartimento farà anche riferimento alla Direzione aziendale per sviluppare progetti, sulle funzioni trasversali, comuni a tutti i Dipartimenti.

L'individuazione dei professionisti per lo svolgimento di queste funzioni tiene conto sia delle attitudini del singolo che del processo di acquisizione delle competenze necessarie. Salvaguardando gli obiettivi di continuità, si può prevedere la possibilità di una rotazione perché l'esperienza possa rappresentare un'occasione di sviluppo professionale per un numero più cospicuo di operatori.

Le competenze dei referenti dipartimentali rappresentano una risorsa per lo sviluppo se gestite in modo integrato. L'integrazione porta infatti a una maggiore adeguatezza e affidabilità dei principali processi organizzativi e clinici.

⁴ Giorgio Mazzi, Direttore operativo Azienda ospedaliera di Reggio Emilia - mazzi.giorgio@asmn.re.it

Staff dipartimentali (1)

- sono composti dai referenti delle reti sia dell'area medica che infermieristica/tecnica.
- sono attivati dai Direttori di Dipartimento e dai RID/RTD a supporto della pianificazione e realizzazione degli obiettivi dipartimentali e per la gestione delle funzioni trasversali.

Reti

Sistema di gestione della qualità/accreditamento
Formazione
Innovazione e ricerca (qualità clinica)
Comunicazione

ArcoSpedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 Accreditamento e governo clinico

Staff dipartimentali (2)

Promuovono e facilitano la realizzazione di processi di rilevanza strategica

- lo sviluppo dei sistemi di gestione della qualità,
- la valorizzazione delle risorse professionali,
- la definizione di percorsi clinici-assistenziali appropriati, accessibili, condivisi, costo-efficaci
- la comunicazione interna ed esterna.

ArcoSpedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 Accreditamento e governo clinico

Le reti sono attivate anche dalla Direzione per sviluppare processi comuni a tutti i dipartimenti

Direzione
Fornisce linee di indirizzo

Dipartimenti
Propongono e realizzano i programmi coerenti con le linee di indirizzo

Staff dipartimentali

Gli staff collaborano con la direzione per individuare comuni aree di miglioramento

Lo staff supporta i direttori di dipartimento e i RID/RTD nella gestione delle funzioni trasversali.

ArcoSpedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 Accreditamento e governo clinico

Competenze delle reti

Rete Sistema di Gestione Qualità

Supporta la direzione dipartimentale:

- # nei processi di sviluppo della pianificazione e di verifica dei risultati,
- # nei processi di miglioramento,
- # nell'ascolto degli utenti,
- # nell'attuazione e gestione di programmi di rischio clinico
- # nella messa in atto e mantenimento del sistema di gestione della qualità previsto dal modello di accreditamento regionale

ArcoSpedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

15 febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico

Rete Formazione

- # Supporta la direzione dipartimentale nella definizione delle priorità dei progetti/eventi formativi, in coerenza con gli obiettivi di pianificazione e in base alla compatibilità economica
- # Cura la stesura del piano dipartimentale ed aziendale della formazione
- # Collabora alla gestione/organizzazione degli eventi formativi

ArcoSpedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

15 febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico

Rete Innovazione clinica e ricerca

- # Fornisce supporto metodologico per lo sviluppo di percorsi di audit clinici e processi di innovazione clinica;
- # Promuove e svolge attività di consulenza per lo sviluppo di programmi ECM/EBN finalizzati alla pratica clinica/assistenziale basata sulle prove di efficacia;
- # Cura l'elaborazione, la diffusione e l'implementazione di Linee Guida;
- # Provvede alla stesura del programma dipartimentale per le attività di innovazione clinica e ricerca;

ArcoSpedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

15 febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico

Rete Comunicazione

Supporta la direzione di dipartimento per attuare azioni volte alla comunicazione nel dipartimento e nelle UUO.

(in fase di sviluppo)

Arco ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 Accreditamento e governo clinico

Ma su cosa lavorare per realizzare programmi di governo clinico nei Dipartimenti con il supporto della Direzione e delle reti ... ?

- Gestione integrata del rischio (rischio clinico, sicurezza, contenzioso)
- Percorsi assistenziali
- Audit clinici
- Standard di prodotto
- Analisi dei processi
- Indicatori clinici e organizzativi
- Valutazione dell'opinione-soddisfazione dei cittadini

Percorsi clinico-assistenziali

- ‡ Considerano il paziente nella sua globalità
- ‡ Focalizzano l'attenzione sui risultati di processo
- ‡ Ridisegnano le responsabilità
- ‡ Individuano gli indicatori di monitoraggio

sviluppando le dimensioni della qualità professionale e della qualità organizzativa-gestionale.

Arco ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 Accreditamento e governo clinico

Percorsi clinico-assistenziali 2005-2006

- # Percorso per pazienti con tumore polmonare
- # Percorso per pazienti con tumore coloretale
- # Percorso per pazienti politraumatizzati
- # Percorso del paziente con IMA
- # ... Altri percorsi per pazienti con patologie tumorali da definirsi con i dipartimenti in sede di budget

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

15 febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico

Impegni dell'Azienda per sostenere le reti

- # ***Supportare le attività dei referenti con attività di formazione;***
- # ***Favorire "l'esportazione" delle esperienze più significative in altre realtà;***
- # ***Inserire le attività per le funzioni trasversali nei piani di lavoro;***
- # ...
- # ...

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia

15 febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico

Aspetti di metodo ed esempi operativi in alcune Aziende regionali

5. Utilizzo dei risultati delle verifiche per la pianificazione strategica aziendale⁵

strutture organizzative che sono state coinvolte nel percorso di verifica
settembre-dicembre 2005

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CESENA

Dipartimento medicina specialistica

- **U.O. cardiologia** (requisiti generali e specifici)
- **UU.OO. di medicina c.v, malattie infettive, nefrologia-dialisi, pediatria** (requisiti generali)

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CESENA

Dipartimento Chirurgico

- **U.O. Anestesia Rianimazione** (requisiti generali e specifici)
- **UU.OO. Ostetricia-Ginecologia, Ortopedia, Urologia, Oculistica, Dermatologia, Otorino, Chirurgia G.** (requisiti generali)

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CESENA

⁵ Virna Valmori, Marina Amadori, Azienda USL di Cesena.

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA

- UU.OO. di Anestesia-Rianimazione, Neurochirurgia per la neurotraumatologia (requisiti generali e specifici)
- UU.OO. di Chirurgia d'urgenza, Centro Grandi Ustionati, Chirurgia maxillo-facciale, Pronto Soccorso-Medicina d'Urgenza (requisiti generali)

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL.CESENA

Dipartimento Neuroscienze

- UU.OO. di Neurochirurgia, Neurologia (requisiti generali e specifici)
- U.O. di Medicina Riabilitativa (requisiti generali)

Dipartimento Immagini

- U.O. di Neuroradiologia (requisiti generali e specifici)
- UU.OO. di Radiologia, Medicina Nucleare, Fisica Sanitaria (requisiti generali)

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL.CESENA

Il nostro obiettivo è quello di dare evidenza dell'utilizzo dei risultati delle verifiche per la pianificazione strategica per ottenere risultati tangibili in riferimento a:

- Organizzazione
- Professionisti
- Cittadini

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL.CESENA

Organizzazione Dipartimentale

Struttura:

- Ridefinizione assetto dei dipartimenti

Strumenti gestionali:

- Individuazione di percorsi clinici trasversali con riferimento medesimo target di pazienti
- Assegnazione di obiettivi specifici con esplicitazione di pianificazione e monitoraggio intermedio di indicatori di processo

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CESENA

In ordine all'adeguamento strutturale e tecnologico:

- Predisposta variante al Piano di ristrutturazione ospedaliero
- Inserite nuove attrezzature nel Piano acquisizione tecnologie con attribuzione di diverso grado di priorità

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CESENA

Professionisti

Formazione

- Inserimento nei piani formativi della valutazione di soddisfazione e di efficacia
- I piani formativi del neoassunto vengono strutturati definendo progressivi e specifici ambiti di competenza e sono di pertinenza del Direttore di U.O.

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CESENA

10

Cittadini

- Revisione della Carta dei Servizi
- Ridefinizione del percorso di analisi dei reclami con individuazione di azioni correttive URP/Dipartimenti
- Pianificazione delle attività per la gestione del dolore con stesura di piano annuale

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CEREINA

“Con tutto il chiasso che circonda il cambiamento è facile smarrirsi. Ma per fortuna ci sono alcune regole che funzionano davvero:

- ✓ Comunicare una ragione cogente per qualunque cambiamento
- ✓ Avere nell'organizzazione persone motivate
- ✓ Sfruttare ogni singola opportunità ...,”

(J. Welch)

DIREZIONE MEDICA P.O. AUSL CEREINA

6. Sviluppo di percorsi assistenziali “controllati”: il caso del politrauma ⁶

Secondo il modello *hub and spoke* previsto dalla Regione Emilia-Romagna, l'ospedale di riferimento per la gestione dei traumi gravi a livello provinciale è l'Arcispedale Santa Maria Nuova. A fronte quindi della complessità della gestione di tale problematica, la direzione aziendale ha dato mandato al Dipartimento di emergenza-urgenza di definire il percorso assistenziale relativo al politrauma, dal momento dell'accoglienza fino al trasferimento del paziente ad altra UO.

È stato dimostrato che una buona organizzazione del sistema sanitario per l'assistenza al paziente traumatizzato, sia sul territorio che all'interno dell'ospedale, comporta una significativa riduzione della mortalità.

Infatti diversi studi confermano che la percentuale di morti evitabili per trauma è significativamente più elevata quando non esistono strutture dipartimentali deputate al suo trattamento (modulate sulle esigenze e sulle caratteristiche peculiari del bacino d'utenza) e quando non vi sono da parte degli operatori competenze specifiche per affrontare le problematiche del paziente politraumatizzato.

⁶ Laura Trabucco, Stefano Regnani, Dipartimento emergenza-urgenza, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia. laura.trabucco@asmn.re.it - stefano.regnani@asmn.re.it

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Il Mandato

- “Gestione del Politrauma in ASMN” affidato il 14/10/2003 dal DMP
- Coordinamento affidato al DEU
- L’incidenza: 733 i Codici **GIALLI** e **ROSSI** in uscita nel 2005; solo 2 di questi trasferiti al centro Hub di Parma

2 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Il percorso del Trauma Grave

1. La fase **EXTRAOSPEDALIERA**
 - protocollo di Centralizzazione
2. La fase **INTRAOSPEDALIERA**
 - **percorso del Politraumatizzato in ASMN**
3. La fase **SIAT**
 - protocolli per la gestione integrata (in fase di realizzazione)

3 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Obiettivi

- Creare la strategia della presa in carico dei pazienti traumatizzati
- Organizzare i percorsi all’interno dell’Ospedale
- Coordinare i Dipartimenti e le Unità Operative coinvolte nel processo diagnostico-terapeutico
- Definire le procedure che rendono chiaro il percorso
- Definire il piano formativo per i professionisti coinvolti nel percorso
- Definire gli standard sulle diverse fasi del processo
- Verificare e controllare l’attività

6 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006

- Identificazione di percorso - responsabilità - interfacce - procedure, dall'accettazione del paziente alla chiusura del percorso assistenziale in Pronto soccorso.

**Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto**

PERCORSO DEL POLITRAUMATIZZATO nelle 1^o 6 ore

Diagramma di flusso (azioni e responsabilità)		Documentazione	
1. Allertamento (118)	1	Manuale di PS cap. 5 (pag. 35)	
2. Arrivo accoglienza (Frriage)	2	Manuale di PS cap. 11 (pag. 123-124)	
3. 1 ^a valutazione del TL del Ps Esami laboratorio, richiesta emocomponenti, reintegro volemico, Ecofast, RX di base	3 4 5 6 7 8	Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso (pag. 2) Profili di laboratorio per politrauma Richiesta ed utilizzo emocomponenti Reintegro volemico (L.G. sulla Gestione del Grave Traumatizzato in PS - pag.11-12-13) Protocollo ECOFAST Indagini Radiologiche	
9. Decisione: è necessaria l'attivazione del consulente?	9 10 11 12 13 14 15	Consulenza ortopedica Consulenza chirurgica Consulenza vascolare Consulenza toracica Consulenza rianimatoria Consulenza neurochirurgica Consulenza ORL	
10. Decisione: è necessario l'intervento chirurgico?			
11. Sala operatoria			
12. Ricovero			

PROTOCOLLO ECOGRAFIA FAST
(allegato 5)

Definizione:
ecografia f.a.s.t. (definizione acsp)

Caratteristiche:
rapida (5 minuti)
eseguita al letto del paziente
con un preciso quadro clinico
espettorale
non ostacola le procedure diagnostiche e terapeutiche

Per accettare:
presenza di versamento libero peritoneale
assenza di versamento libero peritoneale

Modalità di esecuzione:
• scansione sotto-epifoidica per la ricerca di versamento peritoneale
• scansione per il quadrante superiore destro: sonda fra ascella media/posizione all'altezza della 11^a costa di destra
• scansione quadrante superiore sin: sonda linea ascellare posteriore fra la 10^a e 11^a costa sin
• versamento peritoneale
• scansione per la pelvi: sonda in longitudinale ed di sopra della sinfisi pubica -> caso del diaframma

Esecuzione dell'esame:
manuale

Refertazione dell'esame:
manuale loader che lo segue immediatamente per via informatica

Indicatore:

- Identificazione di percorso - responsabilità - interfacce - procedure nella fase di trasferimento del paziente dal Pronto soccorso ad altra Unità operativa dell'ospedale o ad altra struttura sanitaria durante la fase di ricovero.

**Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto**

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Accoppiatore S. Maria Nuova

Le interfacce

- Richiesta Sangue ed Emocomponenti
- Protocollo ECOFAST
- Radiologia (Rx e TAC)
- Ortopedia
- Chirurgia Generale-Oncologica
- Chirurgia Vascolare
- Chirurgia Toracica
- Rianimazione
- Neurochirurgia
- ORL e Maxillo Facciale

Definizione delle interfacce tra Pronto Soccorso e Radiologia
(allegato 4)

Tipologie di esami RX da effettuarsi nella prima valutazione in sala urgenza del PS (fase 4a)

Tipologia	Responsabilità
Rx torace	Team leader del Pronto Soccorso.
Rx bacino	Team leader del Pronto Soccorso.
Eventuale rachide cervicale in LL Eventuale segmenti di ossa lunghe solo per prevedere un eventuale danno vascolare.	

Modalità di attivazione del servizio di radiologia da parte del Pronto Soccorso

La radiologia è attivata da un membro del team del PS telefonicamente ai numeri
6136 o 6133 e per via informatica (attivazione dell'esame richiesto da parte del medico di PS)

Descrizione delle modalità di esecuzione e refertazione degli esami radiologici

Modalità	Responsabilità
Il politraumatizzato effettua i radiogrammi standard in sala urgenza con l'utilizzo del supporto per la cassetta radiografica. Non è consentito eseguire le radiografie mettendo la cassetta a contatto con il paziente poiché, seppur minimo, il paziente sarebbe sottoposto a movimento.	Medico radiologo In turno nella Diagnostica di PS
La Refertazione viene eseguita per via informatica	Medico radiologo

- Verifica e controllo dell'attività; a questo scopo sono stati previsti degli indicatori di efficacia del modello proposto al fine di verificare in itinere quali possano essere gli eventuali correttivi da apportare al sistema.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Gli indicatori

- n° Ecofast dei politraumi in PS/n° totale dei politraumi
- tempo intercorso tra l'arrivo in Sala Emergenze e il ricovero in Sala Operatoria con politrauma e con emoperitoneo instabile
- n° Rx bacino e torace effettuate in Sala Emergenze/n° totale dei politraumi in PS
- Tempo intercorso tra l'attivazione della TC e la refertazione leggibile sul PACS

12 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto

Per concludere ...

