

Università degli Studi di Napoli “Federico II”



Dottorato di ricerca in

“Economia e Management delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie”

Coordinatore Prof.ssa Maria Triassi

TESI

***LA VALUTAZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DEL GOVERNO CLINICO NELLE STRUTTURE
OSPEDALIERE E NEI DISTRETTI DELL'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE:
NUOVI STRUMENTI E METODOLOGIE APPLICATE***

Relatore

Ch.mo Prof. Marcello Bracale

Correlatore

Ing. Leandro Pecchia

Dottorando

Flavio Sensi

- XXII CICLO -

2006 - 2009

INDICE

1. Introduzione	3
1.1 Inquadramento del lavoro	4
1.2 Lo scenario di riferimento: la clinical governance e il razionale di valutazione del livello di implementazione della clinical governance in Italia	6
1.3 Obiettivi generali del progetto di ricerca	8
1.4 Stato dell'arte delle tecniche di valutazione sul governo clinico nelle strutture ospedaliere	10
2. La valutazione del livello di clinical governance nelle strutture ospedaliere	19
2.1 Approccio e metodo per la strutturazione di una metodologia di valutazione a base scientifica	19
2.2 La definizione degli indicatori di valutazione	25
2.3 Le schede di rilevazione e relativo sistema di ponderazione	60
2.4 Il software di supporto	78
2.5 La metodologia di valutazione sviluppata	80
3. La sperimentazione della metodologia realizzata	82
3.1. Caratteristiche generali della fase sperimentale	82
3.2. Esempio di report presso una struttura ospedaliera	85
3.3. Sintesi dei risultati complessivi della sperimentazione in Regione Piemonte	123
4. La valutazione del livello di clinical governance nelle aziende sanitarie territoriali	141
4.1. Stato dell'arte delle tecniche di valutazione sul governo clinico nelle aziende territoriali e razionale per la progettazione di una metodologia ad hoc	141
4.2. L'approccio per la strutturazione di una metodologia di valutazione a base scientifica	145
4.3. Il metodo della ricerca e progettazione dello strumento	146
4.4. Le aree della clinical governance per la valutazione del governo del territorio	154
4.5. Lo strumento metodologico sviluppato	155
4.6. La sistematizzazione degli indicatori in schede di valutazione e relativo sistema di ponderazione	163
5. La sperimentazione della metodologia realizzata	192
5.1 I risultati delle rilevazioni sulle aree dei presupposti strutturali e funzionali	193
5.2 I risultati delle rilevazioni per le aree della clinical governance	197
5.3 Esempio di rilevazione sulle aree di bisogno	204
5.4. I principali interventi di miglioramento	205
Bibliografia	210

1. Introduzione

Il presente progetto di ricerca descrive sostanzialmente le metodologie sviluppata per analizzare e migliorare il governo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e dell'azione clinica sul paziente (Clinical Governance). In particolare si sintetizza il contributo apportato durante l'intero periodo di dottorato al più complesso progetto di ricerca e realizzazione delle 2 metodologie finalizzate alla valutazione e al miglioramento del livello di governo clinico nelle aziende sanitarie descritte nel corso della presente tesi di Dottorato. Tale contributo è maturato in seno ai dipartimenti di Ingegneria Elettronica, Biomedica e delle Telecomunicazioni (nell'ambito del gruppo di lavoro e di ricerca del Prof. Marcello Bracale) e di Scienze Mediche Preventive (nell'ambito del gruppo di lavoro e di ricerca della Prof.ssa Maria Triassi). Il rapporto professionale con la società Eurogroup Consulting Italia, membro della Eurogroup Consulting Alliance poi diventata, per cessione di ramo d'azienda, CRS (Conoscenza, Ricerca e Sviluppo) Roma per quanto concerne le sue attività relative all'HealthCare & Public Sector, ha invece contribuito alla partnership progettuale della Tesi con l'istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (dir. Prof. Walter Ricciardi) e hanno favorito il contributo del dottorando alla ricerca e sperimentazione sui temi della valutazione e implementazione del livello di Governo Clinico oggetto della presente tesi di dottorato.