La gestione del politraumatizzato prevede un approccio multidisciplinare che coinvolge Unità operative di differenti strutture ospedaliere, e quindi la pianificazione dell'intero percorso è presupposto indispensabile per offrire le migliori prestazioni nel minor tempo possibile (il tempo è infatti un fattore fondamentale). Il coinvolgimento di tutti i professionisti medici, infermieri, tecnici coinvolti nella gestione del trauma grave è sicuramente la modalità che garantisce i migliori risultati: *quoad vitam et quoad valitudinem*.

Il valore aggiunto infatti nella definizione del percorso, peraltro non ancora terminato perché fino ad oggi sono state "strutturate" solo le prime 6 ore di gestione del paziente politraumatizzato, è stata la definizione delle responsabilità e la presa in carico del percorso da parte di tutti i professionisti.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Lo sviluppo di percorsi paralleli in Pronto Soccorso

- Identificazione del Team Leader – ruolo e responsabilità
- Definizione delle responsabilità infermieristiche nell'assistenza e nella gestione dei pazienti con Trauma Maggiore – modello assistenziale
- Profilo di Laboratorio - Politrauma

10 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006

Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto



Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto

Le Difficoltà

- Coinvolgimento di numerose specialità
- Implementazione delle verifiche
- Forte condizionamento del fattore tempo:
 - ✓ nel percorso del paziente con necessità di attivazione ed intervento contemporaneo di diverse interfacce
 - ✓ sull'esito di salute del paziente

14 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006



Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto

Le Opportunità e i Risultati

- Confronto fra condivisione multiprofessionale e multidisciplinare
- Definizione di un percorso molto critico sia per il paziente che per l'organizzazione
- Definizione, costruita con grande difficoltà, delle responsabilità di ogni singola interfaccia

15 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006



Accreditamento e governo clinico:
esperienze a confronto

Gli sviluppi

- Definizione del percorso dalla 6^a alla 24^a ora
- Audit
- Registro Traumi

16 Reggio Emilia, 15 Febbraio 2006

7. La promozione della sicurezza dei pazienti: la gestione del rischio ⁷

Governo clinico

Rappresenta il
contesto
storico,
culturale e
metodologico
in cui si sviluppa la
gestione del rischio
clinico



La riduzione degli eventi avversi
è solo uno dei prodotti di un
efficace governo clinico e ,
diversamente da quanto si
potrebbe pensare vista
l'esiguità numerica di eventi
avversi gravi, non è un
prodotto minore. Questo a
causa dell'impatto
catastrofico che questi
eventi hanno sulla vita dei
pazienti, dei professionisti e
dell'organizzazione.

J. Secker-Walker



Charles Vincent :

Risk, safety, and
the dark side of
quality.

BMJ 1997; 314:1775.



⁷ Francesca Novaco, Azienda USL di Modena.

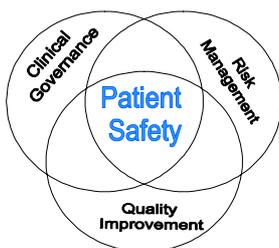
Sinergie concettuali

- Focus sull'organizzazione
- Visione sistemica
- Approccio al miglioramento continuo



Sinergie operative

- Analisi dei processi
- Identificazione delle criticità
- Valutazione degli esiti
- Comunicazione
- ...



L'integrazione è possibile solo se si basa su una visione dell'errore e dell'evento avverso...

- Orientata al miglioramento
- Non colpevolizzante
- Sistemica



1999

La GRC nell'Ausl di Modena nasce...

- Nell'ambito del Sistema Qualità
- Con il coinvolgimento dei clinici
- Supportata dalle linee di indirizzo regionali
- Contestualmente alla pubblicazione dei grandi studi internazionali

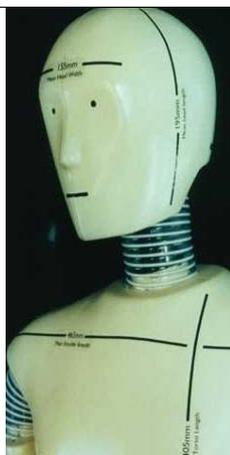


2002

La Formazione

- Corso base
- Addestramento alla segnalazione
- La root cause analysis
- L'audit per la GRC
- La GRC in sala operatoria
- Aspetti medico legali
- La GRC come opportunità di crescita del team

1300 operatori e professionisti dell'Azienda e degli ospedali privati accreditati



2006

- Il sistema è sperimentato e validato dal punto di vista metodologico
- Conosciuto e condiviso ai diversi livelli dell'organizzazione
- Riconosciuto all'esterno dell'organizzazione
- Integrato con altri processi aziendali



Il processo di gestione del rischio: **incident reporting**

applicato in modo sistematico in 3 dipartimenti aziendali:
Area Critica, Ostetricia e Ginecologia e Salute Mentale

Sperimentalmente: strutture territoriali (servizi socio sanitari per anziani e disabili).

STRUMENTI SPECIFICI ma COERENTI



Il processo di gestione del rischio: **Root Cause Analysis**

È applicato agli eventi con livello di rischio
MOLTO ELEVATO selezionati in accordo con il
Responsabile della Struttura segnalante

METODOLOGIA NPSA



Il processo di gestione del rischio:

FMEA

Applicata allo studio di processi considerati critici:

1. Ostetricia e ginecologia
2. Processo di gestione dei farmaci
 - terapia farmacologia
 - gestione farmaci
 - distribuzione diretta



Dopo l'applicazione della concezione dell'errore organizzativo alla realtà sanitaria, ci si è domandati se questo modello non spostasse l'attenzione troppo sull'organizzazione lasciando un vuoto relativamente al ruolo del "fattore umano"

(Shapiro 2003)



I passi futuri

Promuovere ulteriori

- strumenti
- ambiti
- partnership



Nuovi strumenti

- Se dall'errore umano e organizzativo deriva l'insicurezza è altrettanto vero che la maggior parte degli incidenti sono evitati grazie alle barriere organizzative ed alla capacità degli operatori di gestire l'imprevisto, di adattarsi alla situazione di pericolo individuando soluzioni innovative.
- E' necessario cogliere e studiare gli errori ma anche i comportamenti positivi dei singoli e dei team nella costruzione della sicurezza.



La resilienza

Se dall'errore umano deriva l'insicurezza è altrettanto vero che la maggior parte degli incidenti sono evitati grazie alla capacità degli operatori di gestire l'imprevisto, di adattarsi alla situazione di pericolo individuando soluzioni innovative.



Nuovi ambiti

- Strutture territoriali
- Medicina generale
- Assistenza domiciliare

– Alto rischio per: gestione terapia farmacologica, mancata/ritardata prestazione assistenziale





James Reason

Per mia esperienza so che la preoccupazione per la sicurezza non dura a lungo. Le pressioni quotidiane alla produzione riguadagnano presto il loro posto dominante. La sanità ha solo questa opportunità per "sistemare le cose". È quindi necessario che i professionisti siano supportati in questo il più possibile.



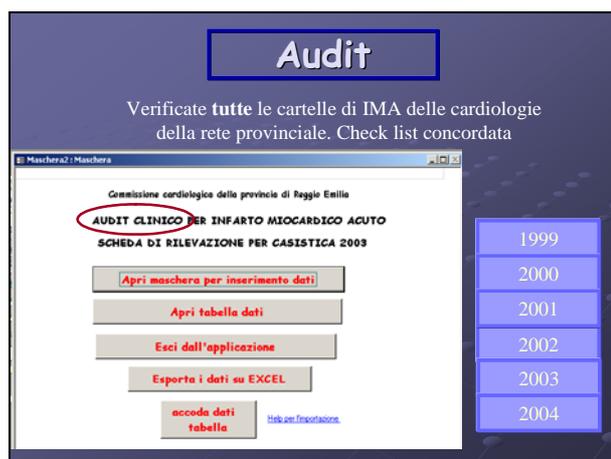
8. La valutazione della *performance: audit* clinici interaziendali ⁸

Lo sviluppo delle attività di verifica nel mondo sanitario è stato in qualche modo paradossale in quanto da un lato sono attività che fanno parte del bagaglio culturale dei medici per quanto riguarda l'attività di tipo scientifico, dall'altro sono state ben poco usate come strumento di governo dei reparti.

Su questo atteggiamento storico hanno però agito, almeno nella nostra regione, due processi sviluppatisi negli ultimi 10 anni. Anzitutto il progetto per l'accreditamento delle strutture e dei professionisti che dedica un capitolo specifico alle azioni di verifica, ma che soprattutto ha comportato un'ampia attività di formazione nel cui ambito si è diffuso in concetto base della necessità di misurare per poter programmare e controllare il cambiamento e il miglioramento. Negli stessi anni si è assistito anche allo sviluppo dell'assistenza secondo modelli di reti integrate, con le conseguenti necessità di confrontare diversi modi e diverse organizzazioni del lavoro e di misurare per scegliere le soluzioni migliori e per documentare il cambiamento. Abbiamo quindi assistito ad una sinergia funzionale importante.

Di questa sinergia si trova traccia anche nella definizione dei compiti dei Comitati di coordinamento delle reti cardiologiche, tra i quali si ritrova appunto lo sviluppo di iniziative di *audit* tra le strutture della rete.

Nella nostra provincia abbiamo sviluppato fin dal 1999 un'esperienza di *audit* che ha riguardato tutti i casi di infarto del miocardio acuto (IMA) ricoverati nelle strutture cardiologiche della rete provinciale. Le rilevazioni sono state condotte utilizzando una *check list* preventivamente condivisa tra tutte le UUOO (appartenenti a due diverse Aziende) e realizzata in formato elettronico con il contributo dell'Agenzia sanitaria regionale. L'iniziativa viene ripetuta annualmente.



⁸ Massimo Pantaleoni, Oscar Gaddi, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Dipartimento Area critica. pantaleoni.massimo@asmn.re.it - gaddi.oscar@asmn.re.it

Ogni centro mette a disposizione tutte le cartelle dei casi di IMA ricoverati; queste vengono valutate da una coppia di rilevatori provenienti da 2 ospedali diversi. In questo modo è stato possibile evitare un coinvolgimento diretto dei medici nei singoli casi.

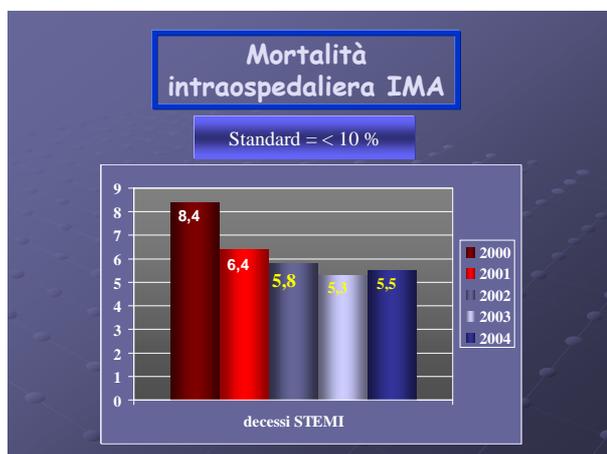
Inoltre sono stati costituiti dei gruppi di lavori che hanno determinato un forte aumento della conoscenza personale e professionale con ovvie ripercussioni sulla qualità dei rapporti anche durante le occasioni di lavoro.

Altri rilievi positivi che abbiamo tratto dalla nostra esperienza sono stati un aumento del senso di appartenenza a una entità operativa non strutturale - "la rete della provincia di Reggio Emilia". Inoltre, il poter affrontare le criticità emerse all'interno del gruppo di professionisti cardiologi senza il coinvolgimento del mondo non clinico ha contribuito allo sviluppo di una mentalità più aperta al confronto e alla verifica, senza il timore di atteggiamenti inquisitori.

Abbiamo inoltre ottenuto importanti dati per le attività di pianificazione.

Il più importante fin dall'inizio è stato quello relativo alla mortalità intraospedaliera per IMA: per la prima volta è stato possibile disporre di un dato "nostro", derivante dalla nostra azione clinica quotidiana e che mostrava valori provenienti dalla vita reale di entità del tutto simile a quelli descritti in letteratura e provenienti dalle casistiche controllate degli studi sperimentali; questi dati positivi hanno ovviamente indotto in tutti gli operatori coinvolti un certo orgoglio di partecipare a un'organizzazione che porta a risultati positivi.

Negli anni successivi abbiamo verificato come le modifiche introdotte nel sistema curante provinciale, in particolare l'inizio della terapia dell'infarto mediante angioplastica primaria e con facilitazione farmacologica, si siano tradotte in una stabile riduzione della mortalità intraospedaliera.



Altri dati che riteniamo rilevanti hanno riguardato la verifica del grado di implementazione e utilizzo dei protocolli terapeutici e l'identificazione dei sottogruppi a maggior rischio. Queste verifiche sono risultate importanti per pianificare i nuovi schemi di trattamento, disponendo di un *target* più preciso.

Tramite la *check list* è stato possibile controllare indirettamente il livello di implementazione delle raccomandazioni delle linee guida, andando a verificare le terapie effettuate durante il ricovero e quelle prescritte alla dimissione.

Più recentemente, il dato di sopravvivenza è stato completato con la verifica della mortalità a 30 giorni dalla dimissione; questa verifica, resa possibile dalle connessioni informatiche tra il sistema di gestione ospedaliero e l'anagrafe provinciale, consente di avere informazioni su eventi clinici avvenuti fuori dell'ospedale ma con alta probabilità ancora ascrivibili al nostro processo di cura e che fino ad ora venivano in gran parte misconosciuti.

I pochi casi di mortalità post-dimissione sono stati tutti sottoposti a revisione e discussione all'interno del gruppo di lavoro.

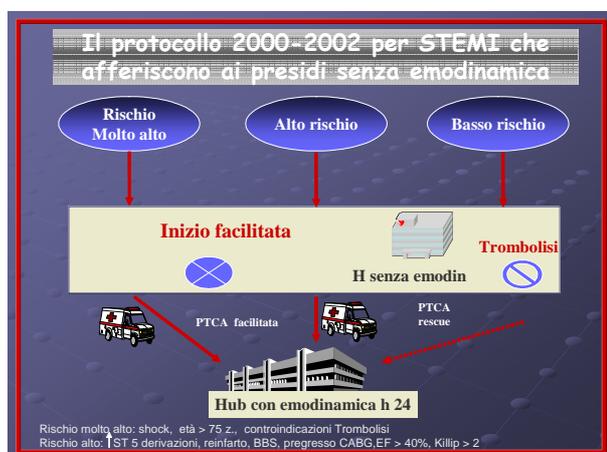
I dati provenienti dalle attività di *audit* sono stati intensivamente e diversamente utilizzati in forma globale o disaggregati per UO.

Per quanto riguarda la casistica del nostro reparto, i dati relativi alla *performance* ottenuta in questa popolazione sono andati ad alimentare la tabella degli indicatori dipartimentali che viene aggiornata annualmente e fa parte della documentazione utilizzata dal Direttore di Dipartimento tra gli elementi in ingresso per la pianificazione e il miglioramento. Da questa attività vengono anche tratte molte informazioni relative agli indicatori richiesti tra i requisiti specifici per l'accreditamento delle cardiologie.

I dati globali inerenti il sistema curante provinciale vengono presentati e discussi in una riunione del Comitato cardiologico provinciale dove sono presenti rappresentanti di tutte le strutture cardiologiche della provincia; in alcune occasioni la presentazione dei dati avviene in riunioni più ampie nell'ambito degli incontri periodici di aggiornamento dei cardiologi della rete.

Sono generalmente queste le occasioni nelle quali, partendo dai dati presentati e discussi, emergono le indicazioni per eventuali modifiche e miglioramenti ai protocolli concordati.

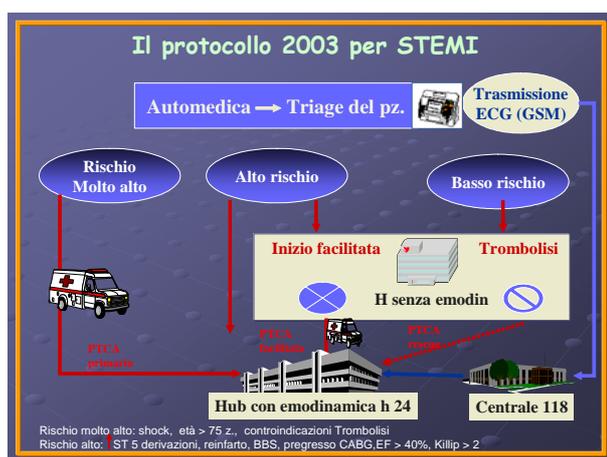
Il nostro protocollo di assistenza all'infarto prevedeva, in una prima versione, l'inizio del trattamento negli ospedali periferici e il successivo invio verso l'ospedale di Reggio Emilia per eseguire l'angioplastica.



Dai dati di *audit* è emerso che il sistema aveva consentito di ridurre la mortalità per IMA in modo significativo; tuttavia l'analisi dei sottogruppi ha evidenziato come lo schema fosse meno efficace proprio nei pazienti a più alto rischio (definiti a "rischio molto alto").



Partendo quindi dai dati comuni è stato possibile coinvolgere tutti gli attori del processo per modificarne le caratteristiche di attivazione: si è deciso di anticipare la valutazione della gravità dal Pronto soccorso dell'ospedale di zona al medico dell'automedica, che si avvale della teletrasmissione dell'ECG per una conferma diagnostica. I pazienti giudicati a rischio maggiore vengono indirizzati direttamente sull'ospedale centrale. Per fare questo è stato necessario intervenire su diversi punti che vanno dalla pianificazione alle attrezzature, alla formazione, allo sviluppo di nuovi protocolli concordati fra vari dipartimenti. L'organizzazione così modificata ha permesso nei pazienti ad alto rischio l'esecuzione dell'angioplastica primaria in tempi allineati alle linee guida.



Ovviamente l'esperienza sviluppata negli *audit* interaziendali ha evidenziato anche alcune criticità.

Audit provinciale - limiti-

- ❑ **Audit di tipo clinico** → mancano dati socio-economici
- ❑ **Alto dispendio di energie**
- ❑ **Centrato solo sulle cardiologie** → pz. ricoverati in altri reparti ?
- ❑ **Uniformità di tempo richiesto per tutti i casi indipendentemente da percorso/esiti** → i casi ad esito "inatteso" vanno ulteriormente valutati
- ❑ **Ritardo temporale**

- La nostra esperienza ha riguardato aspetti strettamente clinici mentre non disponiamo di valutazioni sugli aspetti socioeconomici.
- Il sistema di rilevazione presenta il grande vantaggio del coinvolgimento diretto dei medici ma, in una fase di grande limitazione delle risorse, comporta un forte impegno per i reparti.
- Ha centrato la popolazione ricoverata in cardiologia mentre, visti anche i dati provenienti dalle SDO, si può pensare a un *audit* dei ricoveri in reparti medici.
- La struttura della scheda è tale per cui viene dedicato lo stesso tempo a tutti i casi, mentre con l'esperienza acquisita si può pensare a fare una preselezione delle cartelle in modo da dedicare maggior tempo ai casi a maggior rischio di eventi.
- L'organizzazione della rilevazione comporta dei tempi fissi che condizionano la disponibilità dei dati diversi mesi dopo la chiusura dell'anno; si è già cercato di ovviare a ciò effettuando una prima rilevazione attraverso le SDO.

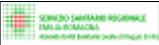
Si può affermare che l'esperienza che abbiamo condotto in tema di *audit* interaziendali è stata ampiamente positiva. In prospettiva va valutata la capacità dei Dipartimenti di sostenere con le loro forze e le loro risorse questi impegni in modo stabile; per contro va considerata la possibilità di strutturare queste azioni di verifica e farne entrare i risultati fra la reportistica routinariamente fornita dai livelli aziendali.

La formazione specifica degli operatori dovrebbe essere aumentata per stimolare la loro propensione alle attività di verifica.

È raccomandabile che le valutazioni di rendimento clinico, basate su dati di *audit*, vengano richieste come parte integrante delle relazioni di *budget*; è infatti una risorsa preziosa sia per esplicitare il governo clinico sia per concretizzare il bilancio di missione.

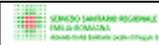


9. Accreditamento e qualificazione dei processi ⁹



Il percorso di Accreditamento del DSM

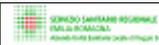
- 1996-98 Certificazione Residenza "La Pulce"
- 1997-98 Standard di prodotto
- 2001 Accreditamento istituzionale sperimentale
- 2005 Accreditamento istituzionale RER



Prodotti e processi

Nel DSM i Prodotti non sono riferiti al trattamento di diverse patologie ma ai diversi processi di cura (ad es. trattamento integrato territoriale, trattamento ambulatoriale, trattamento psicoterapeutico, inserimento lavorativo, ...)

Il lavoro sui prodotti ha favorito, a partire dal 1997, la riflessione sui processi e la successiva definizione delle procedure



Il lavoro di definizione delle procedure

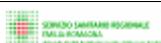
Il lavoro ha dettagliato tutti i processi di cura (sostanzialmente quelli relativi ai prodotti) e i processi di supporto con il contributo di operatori di diversa professionalità e appartenenza di servizio e territoriale.

⁹ Dorella Costi, Gaddomaria Grassi, Azienda USL di Reggio Emilia.



Le procedure

Procedure: insieme di azioni professionali finalizzate a un obiettivo. In generale maniera specifica di compiere un'attività (Agenzia Sanitaria RER, 1997).



Procedure e linee guida

Al lavoro di definizione delle procedure operative si è affiancato il lavoro di definizione e implementazione di Linee guida dipartimentali ("Stabilizzatori dell'umore" nel 2005; in corso di elaborazione "Trattamento dell'esordio psicotico")



Le procedure migliorano la qualità dei processi?

No, quando è determinante la qualità della relazione interpersonale

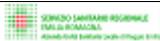
No, quando la variabilità decisionale può essere ridotta (Linee guida) ma non eliminata

Sì, quando definiscono processi di lavoro chiari e definiti entro i quali i professionisti possano operare senza disperdere energie e garantendo equità e trasparenza per gli utenti



In che misura siamo in grado di verificare l'applicazione delle procedure?

- Visite di verifica
- Segnalazione non conformità
- Audit clinici
- Incident reporting (ed eventi sentinella)
- Segnalazione spontanea



In conclusione

- Devono coesistere diverse occasioni/modalità di verifica delle procedure
- Diffidare delle procedure che non cambiano mai

10. Conclusioni del Direttore generale dell'ASMN ¹⁰

Gentilissimi,

innanzi tutto vi ringrazio per la vostra presenza a questa importante iniziativa, che porta a riflettere sulle esperienze aziendali in relazione ad un percorso cruciale e tassativo: sviluppare l'integrazione tra il governo clinico e i percorsi di accreditamento, come occasioni di miglioramento della qualità dei servizi e dell'assistenza, in una logica di partecipazione e responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori della sanità.

Il rammarico di non aver potuto partecipare all'iniziativa è comunque pari alla certezza che, in considerazione della qualità dei relatori e degli argomenti trattati, si potranno trarre significative conclusioni al termine della mattinata e della giornata nel suo complesso. Ringrazio in particolare il dott. Ido Iori, per la gentile disponibilità a portarvi questo mio contributo, e sottolineo il fatto che lui stesso, sui temi dell'accREDITAMENTO e del governo clinico, ha sempre condiviso l'impegno della Direzione, ottenendo anche di recente significativi risultati e riconoscimenti.

Nel mio breve intervento vorrei affrontare l'argomento sotto due prospettive: il contesto regionale e il contesto locale.

Per quel che riguarda il contesto regionale, rilevo che l'esperienza dell'ASMN è coerente con le scelte regionali, benché interessata a sviluppare propri percorsi contingenti alla realtà locale. In particolare, il governo clinico ha l'obiettivo di garantire la qualità della cura e dell'assistenza nella sua globalità e introduce il concetto di responsabilità collegiale per quanto riguarda le prestazioni, a livello clinico e organizzativo, e l'erogazione di un'assistenza sanitaria sicura, efficiente, di alta qualità con attenzione incentrata sul paziente.

I programmi di governo clinico non possono prescindere da investimenti significativi sulla formazione del personale, da un complessivo sostegno della cultura e del miglioramento della qualità.

I punti fondamentali del governo clinico sono senz'altro:

- il paziente al centro dell'assistenza,
- l'alto livello delle capacità direttive dei responsabili,
- la disponibilità dei professionisti di mettersi in discussione e imparare dai propri errori,
- la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità.

Si tratta di un modello che presuppone un cambiamento nelle organizzazioni, che origina dal basso, ma con un sostegno forte da parte della direzione generale, che deve creare le condizioni per garantire il perseguimento degli obiettivi.

Anche il bilancio di missione, alla cui elaborazione siamo attivamente impegnati, costituisce uno strumento a sostegno delle logiche di governo clinico nelle Aziende; infatti

¹⁰ Ivan Trenti, Direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, non presente alla giornata per sopraggiunti impegni improrogabili.

rende ben evidenti, per le istituzioni locali e regionali, nonché per le associazioni di volontariato e i professionisti, i risultati delle attività realizzate e l'utilizzo delle risorse rispetto agli obiettivi di salute assegnati. Introduce, quindi, i concetti dell'*accountability* e della trasparenza, per rafforzare quei sistemi di relazione che consentono ai destinatari dei servizi di valutare la qualità delle attività e degli obiettivi.

Passando rapidamente a trattare il contesto locale, vorrei segnalare che fino dagli anni '90 il nostro ospedale ha fatto propri i principi del TQM, principi che hanno ispirato il miglioramento continuo dei servizi offerti attraverso la partecipazione attiva dei professionisti e dei dirigenti. In questo ambito, la direzione aziendale ha il compito di:

- guidare le scelte strategiche,
- sostenere e applicare i valori dell'Azienda,
- ascoltare e coinvolgere i professionisti e i cittadini,
- creare le condizioni per una leadership attenta e orientata alla qualità (direttori e coordinatori).

Essa deve inoltre:

- saper programmare,
- saper comunicare e coinvolgere,
- garantire lo sviluppo delle competenze professionali,
- gestire le risorse economiche e tecnologiche,
- garantire la sicurezza degli operatori e dei cittadini,
- integrare in rete tutte le risorse disponibili,
- misurare la soddisfazione degli utenti e dei professionisti e valutarne gli *input*,
- misurare l'adeguatezza e l'appropriatezza dei servizi offerti,
- rendere trasparente la valutazione dei risultati e il livello di quali/quantitativo delle prestazioni rese.

I processi di qualità implicano un sostegno pieno e costante della direzione, che pone le basi per realizzare una *leadership* capace di gestire il sistema ispirandosi a obiettivi di sicurezza, centralità degli utenti e valorizzazione delle risorse professionali.

In questo processo, e con questi presupposti, la direzione aziendale favorisce:

- il lavoro di squadra, attraverso gruppi di lavoro interdisciplinari e multiprofessionali;
- la flessibilità organizzativa, centrata sui bisogni degli utenti;
- la partecipazione attiva dei cittadini (*audit* civico, condivisione delle scelte con CCM, coinvolgimento della associazioni nei percorsi dei pazienti, ...);
- il sostegno ai Direttori di dipartimento e ai RID, per la realizzazione di programmi di governo clinico attraverso il supporto degli staff della Direzione operativa;
- lo sviluppo degli staff dipartimentali e di Unità operativa, che supportano le direzioni dipartimentali con competenze tecniche specifiche e garantiscono il contributo e la partecipazione attiva dei professionisti al miglioramento della qualità dei servizi.

Vi ringrazio per l'attenzione che avete prestato nell'ascoltare questo mio breve apporto alla discussione, e mi auguro che il dibattito di oggi si riveli stimolante e produttivo.

Il contributo del processo di accreditamento a risultati specifici di governo clinico presso l'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova

11. Pianificazione dipartimentale e valutazione ¹¹

In questa relazione abbiamo cercato di esporre alcune delle esperienze fatte nel nostro Dipartimento riguardo gli aspetti della pianificazione per rispondere ai requisiti del 2° capitolo del modello regionale dell'accREDITamento.

Il capitolo risulta anche quello di gran lunga più corposo in quanto va a centrare aspetti molteplici sia come livello di dettaglio (dalle pianificazioni macro-dipartimentali fino a quelle più spicciole di gruppo di lavoro) sia come professionalità coinvolte (medici e infermieri).

Ai dipartimenti viene chiesto di definire le risorse necessarie (in termini di personale, attrezzature, struttura, ecc.) e i piani delle attività che, partendo dagli obiettivi specifici, arrivino a descrivere i tipi e i volumi di attività e i piani di lavoro necessari alla loro realizzazione. Nel medesimo capitolo viene richiesto di descrivere gli standard di prodotto.

Nell'impossibilità di descrivere tutte le attività inerenti il processo di pianificazione nel nostro Dipartimento, ho preferito focalizzare l'attenzione sul momento centrale della pianificazione che è rappresentato dall'elaborazione del documento annuale di *budget* nel quale sono esplicitati gli obiettivi, i volumi prodotti e le risorse disponibili.

Il ruolo e il modo di porsi dei dipartimenti rispetto a questo momento è fondamentale: i livelli operativi non devono attendere passivamente l'assegnazione di obiettivi e risorse da parte della direzione aziendale, ma piuttosto essere loro stessi propositivi nell'inserimento di nuove attività e nuovi progetti nel piano di *budget*. In tal modo si utilizzano le conoscenze proprie delle UUOO rispetto alle attività che esse stesse svolgono, e si consente ai Dipartimenti di entrare a far parte del momento decisionale e programmatico dell'Azienda.



¹¹ Massimo Pantaleoni, Gianfranco Mercurio, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Dipartimento Area critica. pantaleoni.massimo@asmn.re.it – mercurio.gfranco@asmn.re.it

La fase di stesura della relazione rappresenta un po' il momento di sintesi delle azioni del dipartimento e del suo modo di rapportarsi con il modello di accreditamento; infatti per la sua realizzazione vengono richiamati tutti gli aspetti. In particolare pensiamo al rapporto che intercorre fra pianificazione e verifica/valutazione, essendo necessari adeguati dati di controllo per procedere a una pianificazione accurata e adeguata. Devono pertanto essere disponibili i dati epidemiologici e quelli sulla loro variazione nel tempo.

In campo cardiologico possiamo portare l'esempio del rapido aumento delle procedure di angioplastica e del calo di quelle di cardiocirurgia coronarica, l'aumento della casistica di pazienti con scompenso cardiaco, ecc. Questi dati rappresentano in qualche modo il problema che dobbiamo affrontare con i nostri mezzi (personale, attrezzature, ecc.) e le nostre capacità (risultati negli anni precedenti e confronti con altri ospedali/reparti).



Nella figura sono esemplificati i vari raggruppamenti di dati necessari per la valutazione dello stato del Dipartimento e per la relazione finale. Nella nostra organizzazione, gli stessi vengono valutati dal Consiglio di Dipartimento e dal direttore del Dipartimento con il contributo metodologico dello staff del Dipartimento che comprende i referenti medici e infermieristici di accreditamento/governo clinico, formazione, qualità clinica/EBM, comunicazione.



Solitamente, dopo questa fase comune di valutazione e verifica il direttore del Dipartimento passa a stilare la componente programmatica-propositiva della relazione nella quale dovrebbero trovar posto sicuramente le proposte produttive e le richieste di attrezzature ma anche i piani di attività, un vero piano della formazione che non si limiti a sommare le richieste ma le indirizzi consensualmente agli obiettivi del Dipartimento. Sarebbe opportuno anche che venissero esplicitate le necessità di aggiornamento degli standard di prodotto, il piano delle verifiche cliniche sondando con *audit* le patologie di maggiore interesse, le iniziative relative al governo clinico. Ciò consentirebbe di far perdere alla relazione di *budget* quella connotazione esclusivamente amministrativa che spesso presenta.

È utile che, nell'ambito della riflessioni sui risultati ottenuti, si spazi anche sugli aspetti degli *outcome* clinici e sugli indicatori di processo di cura: ad esempio in ambito cardiologico riportando la mortalità per le varie forme di infarto miocardico acuto, la percentuale di pazienti con infarto trattati con angioplastica primaria, la percentuale di re-ricoveri.

Anche nelle considerazioni sui costi dei beni sanitari utilizzati è possibile fornire informazioni tecniche che risultano utili ai servizi aziendali per la pianificazione. Nella nostra relazione ci siamo dilungati nel descrivere le modificazioni strumentali, procedurali e di indicazioni intervenute (e in parte ancora in evoluzione) nell'angioplastica: negli ultimi anni si è assistito non solo a un aumento delle procedure, ma anche a un aumento della complessità delle stesse con utilizzo di stent multipli e di stent medicati. È importante che il medico utilizzi la propria preparazione professionale per chiarire questi aspetti ai settori della pianificazione aziendale.

Il reparto viene anche chiamato a descrivere i propri punti di forza e le proprie debolezze. Ad entrambi è opportuno dedicare almeno alcuni paragrafi; è un'opportunità di portare all'attenzione della direzione aziendale risultati e iniziative che altrimenti rischiano di passare inosservate o non adeguatamente considerate per la loro importanza (nella figura qui sotto abbiamo illustrato le nuove verifiche sul processo di riabilitazione), oppure per far notare attività che non hanno risultati apparenti sui risultati ma ne rappresentano la condizione necessaria; basti pensare allo sviluppo di linee guida, a nuove iniziative di *audit*, alla implementazione di nuovi protocolli di terapia ecc.



Nella descrizione dei punti di debolezza si realizza frequentemente una certa reticenza, non essendo mai facile descrivere ad altri i problemi della struttura. Va tuttavia considerato che la loro descrizione non implica necessariamente nostre carenze ma spesso diventano una segnalazione di un mutamento di scenari, di dotazioni, di rapporti che rischiano di peggiorare le capacità di prestazione delle Unità operative. È opportuno che le direzioni siano informate di questi aspetti, sia perché in questo modo vengono messe in condizione di elaborare dei correttivi sia perché i servizi di livello aziendale potrebbero essere in grado di aiutare il Dipartimento ad affrontare le criticità.

Nella nostra Azienda possiamo pensare alla relazione di *budget* come al momento di integrazione dipartimentale nel quale coniugare gli aspetti gestionali con quelli più strettamente clinici del nostro lavoro, consentendo quindi di descrivere le capacità di governo clinico messe in atto dai professionisti responsabili coadiuvati dagli staff di dipartimento che presidiano le funzioni di formazione, accreditamento/governo clinico, EBM, comunicazione.

La pianificazione si articola su una fase di analisi che spazia dai risultati di produzione a quelli clinici, dal consumo di risorse allo stato della formazione e dell'aggiornamento degli operatori, dalla soddisfazione del paziente alle criticità.

La fase successiva andrà a toccare le previsioni epidemiologiche e lo proposte organizzative per affrontarle in modo congruo, considererà le necessità di personale e di attrezzature ma anche le azioni per la gestione del rischio clinico, comprenderà un piano di formazione coerente con gli indirizzi aziendali e con gli obiettivi del Dipartimento.

L'obiettivo è la relazione ideale, che rappresenta un mezzo per esercitare il governo clinico del dipartimento.



La relazione ideale – 1 – la fase di analisi

- Analisi produzione
- Analisi dei risultati clinici
- Analisi del consumo di risorse
- Analisi dello stato della formazione (clinical competence, crediti ECM, ...)
- Analisi della soddisfazione dei pazienti
- Criticità emerse ↔ Punti di forza



La relazione ideale – 2 – la fase propositiva

- Previsioni di evoluzione epidemiologica
- Modifiche organizzative per affrontarle → obiettivi
- Susseguente stima di consumo di risorse e attrezz.
- Progetti di gestione del rischio
- Piano della formazione da cui traspaia una direzione, un filo conduttore del Dipartimento coerente con le linee aziendali ma anche con la propria pianificazione (gestione unitaria della scheda di budget e budget economico non fisso)
- Pianificazione dei controlli

12. L'attenzione al paziente dal punto di vista del professionista ¹²



Nell'ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, per soddisfare sempre di più i bisogni di comunicazione con l'utente e in funzione della trasversalità dei risultati, si è iniziato a lavorare e a strutturarsi per percorsi assistenziali.

L'analisi del percorso del tumore del polmone è la prima sperimentazione che vuole mettere a confronto tutti i professionisti che interagiscono in questo processo e creare le sinergie per porre al centro il paziente e la sua famiglia, sviluppando le dimensioni della qualità professionale, della qualità organizzativa-gestionale e della qualità relazionale.

L'aspetto della qualità relazionale è stato affrontato ponendo attenzione all'aspetto comunicativo con il paziente e all'aspetto comunicativo tra i medici che sono coinvolti nel percorso di cura.

Anche la politica del Dipartimento, enunciata nel manuale della qualità in occasione dell'accreditamento regionale, recita:

... Vogliamo migliorare l'efficienza e l'efficacia delle nostre prestazioni diagnostiche e terapeutiche ... ponendo il paziente al centro delle nostre attenzioni ...

Lo strumento tecnico che ci poteva essere di aiuto per realizzare quanto ci eravamo prefissi è stato individuato nel percorso assistenziale. È infatti un approccio metodologico che consente di ridisegnare i processi aziendali in una logica di miglioramento incrementale e continuo; è un approccio che pone il paziente al centro, sollecitando i professionisti all'identificazione di quelle attività che rendono il percorso lento, complicato, ridondante. È un'analisi complessiva che sviluppa le dimensioni della qualità professionale, organizzativa e gestionale.

Mette inoltre a confronto tutti i professionisti che interagiscono nel percorso al fine di creare le sinergie per mettere al centro il paziente e la sua famiglia.

¹² Marisa Ferrari, Rita Pratissoli, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Dipartim. oncoematologico. marisa.ferrari@asmn.re.it - pratissoli.rita@asmn.re.it

Manuale della qualità del dipartimento onco-ematologico

Accreditamento regionale

Politica

-Vogliamo migliorare l'efficienza e l'efficacia delle nostre prestazioni diagnostiche e terapeutiche

↓

PERCORSI ASSISTENZIALI

15 febbraio 2006 Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia - DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Percorso assistenziale

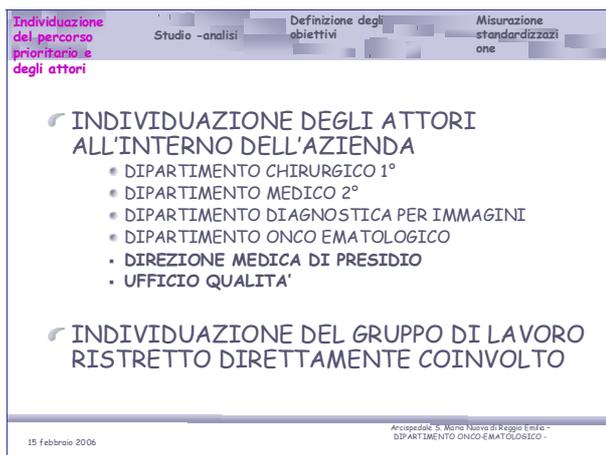
- Approccio metodologico che consente di ridisegnare i processi aziendali in una logica di miglioramento incrementale e continuo
- Approccio che pone il paziente al centro sollecitando i professionisti all'identificazione di quelle attività che rendono il percorso lento, complicato, ridondante.

Analisi complessiva che sviluppa le dimensioni della qualità professionale, organizzativa e gestionale

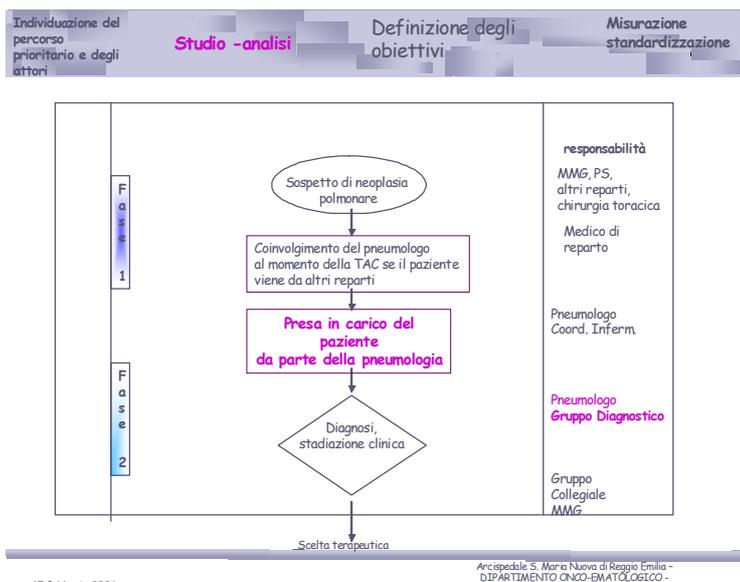
15 febbraio 2006 Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia - DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Il primo *step* è stata l'individuazione degli attori coinvolti e successivamente l'identificazione di un gruppo ristretto al quale è stato attribuito il mandato operativo di stesura del percorso.

Lo studio del processo ha messo in evidenza che l'accettazione di un ammalato con sospetta neoplasia polmonare può avvenire attraverso molteplici modi: il gruppo ha lavorato per individuare il momento in cui il percorso poteva essere unificato, e su come inserire tutte le figure professionali con le relative competenze che spesso sono utilizzate in modo parziale, non integrato e non coordinato.



È stato quindi individuato come primo momento di “unificazione” del percorso l’esecuzione della TAC con contestuale presa in carico del paziente da parte del pneumologo. In questa fase è stato istituito un gruppo diagnostico formato da radiologo, patologo, medico nucleare di cui il pneumologo può avvalersi in caso di difficoltà diagnostiche.



Successivamente nel percorso si è evidenziata la forte necessità di un gruppo collegiale di professionisti che

- discute sulle implicazioni legate all'accettazione della diagnosi;
- discute qual è la migliore terapia possibile per quel paziente e in quel momento (offerta del miglior trattamento possibile);
- ridiscute periodicamente la scelta terapeutica.

Individuazione del percorso prioritario e degli attori Studio -analisi **Definizione degli obiettivi** Misurazione standardizzazione

Creare condizioni affinché la struttura e i professionisti si organizzino al fine di fornire risposte univoche e coordinate

Strutturazione gruppo collegiale di professionisti

Discute sulle implicazioni legate all'accettazione della diagnosi

Discute qual è la migliore terapia possibile per quel paziente e in quel momento (offerta del miglior trattamento possibile);

Ridiscute periodicamente la scelta terapeutica

15 febbraio 2006 Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia -
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO -

Altro punto fondamentale del nostro percorso è stata l'individuazione di un medico referente (pneumologo) che si prenda carico del paziente durante tutto il percorso e che curi particolarmente gli aspetti comunicativi anche rispetto alle risposte da fornire al paziente. Oltre a ciò deve farsi carico del coordinamento degli interventi effettuati da altri specialisti e del mantenimento continuo dei rapporti con il paziente e i suoi familiari. L'obiettivo è quello che sia il principale punto di riferimento per il paziente, i suoi familiari e tutti i professionisti che interagiscono nella gestione del caso.

Individuazione del percorso prioritario e degli attori Studio -analisi **Definizione degli obiettivi** Misurazione standardizzazione

Garantire all'utente un medico referente che lo accompagna durante tutto il percorso

Individuato un medico di riferimento che prende in carico il paziente dal momento del sospetto diagnostico, lo segue nel percorso diagnostico, nella terapia e per tutti i momenti di ricovero e di cura all'interno della struttura ospedaliera
(pneumologo)

15 febbraio 2006 Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia -
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO -

La misurazione del processo è monitorata attraverso una serie di indicatori qui elencati.

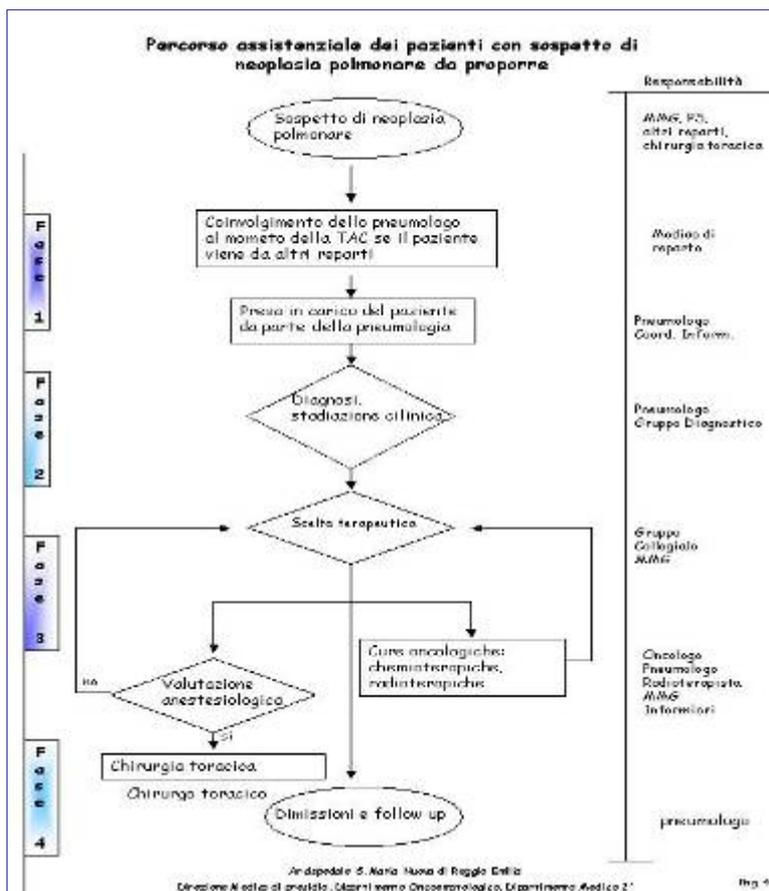
- n. pazienti con diagnosi di neoplasia polmonare dimessi dalla pneumologia / n. utenti con neoplasia polmonare dimessi all'ASMN
- n. pazienti con diagnosi di neoplasia polmonare dimessi dalla chirurgia toracica / n. utenti con neoplasia polmonare dimessi all'ASMN
- n. pazienti con diagnosi di neoplasia polmonare dimessi dall'oncologia / n. utenti con neoplasia polmonare dimessi all'ASMN
- n. pazienti trattati in oncologia e in pneumologia per stadio
- n. pazienti trattati in chirurgia toracica e in radioterapia

- n. pazienti in *follow up* seguiti dalle UUOO / n. pazienti dimessi per UO e discussi nel gruppo collegiale
- n. casi con parere discordante emessi dal gruppo collegiale / n. totale dei casi discussi dal gruppo
- n. casi discussi nel gruppo collegiale / totale dei pazienti con neoplasia polmonare dimessi dall'ASMN
- n. casi discussi nel gruppo collegiale con la presenza del MMG-infermieri / totale casi discussi nel gruppo collegiale
- n. incontri del gruppo collegiale effettuati / n. incontri previsti nel regolamento
- n. pazienti trattati con chemioterapia di 1^a linea / n. pazienti discussi nel gruppo collegiale da trattare con chemioterapia di 1^a linea
- tempo intercorso tra il sospetto diagnostico e la diagnosi
- tempo intercorso tra la diagnosi e la terapia

Percorso definitivo

Particolare interesse, nel percorso riveste il momento della comunicazione della diagnosi, che può condizionare tutto il percorso clinico e assistenziale. Quindi deve essere il medico pneumologo che successivamente si prenderà carico di quel paziente a comunicare, nei modi e nei contenuti più idonei all'utente e ai suoi familiari, la diagnosi infausta. Così come sarà compito del medico referente avere attenzione ai bisogni, considerandolo nel suo insieme e quindi tenendo conto anche dei bisogni bio-psico-sociali che valorizzano la centralità della persona all'interno del suo percorso di cura.

Si sta lavorando anche sul processo fra medico e malato, processo che comprende sia momenti informativi ma anche comunicazione e attenzione alle emozioni di chi sta vivendo la malattia, che si traduce in accoglienza della persona stessa e ascolto attivo finalizzato al perseguimento di un obiettivo terapeutico condiviso.



Caratteristiche del percorso

- ✓ Interdisciplinarietà (piena valorizzazione di tutte le figure professionali in modo integrato e coordinato)
- ✓ Interdipartimentale
- ✓ Discussione con tutti i dipartimenti coinvolti nel percorso
- ✓ Discussione nel collegio di direzione (una delle sedi nella quali si realizza il governo clinico)
- ✓ Attenzione all'utente
- ✓ Condivisione delle evidenze scientifiche (competenze dei professionisti utilizzate in modo integrato e coordinato)

Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia - DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO -
15 febbraio 2006

Punti di forza

- Gli incontri settimanali dei professionisti (pneumologo, oncologo, chirurgo toracico e radioterapista) hanno creato un forte valore aggiunto perché permettono il confronto e la condivisione delle scelte diagnostico-terapeutiche e comunicative sul singolo paziente.
- Contemporaneamente hanno creato per l'utente una sicurezza all'interno dell'ospedale perché è definito il percorso in termini di assegnazione nell'organizzazione di un medico di riferimento che cura anche gli aspetti comunicativi.

15 febbraio 2006

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia -
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

Punti di debolezza

- Difficoltà di integrazione tra le varie unità operative coinvolte direttamente nel percorso (soprattutto iniziale)
- Comunicazione efficace all'interno dell'ospedale del percorso complessivo

15 febbraio 2006

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia -
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO

13. Il governo delle interfacce: il caso del dolore toracico ¹³

Nel corso della definizione delle interfacce particolarmente significative da analizzare come prevede il requisito dell'accreditamento è stata individuata quale particolarmente critica il tempo che intercorre tra l'arrivo del paziente in Pronto soccorso e la conseguente presa in carico dell'UTIC nel paziente con dolore toracico.

Quindi i due dipartimenti interessati - Dipartimento di emergenza-urgenza e Dipartimento Area critica -, per evidenziare meglio il fenomeno hanno condotto un ulteriore approfondimento auditando le cartelle cliniche dei casi con tempi superiori all'atteso, che hanno confermato la problematica e messo in evidenza le criticità più specifiche di tipo clinico, relazionale e organizzativo.

A fronte quindi della conferma dei dati e dal *brainstorming* iniziale la Direzione medica di Presidio ha dato mandato di definire un percorso condiviso tra PS e UTIC relativo alla gestione del paziente con dolore toracico che accede al PS. Il percorso era ed è orientato al miglioramento dell'appropriatezza, all'ottimizzazione dei tempi di percorrenza del paziente e alla predisposizione di protocolli clinici condivisi tra le due UUOO.

Approccio sistemico alla gestione del processo

- vedere le varie attività collegate tra di loro
- tenere ben conto dei collegamenti e delle relazioni (interfacce)
- Interfaccia = punto critico che richiede attenta analisi con l'obiettivo di evidenziare criticità e trovare azioni di miglioramento

¹³ Emanuela Burani, Stefano Regnani, Dipartimento emergenza-urgenza
Massimo Pantaleoni, Dipartimento Area critica
Azienda ospedaliera di Reggio Emilia
burani.manuela@asmn.re.it - stefano.regnani@asmn.re.it - pantaleoni.massimo@asmn.re.it

Azioni di miglioramento per ottimizzare il percorso del paziente, i tempi e le risorse
creando
un percorso condiviso tra le due parti che si interfacciano,
con meccanismi di monitoraggio,
mediante predisposizione di protocolli condivisi

tempi di trattamento non sempre adeguati nel dolore toracico tipico con ST sopraslivellato all'ecg

Sono stati rivisti i casi di ricovero in UTIC dopo valutazione in PS e da questi selezionati i casi con un ritardo superiore ai 30'

L'analisi del percorso dei casi non conformi ha individuato 3 momenti rilevanti nel ritardo intraospedaliero

- Il tempo per l'esecuzione ECG
- Il tempo ECG- richiesta consulenza
- Il tempo richiesta - esecuzione consulenza

Il *brainstorming* iniziale ha evidenziato alcune criticità sia di tipo organizzativo che clinico e relazionale

Dopo attenta analisi il gruppo ha deciso di lavorare sulle due ritenute più critiche:

Criticità organizzativa

• tempi di trattamento non sempre adeguati nel dolore toracico con ST sopraslivellato = (ritardo tra arrivo al PS e ricovero in UTIC)

Criticità clinica

• Esistenza, in alcuni casi, di disomogeneità nel trattamento del dolore toracico

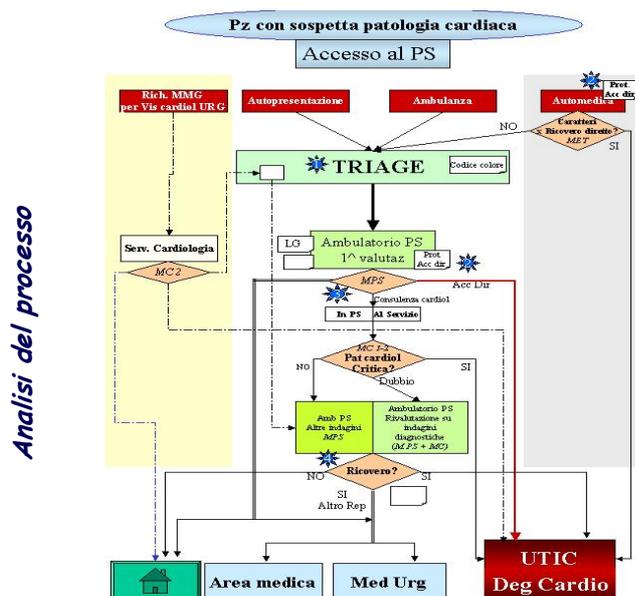
È stato costituito un gruppo di lavoro comprendente sia medici che infermieri, in particolare erano presenti i referenti dipartimentali per la qualità clinica/EBM; il coordinamento è stato affidato ai referenti per l'accREDITAMENTO in considerazione della ottica di sistema che li caratterizza.

Interfaccia PS-Cardiologia

Gruppo di lavoro costituito da medici ed infermieri delle 2 unità operative, un rappresentante dell'ufficio qualità ed un rappresentante della Direzione Sanitaria

Come prima attività è stata sviluppata un'accurata analisi del processo di cura del paziente con sospetta patologia cardiaca; il processo risultava molto articolato e complesso e con percorsi tra loro alternativi dipendenti più dal punto di ingresso del paziente (PS o settore urgenze della cardiologia) che dalla sua situazione clinica.

I dati raccolti sono stati presentati alle *équipe* interessate in modo che tutti fossero a conoscenza del lavoro in atto e potessero esprimere la loro valutazione.



Sono emersi due problemi diversi: il primo rappresentato dalla gestione dei pazienti che si presentano con chiaro quadro di infarto, il secondo rappresentato dalla gestione condivisa dei pazienti con quadri di dolore toracico non ancora classificato.

Si è deciso di prendere immediati provvedimenti per il primo problema attivando un protocollo - elaborato dai referenti Accreditamento e approvato dai direttori di Dipartimento - di gestione accelerata con accesso diretto all'UTIC per i pazienti con quadro di IMA trasportati dall'automedica.

Criticità → azioni

Accesso rapido all'UTIC per STEMI

Rivedere il protocollo esistente,
unificarlo e condividerlo

Disomogeneità nel trattamento

Stesura di linea guida condivisa per la
gestione del paziente con dolore
toracico

PROTOCOLLO STEMI

- Condiviso
- Applicato

- Monitorato attraverso un indicatore

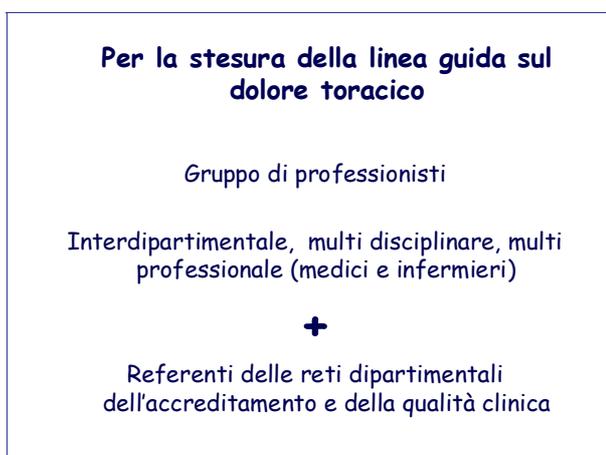
INDICATORI

- Percentuale di pz con STEMI ricoverati entro 30' dall'arrivo in PS rispetto al totale dei pazienti con STEMI.
Standard: > 75%
Il PS verificherà l'indicatore attraverso i dati del Data base SMS, la cardiologia attraverso l'audit

- N. pazienti ricoverati direttamente in UTIC in modo inappropriato (senza le caratteristiche previste in questo protocollo): *registro presso l'UTIC seguito da valutazione dei casi registrati*



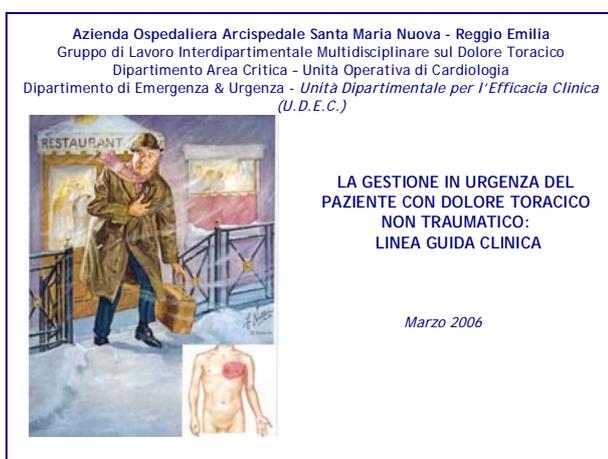
Per il secondo problema, essendo unanime la necessità di mantenere la doppia possibilità di accesso ma di migliorare l'uniformità dei comportamenti, si è costituito un sottogruppo per l'elaborazione di una vera e propria Linea guida aziendale per la gestione del dolore toracico.



Questo secondo gruppo ha visto un'attività prevalente da parte dei professionisti formati nelle metodiche di medicina basata sull'evidenza che hanno seguito gli step di ricerca del materiale disponibile in letteratura, di individuazione di una LG di riferimento, di riscrittura dei vari passaggi effettuando l'adattamento alla situazione locale. In questa fase sono stati coinvolti come consulenti anche i medici dei laboratori chimico-clinico per concordare i profili di esami più utili all'accuratezza diagnostica.

Le varie bozze sono state anche analizzate dai referenti dell'accREDITAMENTO che, in virtù del loro mandato, hanno esercitato una verifica di impatto delle raccomandazioni presenti nel documento rispetto alle dotazioni strutturali, tecnologiche e umane disponibili.

La linea guida è stata infine presentata ai direttori dei Dipartimenti coinvolti e approvata dalla Direzione sanitaria che ne ha curato la divulgazione.



Conclusioni

Il lavoro collegiale ha consentito di disporre di una guida clinica che garantisce il medesimo percorso clinico ai pazienti indipendentemente dal punto di primo contatto con la nostra struttura; il lavoro fatto ha inoltre migliorato i rapporti professionali tra le varie *équipe* coinvolte. Un ulteriore miglioramento è stato introdotto con la trasmissione telematica dell'ECG dalle automediche in modo da anticipare l'allertamento della emodinamica per l'esecuzione dell'angioplastica primaria nei casi di IMA.

Punti di forza

- * Confronto tra professionisti sul percorso del paziente per ottimizzarlo
- * Confronto dei professionisti sulle evidenze scientifiche al fine di "produrre" una linea guida condivisa
- * Integrazione tra realtà diverse
- * Monitoraggio nel tempo degli indicatori

Punti critici

L'impegno richiesto,
soprattutto in termini di tempo,
ai professionisti

la Qualità costa

14. Percorsi di miglioramento: la gestione delle liste d'attesa nelle indagini radiologiche ¹⁴



L'obiettivo principale di questa relazione è di dimostrare come il percorso dell'accreditamento ha contribuito all'unificazione di due Unità operative di radiologia presenti nell'ASMN e a una gestione delle liste di attesa progettata secondo i criteri del miglioramento.

Nonostante si trattasse della stessa Azienda, le due realtà hanno sempre intrapreso metodiche gestionali e programmi procedurali differenti, perseguiti comunque all'interno di una propria lecita autonomia organizzativa.



¹⁴ Alessandra Ronzoni, Giacomo Serafini, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Dipartimento diagnostica per immagini. ronzoni.alessandra@asmn.re.it - serafini.giacomo@asmn.re.it

Contesto

CRITICITÀ



- COMUNICAZIONE SCARSA
- METODI DI LAVORO DIVERSI
- DIFFERENTE PROGRAMMAZIONE
- DISPARITÀ TECNOLOGICHE
- CARENZA DI CONFRONTO TRA OPERATORI

Il trasferimento in un unico ambiente, l'unificazione del personale tecnico, la digitalizzazione e l'informatizzazione delle informazioni (quindi l'introduzione di nuove metodiche tecniche di diagnostica), sono stati tre elementi fondamentali che hanno giocato un ruolo di "causa ed effetto" sull'equilibrio della nuova realtà.

Gli effetti sinergici di questi tre fattori, in ogni caso "destabilizzanti", si sono maggiormente evidenziati proprio nell'integrazione professionale tra i diversi operatori (tecnici, medici e infermieri), i quali all'inizio hanno cercato di mantenere immutati certi meccanismi di comportamento ormai sedimentati fin dall'origine delle proprie esperienze lavorative svolte in realtà differenti.

La perdita inevitabile di questi equilibri ha provocato nel personale una netta distinzione tra chi ha posto una resistenza al cambiamento, chi l'ha subita in modo del tutto passivo, chi viceversa ha trovato nella novità notevoli stimoli nel prendere parte attiva a tutte le sfide organizzative che questa operazione ha comportato.

Il percorso di accreditamento ha facilitato la "fusione" dei due mondi mettendo a disposizione un modello di riferimento che pone l'attenzione sui bisogni dell'utente, sulla valorizzazione delle risorse umane e sull'organizzazione.

Contesto

COS'È ACCADUTO



UNIFICAZIONE DEL PERSONALE

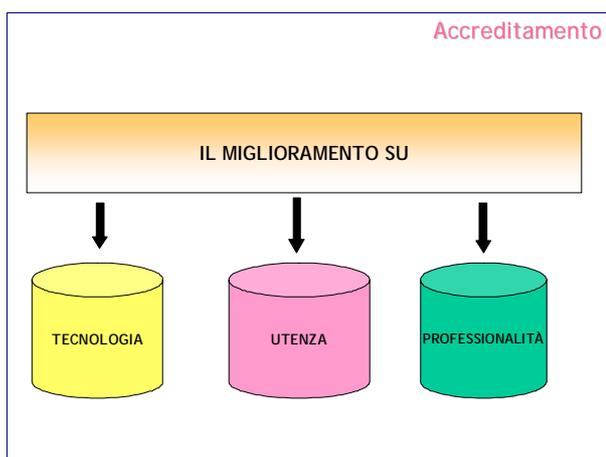
TRASFERIMENTO NEI NUOVI LOCALI

Ripresa del percorso di accreditamento

INFORMATIZZAZIONE E DELLA RADIOLOGIA PACS-RIS

Sotto l'aspetto organizzativo, di fondamentale importanza è stata l'attenzione rivolta al paziente, divenuto il punto di riferimento attorno al quale si è voluta creare una strategia collettiva che potesse migliorare la qualità del servizio.

Di fatto sono state abbreviate certe procedure che precedentemente costringevano i pazienti a lunghe attese prima di ricevere la prestazione. Tutto questo è stato possibile grazie anche a una maggiore libertà decisionale e gestionale delle risorse, che ha permesso non solo la razionalizzazione dei tempi di attesa e delle prestazioni, ma anche una maggiore collegialità di tutto il personale nell'organizzare le nuove procedure e quindi nel rispettarle.

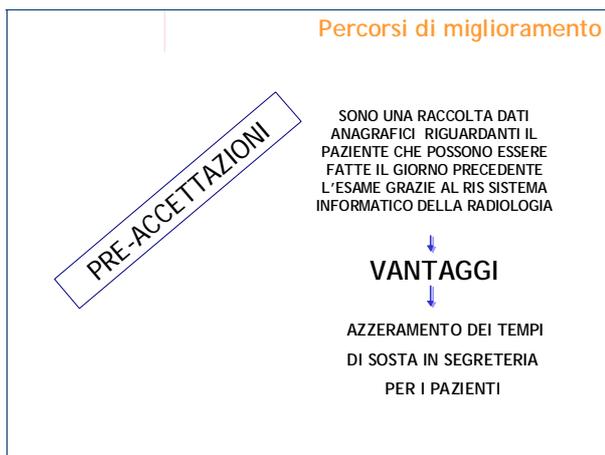


Gestione delle liste di attesa in mammografia

Il percorso dei pazienti è stato notevolmente abbreviato grazie a una migliore organizzazione sia dei percorsi che delle modalità di accesso al servizio. Inoltre, grazie all'introduzione delle pre-accettazioni non è neppure necessario un accesso dalla segreteria; ogni paziente che si reca in mammografia ha infatti già indicata sulla richiesta la sala di attesa di appartenenza.

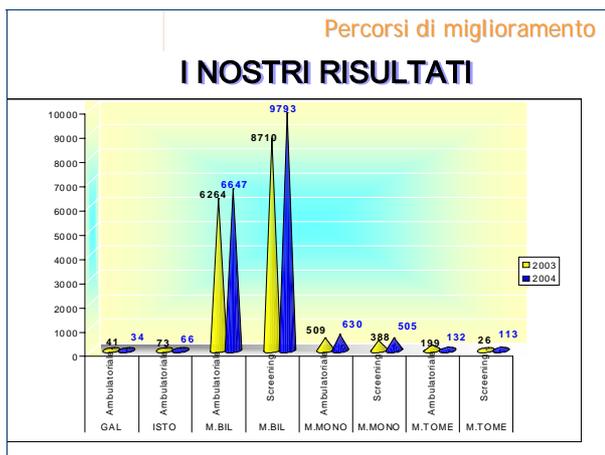
Questo nuovo percorso è stato possibile grazie all'introduzione del RIS, il nuovo sistema informatico che ha permesso di ridurre drasticamente i tempi di sosta in mammografia, questo a vantaggio prima di tutto delle pazienti rivelandosi anche un validissimo strumento per l'organizzazione del servizio.





Le agende elettroniche sono state un ulteriore strumento che ha permesso una gestione dinamica degli appuntamenti, garantendo un'attività sempre a pieno regime e la possibilità di aprire sedute estemporanee. I risultati ottenuti sono la dimostrazione che una buona organizzazione e una gestione razionale delle risorse hanno permesso di raggiungere obiettivi al di sopra delle aspettative.





Percorsi di miglioramento

VANTAGGI

- PROGRAMMAZIONE SETTIMANALE
- POSSIBILITÀ DI APRIRE SEDUTE ESTEMPORANEE
- GARANZIA DI UN NUMERO DI PRESTAZIONI COSTANTE
- ATTIVITÀ SEMPRE A PIENO REGIME
- GARANZIA DELLE PRESTAZIONI URGENTI ENTRO I TERMINI PREVISTI DALLA RER

Gestione delle liste di attesa di ecografia/TC/RMN

ECOGRAFIA

Le modalità di accesso sono rimaste identiche sia prima che dopo l'unificazione: accesso tramite prenotazione interna per ricoverati, DH, DS, parte degli ambulatoriali (agoaspirati/biopsie, ecodoppler di organo, fasce deboli come bambini fino a 14 anni, anziani delle case protette, ecc.), accesso tramite prenotazione CUP per la maggior parte degli ambulatoriali.

Era già emersa prima dell'unificazione la criticità fra eseguito/prenotato CUP.

La risposta è stata però possibile solo dopo l'unificazione quando, con l'introduzione del sistema PACS, si sono liberate energie del settore amministrativo, non più impegnate nel lavoro di dattilografia, che sono state utilizzate per la revisione (pulizia) che consiste nella verifica telefonica - di regola giornaliera - della reale intenzione del paziente ad effettuare l'indagine o la rinuncia per la prenotazione CUP; con le rinunce si ottengono posti "nuovi" che vengono utilizzati per immettere pazienti che hanno appuntamenti più lontani nel tempo. Su base annua si recuperano circa 1.200 posti con conseguente riduzione delle liste di attesa.

Percorsi di miglioramento

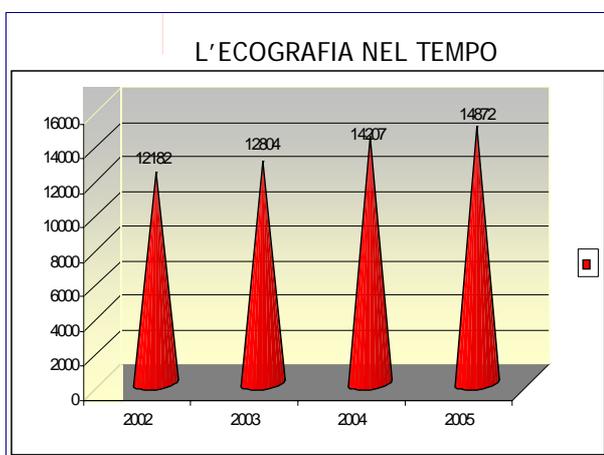
Criticità emersa negli scorsi anni in seconda radiologia:

Differenza anche sensibile tra il prenotato CUP e l'effettuato

Risposta (possibile solo dopo l'unificazione grazie al recupero di personale amministrativo per l'introduzione del PACS)

Revisione/pulizia delle liste CUP:

Possibilmente ogni giorno e comunque mai meno di una volta alla settimana viene telefonato da parte della segreteria ai pazienti in lista nel/nei giorni immediatamente successivi e si chiede conferma della prenotazione, vengono così liberati un certo numero di posti (a volte anche cospicuo) in cui possono essere inseriti altri pazienti: in primis urgenze di ricoverati o DH poi ambulatoriali anticipando quelli dei giorni successivi



TC/RMN

La gestione è solo a prenotazione interna. Le richieste degli ambulatoriali hanno sempre una pre-valutazione medica per stabilire il grado di urgenza; anche qui viene fatta una revisione giornaliera della lista al fine di accertare eventuali rinunce da utilizzare per immettere pazienti più avanti nella lista.

Percorsi di miglioramento

TC E RMN

- Prenotazione solo in segreteria UO
- Sempre valutazione medica delle richieste ambulatoriali per stabilire priorità e tempi di appuntamento con particolare attenzione ai codici verdi
- Pulizia giornaliera della lista degli ambulatoriali del giorno successivo con conseguente comportamento analogo a quello descritto per l'ecografia

Conclusioni

La costruzione del sistema qualità nel suo complesso ha sviluppato, nella nostra esperienza, non solo modalità e strumenti rivolti a far meglio il nostro lavoro, ma anche l'impegno dei singoli professionisti nella corresponsabilità e nella condivisione di obiettivi comuni.

In questo modello, il fattore umano assume un ruolo strategico dal quale dipende la funzionalità dell'intero sistema.

Inoltre, la valorizzazione delle risorse umane ha portato a rafforzare l'integrazione tra gli operatori e ottenerne il loro consenso attivo all'interno dell'organizzazione.

15. Lo sviluppo di standard di prodotto. Le lesioni difficili ¹⁵

Gli standard di prodotto: le ragioni e lo scopo

Nel linguaggio dei moderni Sistemi Qualità vi è l'obbligo di trasparenza e di impegno nei confronti dell'utente, per cui l'organizzazione deve determinare:

- i requisiti specificati dal cliente
- i requisiti non specificati dal cliente, ma necessari per l'uso specificato o per quello atteso dove conosciuto
- i requisiti cogenti relativi ai prodotti
- ogni altro requisito aggiuntivo stabilito dall'organizzazione stessa

“ E' richiesto alle Aziende sanitarie di individuare i propri indicatori di qualità e fissare i propri standard di qualità (generali e specifici) ”



CARTA DEI SERVIZI

DPCM maggio 1995

Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale
S.G. N.125, 31.5.1995, p.7

“Definire lo standard di prodotto significa per l'Azienda la disponibilità a riflettere in chiave eteroreferenziale per scoprire le carte delle possibilità concrete di operare, per garantire prodotti/servizi in modo sistematico e su questi confrontarsi ed impegnarsi verso i propri acquirenti”

¹⁵ Cinzia Morena Arduini, Angelo Ghirarduzzi, Maria Paola Lince, Luisa Pavarelli,
Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Dipartimento medico I. mariapaola.lince@asmn.re.it

Motivazioni per definire gli standard

- Riflettere e crescere attraverso una lettura dall'interno con gli occhi del cliente su cosa si fa e del perché lo si fa.
- Dotarsi di un sistema di ottimizzazione/razionalizzazione delle risorse, e della possibilità di valutare la propria attività.
- Costruire la negoziazione interna ed esterna su basi inoppugnabili.
- Valorizzare i professionisti.
- Creare opportunità di incontro con i cittadini/fruitori.
- Concretizzare le norme di legge.

L'erogazione del servizio sanitario non può esaurirsi nell'atto professionale, ma deve potere comprendere la relazione che la determina, il contesto nel quale la prestazione viene erogata, la percezione e le emozioni di chi la riceve. Quindi il prodotto/servizio che erogiamo è il risultato di una relazione molto complessa dove intervengono il fruitore, con le sue potenzialità e con i suoi limiti, l'organizzazione con le sue compatibilità gestionali, il professionista con le sue competenze tecniche ...!

La definizione del glossario della qualità ASR

(Versione 5 luglio 1998)

Standard di prodotto

Connotazione di un
prodotto/servizio attraverso la
definizione delle caratteristiche
(indicatori) delle relative misure
e dei livelli di accettabilità
(standard)

L'elaborazione di standard di prodotto è definita nelle
"Linee Guida" della RER
e nel capitolo relativo alla
Pianificazione (Cap 2)
e rimanda al capitolo della
Verifica dei Risultati (Cap 9)



L' ATTEZIONE AL PRODOTTO
"LESIONI DIFFICILI"

- Epidemiologia
- Costo
- Gestione frammentaria del paziente polipatologico
- Prodotto suddiviso in sottocategorie:
 - * Ulcere da pressione
 - * Ulcere vascolari (venose, arteriose, miste)
 - * Piede diabetico

Gli obiettivi attesi

- Strumento di autogestione
- Fonte di dati certi per la "Carta del Servizio"
- Validazione dell'attività del Centro secondo gli standard correnti dei SQ
- Disponibilità di indicatori e standard accettabili per la contrattazione di budget
- Miglioramento del processo

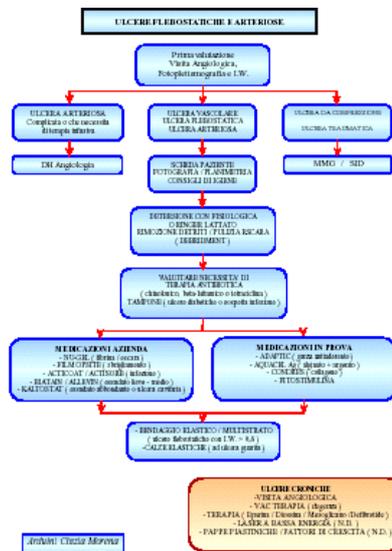
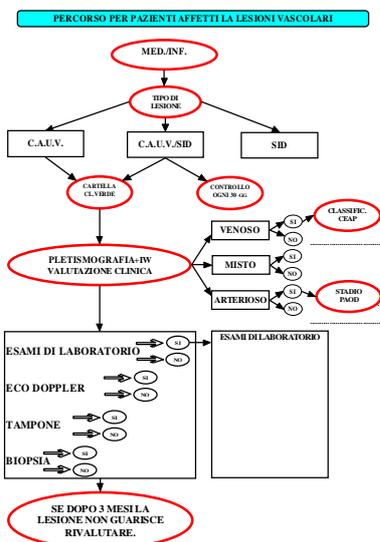
Input = alto numero di lesioni non guarite

Output = guarigione, qualità di vita

Percorsi per garantire assistenza e cura



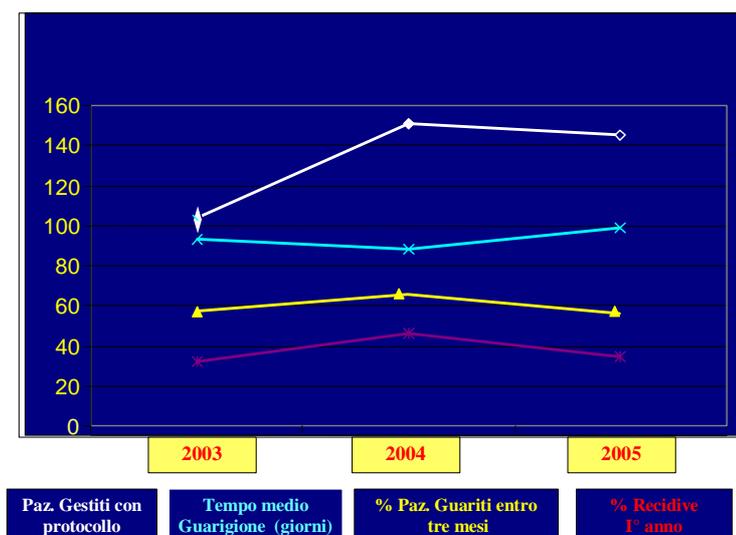
I percorsi: esempio ulcere vascolari



Omogeneizzazione delle procedure per il trattamento delle ulcere vascolari degli arti inferiori

Indicatori di esito

- N. pazienti guariti al terzo mese/n. pazienti trattati
- Tempo medio guarigione
- % di recidive ad un anno
- N. ulcere insorte /n. totale pazienti valutati



Progetto dipartimentale

Elaborazione di linee guida motivate da esigenze tecniche (ridurre la variabilità dei comportamenti diagnostico-terapeutici) e organizzative (razionalizzare i percorsi).

- aiutare i professionisti nelle scelte diagnostico-terapeutiche;
- fornire uno strumento utile nel monitoraggio dell'appropriatezza della gestione;
- individuare i pazienti a rischio di sviluppare LDD per gestirli con un adeguato piano di prevenzione;
- fornire specifiche indicazioni tecnico-scientifiche in relazione ai presidi, materiali e attrezzature per applicare sia i protocolli preventivi che curativi.

Omogeneizzazione delle procedure per la prevenzione delle ulcere da pressione
Indicatori percorsi/esito

- N° pazienti trattati con protocollo dipartimentale condiviso
- N° totale dei pazienti visitati
- N° pazienti gestiti in profilassi con protocollo dipartimentale condiviso
- N° totale dei valutati con lo scala di Braden

I DATI SONO RACCOLTI SU UNA SCHEDA INFORMATIZZATA CHE PER L'ANNO 2006 SARA' LEGATA ALLA DIMISSIONE DEL PAZIENTE PER L'ANNO 2005 SU SETTIMANE A CAMPIONE

UN GRUPPO DIPARTIMENTALE COSTITUITO E' RESPONSABILE DELLA ELABORAZIONE PERIODICA DEI DATI

Parametri richiesta Paziente: LINT ALESSIO

RACCOLTA DATI ULCERE

Struttura rich.: Struttura erog.: MEDICINA 3 DEGENZE

Dati richiedente			Dati erogante		
Priorità	Data/ora indicativa	Q.tà	Tipo paziente	Data/ora programmata	Q.tà
ORDINARIA	01/02/2005 12:30	1		01/02/2005 12:30	1
Medico			Medico Referente		
Note			Note		

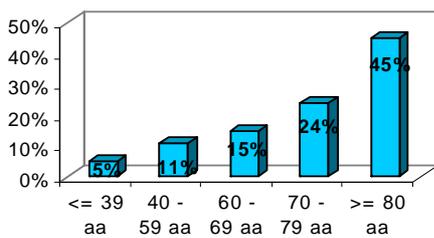
Da programmare

Parametri specifici

Bisogno di mobilitazione alterato	Compiuto braden	Valore del braden
SI		
NO	Utilizzato scheda cambio postura	Insorte ulcere durante il ricovero

Conferma Conferma tutte Annulla

Distribuzione per età dei pazienti



Unità Operativa	N. pazienti	% sul totale dei pazienti
Medicina I	335	48.3
Medicina III	292	42
Lungodegenza	67	9,7
Totale	694	100%

Considerando il sottogruppo dei pazienti con Braden \leq 16 si valuta l'adeguato piano di prevenzione delle LDD (applicazione del materassino e utilizzo dello schema cambio postura) e si ottengono i seguenti risultati:

- 25 pazienti (25/152 = 16,5%) non è stato né applicato il materassino né lo schema per cambio postura
- 63 pazienti (63/152 = 41,5%) è stato applicato il materassino e lo schema per cambio postura
- 56 pazienti (56/152 = 37%) è stato applicato solo il materassino
- 9 pazienti (9/152 = 6%) invece è stato utilizzato solo lo schema cambio postura

57,2%
dei pazienti bisogno di mobilizzazione alterato



63% compilato la scala di Braden.

Bisogno di mobilizzaz	Compilata scala di Braden		Totale
	No	Si	
No	274 (92,2%)	23 (7,8%)	297
Si	147 (37%)	250 (63%)	397
Totale	421	273	694

Indice di Braden (IB)	N. pazienti	% sul totale dei pazienti con Braden
≤ 16	152	61.5%
> 16	95	38.5%
Totale	247	100%

Lavorare definendo i processi principali e tenendoli sotto controllo attraverso indicatori e standard può risultare complesso, ma garantisce un percorso di miglioramento continuo e di soddisfazione/ motivazione per i professionisti.



16. Integrazione interdipartimentale: profili diagnostici concordati ¹⁶

Per rispondere adeguatamente alla sua *mission* - "fornire informazioni di natura clinica" - il laboratorio deve organizzarsi in una rete per governare l'intero processo che lo origina, attiva e utilizza.

Quindi il processo di laboratorio tradizionalmente a tre fasi deve essere esteso a 5 fasi.

L'area di interfaccia più critica è identificata nei rapporti della attività di laboratorio con i processi clinici e coinvolge l'intero processo diagnostico dalla richiesta del test alla interpretazione del risultato. Questa area critica va governata al fine di garantire al clinico uno strumento che lo metta in grado di prendere corrette decisioni nell'interesse primario della salute del paziente.



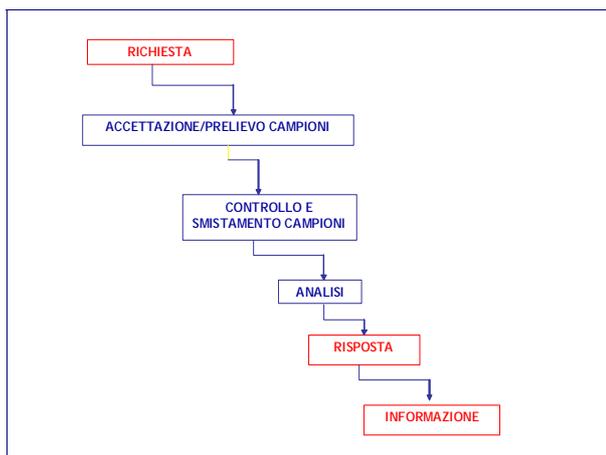
Gli elementi caratterizzanti la fase pre-pre analitica sono l'appropriatezza della richiesta a cui seguono nella fase pre analitica la preparazione all'analisi e all'interno del laboratorio l'accettabilità del campione.

Sul fronte post analitico si deve intervenire sulla validazione del risultato, sull'interpretazione clinica e sul referto al fine di definire criteri oggettivi di validazione, tempi accettabili e modalità di trasmissione della informazione.

TAT, *check* di pertinenza e *outcome* clinici caratterizzano la fase post e post-post analitica.

La sola affidabilità della fase analitica non è più sufficiente.

¹⁶ Antonella Parisoli, Eugenio Cerelli, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Dipartimento di patologia clinica. parisoli.antonella@asmn.re.it



FASE PRE-PRE ANALITICA

- Eliminare esami cattivi o inutili prima che si diffondano
(stop starting)
- Eliminare dal repertorio del laboratorio vecchi esami che non danno beneficio
(start stopping)
- Introdurre nuovi esami, se le evidenze dimostrano la loro efficienza
(start starting or stop stopping)

FASE POST-POST ANALITICA

Migliorare la qualità e l'impatto clinico dell'informazione dell'esame diagnostico
Accuratezza diagnostica



Aiutare i clinici nell'interpretazione e nell'utilizzo clinico del dato
Efficacia clinica

Nella fase pre-pre analitica occorre lavorare sull'appropriatezza della richiesta stendendo linee guida e protocolli condivisi.

Nella fase post-post analitica occorre non solo fornire risultati corretti (esenti da errori) e risultati tempestivi (non il prima possibile, ma in tempo utile per diagnosi e terapia),

ma anche risultati con modalità che favoriscano la loro corretta interpretazione ed utilizzazione nel processo diagnostico e terapeutico.

Dobbiamo produrre informazioni (non solo dati) clinicamente utili per diagnosi, terapia e monitoraggio, fornire un servizio efficace oltre che efficiente.

Con quali modalità possiamo fornire questa informazione in un modello che risulti significativo? Occorre:

- abbandonare gli intervalli di riferimento
- utilizzare le *likelihood ratio* differenziate per patologia (definendo il *cut off* relativo più significativo)
- disporre di evidenze per sostenere la validità, l'importanza e l'utilità clinica degli esami biochimici

Per costruire un data base di questo tipo occorre non solo effettuare ricerche estese, ma occorre anche che i professionisti raccolgano e sintetizzino i risultati e l'esperienza presentandoli in forma di *likelihood ratio*. Questo richiede poter avere accesso ai dati rilevanti del paziente e soprattutto conoscere l'esatta motivazione per cui l'esame è stato chiesto.

Sfortunatamente è difficile incontrare questi requisiti nella pratica in un dipartimento di biochimica in cui vengono chieste molte migliaia di esami al giorno.

Noi, aiutati dagli strumenti informatici e lavorando sulla collaborazione con i clinici, ci abbiamo provato.

Progetto "La Evidence Based Medicine nell'interpretazione dei test diagnostici in vitro applicata a pazienti afferenti al Dipartimento di emergenza-urgenza"

Progress del progetto

Ideazione	12/2003
Presentazione del progetto nel Comitato di Dipartimento	12/2003
Formazione gruppi di lavoro	1/2004
Ricerca bibliografica, <i>peer review</i> , identificazione dei profili di laboratorio e identificazione degli indicatori per il <i>clinical audit</i>	da 1/2004 a 3/2004
Presentazione e diffusione del progetto a tutti i componenti dei 2 dipartimenti	da 4/2004 a 5/2004
Adattamento del <i>software</i> del Laboratorio e del Pronto soccorso per potere supportare i nuovi profili concordati e per produrre i referti con allegata <i>likelihood ratio</i>	5/2004
Inizio operativo del progetto	5/2004
Prima valutazione del <i>clinical audit</i>	11/2004
Seconda valutazione del <i>clinical audit</i>	5/2005
Revisione profili	11/2005

Scopo e obiettivi

- Standardizzare i percorsi di interfaccia tra il DEU e la patologia clinica
- Introdurre metodi per studiare la appropriatezza delle richieste di esami di laboratorio
- Migliorare l'interpretazione e l'uso dei test richiesti per i pazienti afferenti al Dipartimento di emergenza-urgenza.

⇒ Efficacia ed efficienza strettamente interconnesse ←

Per raggiungere questi scopi il percorso che abbiamo seguito è il seguente

- identificare una serie di test di laboratorio da richiedere in emergenza/urgenza - condivisa tra esperti - rivolta ad alcune delle più comuni e gravi patologie in pazienti afferenti al Dipartimento di emergenza-urgenza (DEU);
- fornire gli strumenti adeguati per aiutare i professionisti coinvolti ad utilizzare al meglio i test di laboratorio e i loro risultati nell'attività diagnostica in emergenza fornendo un valore di *cut off* con associato il valore di *likelihood ratio* e fornendo come strumento di valutazione di probabilità della malattia il nomogramma di Fagan;
- verificare sistematicamente la ricaduta di questo progetto sull'attività clinica di *routine* (*audit*).

Questo percorso ha comportato:

- grosso impegno nella fase di formazione
- conoscenza approfondita della letteratura
- diffusione delle conoscenze
- accordo e alleanze su percorsi finalità e modalità
- azione di *audit* e messaggi di *feedback* per creare uno stimolo forte e continuativo per evitare nel corso del tempo lo scemarsi dell'efficacia dell'azione

Attorno a questa idea si è formato un gruppo di lavoro misto composto da 10 persone tra cui :

- 1) referenti per la qualità clinica dei 2 Dipartimenti: Emergenza-urgenza e Patologia clinica
- 2) referenti per l'accreditamento
- 3) esperti in specifici settori di competenza clinica
- 4) personale del Servizio sviluppo organizzativo

Questo gruppo ha identificato, condividendoli, una serie di quadri **clinici d'urgenza scelti per l'elevata frequenza e criticità** cui abbinare test di laboratorio che possano contribuire ad orientare la diagnosi e quindi il successivo comportamento del medico.

Il gruppo ha valutato l'impatto diagnostico di alcuni test di laboratorio coerenti ai profili diagnostici identificati tramite una ricerca bibliografica strutturata. Le banche dati consultate sono: MEDLINE (dal 1994 al marzo 2004), EMBASE (dal 1989 al marzo 2004), Cochrane Library, Repertorio dell'efficienza diagnostica 2001 (Dorizzi e coll.)

Sono state inoltre consultate riviste specialistiche on line disponibili gratuitamente presso il sito della Biblioteca scientifica del nostro ospedale.

Le patologie di interesse, scelte dal gruppo di lavoro, per l'identificazione dei profili diagnostici sono le seguenti:

- infarto acuto del miocardio = IMA (ICD IX da 410.00 a 410.92)
- embolia polmonare (ICD IX 415)
- pancreatite acuta (ICD IX 577.0)
- appendicite acuta (ICD IX da 540.0 a 542)
- colica epatica /calcolosi della colecisti/colecistite (ICD IX da 574.50 a 574.51)
- ictus cerebrale ischemico/emorragico (ICD IX 435.0 .9 - 436)
- broncopneumopatia ostruttiva/crisi asmatica/insufficienza respiratoria = BPCO (ICD IX 491.21)

A fronte di queste patologie sono stati identificati i seguenti profili diagnostici:

- bilio-pancreatico
- appendicite acuta
- IMA (I, II, III)
- embolia polmonare
- ictus cerebrale
- politrauma
- BPCO riacutizzata

Si è pensato che la introduzione di profili diagnostici semplici correlati a specifiche patologie o quadri clinici concordati con i colleghi del Dipartimento di emergenza-urgenza (DEU) potesse servire per:

- semplificare e rendere più omogenea la richiesta di esami di laboratorio
- migliorare l'appropriatezza della richiesta degli esami di laboratorio
- ridurre i tempi di attesa per i pazienti

Inoltre si è ritenuto che l'adozione di una modalità di refertazione comprendente (oltre al *range* di riferimento e ai valori dell'analita) un valore di *cut off* con associati anche i rapporti di verosimiglianza (*likelihood ratio* - LR) possa incrementare il potere predittivo degli esami di laboratorio.

Prima dell'identificazione e la strutturazione dei profili di esami patologia-correlati si è concordato che gli esami contenuti nei vari profili potessero essere di due tipi:

- diagnostici (cui corrisponde un valore di *cut off* e un LR +/-)
- inquadramento generale

Prima dell'identificazione e la strutturazione dei profili di esami patologia-correlati si è concordato che gli esami contenuti nei vari profili potessero essere di due tipi :

- 1. diagnostici (cui corrisponde un valore di cut off ed un LR +/-) o di
- 2. inquadramento generale

Un esempio. Profilo embolia polmonare

Profilo EMBOLIA POLMONARE	
esami di <i>assessment generale</i>	esami a definito <i>impatto diagnostico</i>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Emocromo TP TTP Glicemia Azotemia Creatinina Sodio Potassio EGA</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">D-dimero (Inst.Lab. Metodo immunoturbidimetrico) se > 500ng/ml LR + 3.9 se < 500ng/ml LR - 0.08.</div>

Indicatori

Per verificare sistematicamente la ricaduta di questo progetto sull'attività clinica di *routine* abbiamo utilizzato i seguenti indicatori:

- organizzazione (TAT): differenza (in minuti) tra il momento di arrivo della richiesta in laboratorio e il momento della validazione degli esami
- *compliance* al progetto: confronto del numero di profili/esami per codici di accesso al DEU (rossi, gialli e verdi) nei 2 periodi di tempo concordati e confronto dei profili richiesti per singola patologia
- la valutazione della concordanza tra la diagnosi di dimissione dal DEU e la diagnosi di dimissione dall'ospedale per una patologia "pilota": l'embolia polmonare

Diffusione e implementazione del progetto

- Si sono organizzate 4 educational visits nei Dipartimenti di emergenza-urgenza (DEU) e di Patologia clinica
- Gli incontri si sono svolti nei mesi di marzo e aprile 2004
- L'illustrazione ai medici del DEU del nomogramma di Fagan e del suo uso, il significato dei LR e dei profili diagnostici è stata fatta in modo breve con esempi pratici e casi simulati
- La partecipazione dei professionisti dei 2 dipartimenti è stata elevata (>80%)

Conclusioni

- Dopo l'introduzione dei profili si è ottenuta una maggiore uniformità nelle richieste per patologia sospettata.
- L'uso dei profili non ha comportato - per ora - alcuna restrizione nella richiesta di test singoli richiesti dai medici del DEU.
- Abbiamo lavorato e ancora lavoriamo in un regime "misto" in cui il medico del DEU può richiedere gli esami con la modalità che preferisce.
- Non abbiamo ritenuto opportuno "spingere" il collega a richiedere i profili ma, in questa prima fase, abbiamo focalizzato l'attenzione sugli aspetti di aiuto che le nuove modalità di richiesta possono dare ad entrambi i gruppi di professionisti.
- Le nuove modalità di richiesta di esami di laboratorio prevedono informazioni circa la patologia sospettata e hanno ridotto il grado di variabilità personale.
- I profili sono conosciuti e utilizzati da tutti i medici del DEU che li ritengono utili per il proprio lavoro quotidiano.
- Si sta sviluppando una esigenza di collaborazione continuativa che emerge dalla richiesta di modifica dei profili esistenti e dalla introduzione di nuovi profili.

Questo progetto prosegue con la prospettiva di:

- introdurre nuovi profili e migliorare la collaborazione con il DEU
- modificare o mantenere aggiornati secondo le evidenze della letteratura e dei risultati sui nostri pazienti, i profili diagnostici
- coinvolgere altri Dipartimenti in progetti analoghi

Un primo risultato ottenuto

Eliminazione del test mioglobina dal profilo cardiaco richiesto dal Servizio di Pronto soccorso.

Infatti i nuovi valori di LR ottenuti a seguito della elaborazione dati relativi al primo anno di attività, in linea con i dati della letteratura, hanno confermato l'accuratezza diagnostica di troponina e CKMB e hanno dimostrato come la mioglobina non sia un test predittivo in nessuno dei tre tempi di richiesta del profilo IMA

17. Risultati delle visite di accreditamento ¹⁷

L'anno 2005 ha visto un forte impegno dell'Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova nell'accreditamento di 6 dipartimenti su 10. Il lavoro di costruzione del sistema qualità previsto dal modello di accreditamento regionale era iniziato nel 2001 con i referenti dipartimentali (medico e infermiere/tecnico/ostetrico) coordinati dall'Ufficio qualità.

Accreditamento dei dipartimenti di:

- Area critica
- Emergenza - urgenza
- Oncoematologico
- Diagnostica per immagine
- Medico 1[^]
- Patologia clinica

Da marzo a dicembre 2005

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia
15 febbraio 2006
Qualità e governo clinico

Tutto il processo è stato guidato dalla volontà di rivedere e ricostruire il sistema aziendale con una forte attenzione alla trasparenza, alla definizione delle responsabilità organizzative e professionali, alle relazioni tra i vari attori, alle esigenze dell'utente, ai risultati finali che ognuno all'interno dell'organizzazione e per la sua parte deve garantire al cittadino. Questo riprende il concetto di relazione di servizio che vede coinvolti costantemente il cittadino, il professionista e l'organizzazione

Fondamentale per un sistema qualità "utile allo sviluppo organizzativo e professionale", è stato l'utilizzo dell'esistente, la valorizzazione del patrimonio aziendale e professionale, l'integrazione di tutto il sistema aziendale.

L'obiettivo dell'accreditamento è quello di garantire all'utente risultati clinici soddisfacenti, aderenti alla pratica clinica basata sulle prove di efficacia in un'organizzazione che verifica costantemente i suoi processi e ne promuove la gestione in un ambiente sicuro e con la partecipazione dei professionisti.

Protagonisti principali e indispensabili sono stati i referenti di dipartimento che in collaborazione con l'Ufficio qualità hanno calato nella realtà il modello regionale. Il valore aggiunto dell'esperienza è stato quello di utilizzare il modello "per organizzarsi meglio" e "per far meglio il proprio lavoro".

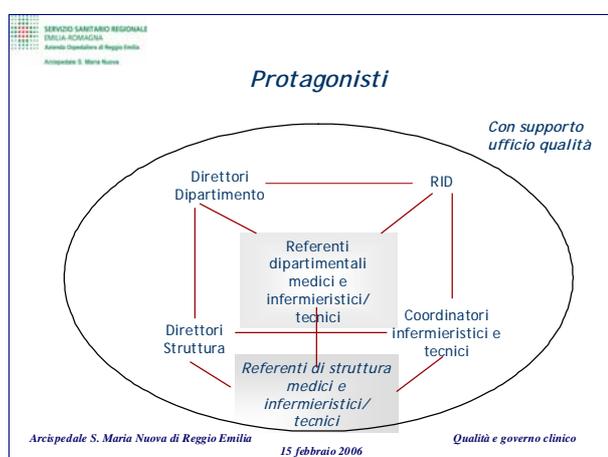
¹⁷ Maria Ravelli, Azienda ospedaliera di Reggio Emilia, Ufficio sistemi qualità.
maria.ravelli@asmn.re.it

Sono stati sperimentati gli strumenti più idonei e sono state condivise le scelte per le modalità di coinvolgimento di tutte le strutture del Dipartimento.

L'ottica sistemica ha sviluppato sinergie e opportunità di crescita nei Dipartimenti e nelle Unità operative creando le condizioni per una maggiore integrazione multiprofessionale e multidisciplinare.

La definizione delle responsabilità, gli standard di prodotto, il processo di pianificazione, la verifica dei risultati e il miglioramento sono alcuni dei punti forti che hanno portato anche a una relazione più "produttiva" con la direzione aziendale.

Le relazioni di oggi testimoniano la molteplicità degli argomenti che hanno coinvolto i professionisti nel percorso di accreditamento e le sinergie che sono state messe in campo.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Operativa di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Opportunità per la Direzione

Sviluppo organizzativo e clinico

Integrazione intra e infra dipartimentale
Integrazione tra discipline diverse
Integrazione tra professionalità diverse

Integrazione tra direzione e dipartimenti

Confronto con altre realtà regionali

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 *Qualità e governo clinico*

L'ospedale con il processo di accreditamento ha introdotto un modo nuovo di "agire" l'organizzazione e la professione da parte degli operatori. C'è maggiore consapevolezza del proprio ruolo e di quanto individualmente e in gruppo si possa incidere sui risultati. Le evidenze forniscono l'oggettività di quanto avviene e i dati permettono di misurare i risultati.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Operativa di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Opportunità ASMN

Attenzione a:

- cultura del miglioramento
- pianificazione
- verifica dei risultati
- misurabilità
- ascolto utenti
- qualità dell'assistenza
- coinvolgimento professionisti

Punti fondamentali per il governo clinico

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 *Qualità e governo clinico*

Rispetto ai risultati ottenuti, i punti positivi sono i seguenti.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Operativa di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Punti ... più che positivi ...

- Politica e pianificazione
- Governo delle interfacce
- Inserimento neo assunti
- Gestione delle bio-tecnologie
- Sistema informativo
- Comunicazione interna ed esterna
- Ascolto degli utenti

La verifica dei risultati ha una situazione intermedia

Ok per requisiti specifici

Requisiti generali

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia 15 febbraio 2006 *Qualità e governo clinico*

Rispetto ai risultati ottenuti, i punti da sistemare sono i seguenti.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

Punti da ... "sistemare" ... (alcuni si piccoli)

- Gestione della documentazione (migliore classificazione)
- Efficacia della formazione (strumenti per la rilevazione)
- Gestione del rischio (sviluppo di programmi aziendali)
- Standard di prodotto (maggiore approfondimento)
- Miglioramento continuo (sistematicità)

Requisiti generali

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia Qualità e governo clinico
15 febbraio 2006

E infine alcuni stralci dei verbali delle visite.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

... Dai verbali ...

- La visita si è svolta in ambiente favorevole ed estremamente partecipativo;
- La programmazione degli acquisti risulta ben pianificata (processo di budget) con il contributo del personale sia in fase di definizione dei bisogni che nei collaudi e successiva gestione
- A livello dipartimentale si sottolinea la particolare attenzione all'ottimizzazione dell'utilizzo degli impianti a cui partecipa tutto il personale, la gestione delle attrezzature appare ben organizzata, monitorata e ne permette l'interscambiabilità.

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia Qualità e governo clinico
15 febbraio 2006

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia
Arcispedale S. Maria Nuova

... Dai verbali ...

- Va sottolineata la grande attenzione all'utente, evidenziabile in tutti i percorsi interni, sia sotto l'aspetto organizzativo che clinico-assistenziale. Eccellente è l'impegno osservato nel garantire l'accoglienza, la continuità assistenziale, la gestione dei tempi di attesa
- Altri punti di eccellenza sono la comunicazione interna ed esterna e la verifica continua dell'efficacia delle cure prestate. Sono ben individuate e controllate le interfacce operative intra-interdipartimentali, territoriali (strutture ospedaliere, MMG), regionali ...
- Il sistema qualità del Dipartimento è coerente al modello richiesto dall'Accreditamento e risulta implementato con evidente partecipazione e condivisione del personale; si nota che il sistema è da tempo parte del patrimonio del dipartimento.

Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia Qualità e governo clinico
15 febbraio 2006

L'auspicio è quello di continuare ad investire per il miglioramento del sistema, della qualità clinica, delle relazioni con l'utente e tra professionisti, investire sullo sviluppo professionale in un lavoro di squadra che vede coinvolti i professionisti e la direzione per perseguire obiettivi comuni.

Appendice

Programma del convegno "Accreditamento e governo clinico: esperienze a confronto"

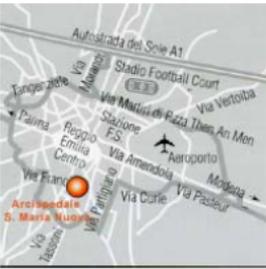
Reggio Emilia, 15 febbraio 2005

Mattina

Obiettivi a livello di sistema regionale:

- * Condividere riflessioni sulla integrabilità concettuale degli approcci al governo clinico e alla adozione dei requisiti per l'accreditamento
- * Condividere esperienze operative di integrazione fra i due approcci
- * Presentare una ipotesi organizzativa per lo sviluppo di programmi di governo clinico che facilitino la integrazione fra i due approcci

Target:
 Direzioni strategiche, Collegi di direzione, Responsabili Dipartimentali Infermieristici, Responsabili Uffici di staff delle aziende della Regione Emilia-Romagna.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliera di Reggione Emilia

Arcispedale S. Maria Nuova

Accreditamento e governo clinico: esperienze a confronto

15 febbraio 2006

09.45 - 13.30
14.30 - 17.30

Palazzo Rocca Saporiti
Via Murri, 7
Reggio Emilia

Obiettivi a livello di sistema aziendale:

- * Dare evidenza della efficacia del processo di accreditamento nel raggiungere risultati tangibili per il paziente, l'organizzazione e i professionisti
- * Confrontarsi, a livello dei gestori dei processi assistenziali, circa la efficacia del modello organizzativo proposto

Target: professionisti dell'ASMN
 Responsabili di strutture complesse e semplici, Coordinatori Infermieristici e Responsabili delle reti aziendali dell'**Arcispedale Santa Maria Nuova**.

Se interessati, possono partecipare Responsabili Uffici Staff delle Aziende Sanitarie Regionali, in particolare governo clinico, qualità e accreditamento.

Dall'uscita dell'Autostrada A1:
 percorrere Viale Morandi, svoltare a sinistra in Via Cisalpina, svoltare a destra in Viale Regina Margherita, percorrere Via Makalle, proseguire a destra su Viale Isonzo, Viale Timavo, piazzale Diaz, a destra su Viale Umberto I°, a sinistra su Viale Murri fino all'incrocio con Viale Risorgimento.

Dalla stazione di Reggio Emilia
 Davanti alla stazione prendere la linea del bus n. 1 in direzione "Ospedali". Scendere alla fermata dell'Arcispedale S. Maria Nuova in Viale Risorgimento n. 80, Viale Murri si trova di fronte.

Segreteria organizzativa
 Dr.ssa Ravelli Maria
 Ufficio Sistemi Qualità
 Tel. 0522/296807
 e-mail: ravelli.maria@asmn.re.it

Evento in fase di accreditamento

Programma

Accreditamento e governo clinico

09.45 - 10.00
 Apertura dei lavori e saluto della Direzione Aziendale (Dott.ssa Iva Manghi)

10.00 - 10.20
 Il Collegio di Direzione e i Dipartimenti protagonisti dello sviluppo di programmi di governo clinico (Dott. Roberto Grilli)

10.20 - 10.40
 Accreditamento: sistema di opportunità per lo sviluppo di un governo clinico applicato (Dott.ssa Renata Cinotti)

10.40 - 11.00
 Il modello organizzativo dell'ASMN per il governo clinico (Dott.ssa Iva Manghi - Dott. Giorgio Mazzi)

Esperienze regionali a confronto

11.30 - 11.40
 Utilizzo dei risultati delle verifiche per la pianificazione strategica Aziendale (V. Valmori, M. Amadori - Azienda USL di Cesena)

11.40 - 11.50
 Sviluppo di percorsi assistenziali "controllati": il caso del Politrauma (S. Regnani - ASMN di Reggio Emilia)

11.50 - 12.00
 La promozione della sicurezza dei pazienti: la gestione del rischio (F. Novaco - Azienda USL di Modena)

Accreditamento nell'ASMN: esperienze a sviluppo

12.00 - 12.10
 La valutazione della performance: audit clinici interaziendali (M. Pantaleoni, O. Gaddi - ASMN di Reggio Emilia)

12.10 - 12.20
 Qualificazione dei processi e Clinical Competence (GM. Grassi - Azienda USL di RE)

Discussione

Conclusioni del Direttore Generale ASMN (Dr. Ivan Trenti)

Conclusioni del Responsabile del Servizio Prestati Ospedali RER (Dott. S. Liverani)

14.30 - 14.45
 Apertura dei lavori e saluto della Direzione Aziendale (Dott. Giorgio Mazzi)

14.45 - 15.00
 Presentazione dei risultati delle visite di accreditamento (M. Ravelli - Ufficio Sistemi Qualità)

15.00 - 15.15
 Pianificazione dipartimentale e valutazione (M. Pantaleoni, GF. Mercurio - Dipartimento Area Critica)

15.15 - 15.30
 L'attenzione al paziente dal punto di vista del professionista (M. Ferrari, R. Pratisoli - Dipartimento Oncematologico)

15.30 - 15.45
 Il governo delle Interfacce: il caso del dolore toracico (E. Burani, S. Regnani - Dipartimento di Emergenza - Urgenza)

15.45 - 16.00
 Percorsi di miglioramento: il caso della gestione delle liste di attesa per indagini ecografiche, tac e risonanza (G. Serafini, A. Ronzoni - Dipartimento Diagnostica per Immagini)

16.00 - 16.15
 Lo sviluppo di standard di prodotto: le lesioni difficili (MP. Linca, V. Di Lernia - Dipartimento Medico I)

16.15 - 16.30
 Integrazione interdipartimentale: profili diagnostici concordati (A. Patsoli, E. Cerelli - Dipartimento Patologia Clinica)

16.45 - 17.00
 Proposte aziendali per lo sviluppo delle reti dipartimentali (Dott.ssa Iva Manghi /Dott. Giorgio Mazzi)

Discussione

Conclusioni dell'Agenzia Sanitaria Regionale (Dott. R. Grilli - Dott.ssa R. Cinotti)

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)