Le attività di studio, ricerca e sperimentazione di seguito descritte hanno contribuito nel corso dei 3 anni + 1 di dottorato alla razionalizzazione dei relativi risultati in tecniche di valutazione che sono poi state formalizzate dalla Eurogroup Consulting – CRS Roma e dal Prof. Walter Ricciardi in 2 Metodologie “Optigov” e “Districare” coperte da copyright e applicate/in corso di applicazione in diverse aziende sanitarie sul territorio nazionale.

Il periodo di start up della ricerca, della relativa sperimentazione e applicazione sulle aziende sanitarie campione, si è incastrato esattamente con quello di durata complessiva del corso di Dottorato (3 anni +1).

La necessità e l'incentivo all'effettuazione delle attività di ricerca e sviluppo finalizzata alla realizzazione di Metodologie per la valutazione del governo clinico, deriva da una serie di esperienze professionali e di studio svolte presso aziende sanitarie italiane ed internazionali. Nel corso di tali esperienze, finalizzate ad interventi di miglioramento dei processi clinici ed amministrativi delle aziende, si è rilevata una crescente sensibilità ai fattori che possono contribuire al verificarsi di eventi dannosi che pregiudichino l'operatività futura dei servizi ospedalieri e/o dei singoli professionisti.

Attualmente, in particolare in Italia, il rischio clinico è gestito con un approccio “reattivo”, cioè misurando, a consuntivo, le condizioni di funzionamento dei servizi e dei processi assistenziali e delegando unicamente ad un operatore terzo (solitamente una Compagnia di assicurazioni) la presa in carico del rischio, l’occorrenza degli eventi dannosi e delle sue conseguenze. Anche i processi in genere di miglioramento continuo della qualità assistenziale difettano principalmente di una strutturazione in sistemi ovvero della sistematicità delle azioni correttive anche attraverso sistemi complessi di monitoraggio.

Per contro, le fonti scientifiche più accreditate, nonché le esperienze condotte nei contesti più avanzati, individuano, viceversa, nell’implementazione di strumenti e processi per il governo dell’azione clinica sul paziente (Clinical Governance) l’approccio più efficace attualmente a disposizione per la gestione “attiva” del rischio clinico e della qualità assistenziale.

La crescente preoccupazione e sensibilizzazione dell’opinione pubblica sulla sicurezza del paziente e sulla qualità nella sanità è stato poi il driver chiave dello sviluppo di Clinical Governance in generale [1-3] e in particolare della ricerca descritta nella presente tesi.

Da qui l’interesse per un sostanziale contributo di definizione di 2 metodologie per valutare il livello di implementazione della Clinical Governance nell’ambito delle aziende sanitarie e, quindi, la potenzialità delle stesse ad avviare una gestione “attiva” del miglioramento continuo della qualità assistenziale e del rischio clinico come diretta/indiretta conseguenza .

Le metodologie, in estrema sintesi, e nel loro concetto di base, individuano i diversi strumenti della Clinical Governance, li sottopongono ad un processo valutativo nell’ambito di un’azienda sanitaria, e ne identificano il grado di adeguatezza per la gestione del rischio clinico.

1.1 Inquadramento del lavoro

L’idea alla base del progetto di ricerca e sperimentazione è stata quella di effettuare una netta separazione metodologica (per lo studio e lo sviluppo degli strumenti e metodologie) tra il governo delle strutture ospedaliere a carattere prioritario di ricovero e cura da quelle invece territoriali i cui distretti offrono assistenza primaria e servizi sul territorio in genere. la fase sperimentale ha coinvolto un campione di dieci strutture ospedaliere di medio/grande dimensione di diverse regioni del territorio nazionale.

L'attività di ricerca si è invece concentrata, in primo luogo, sulla individuazione degli indicatori di valutazione del livello di clinical governance, poi sulla progettazione e lo sviluppo, anche sperimentale e di verifica definitiva di validità, dello strumento di valutazione ipotizzato per le strutture ospedaliere. Sono stati quindi ricercate e analizzate delle esperienze significative di clinical governance su specifiche aree inerenti in generale patologie nelle fasi di ricovero e cura ospedaliera, per poi estrapolarne indicatori organizzativi riportabili in generale per tutte le unità operative assistenziali che poi sono state alla base dello strumento di valutazione organizzativa e di governo clinico nelle strutture ospedaliere. Successivamente l'attività ha previsto lo studio bibliografico approfondito sui sistemi organizzativi e di governance del territorio e delle cure primarie: la base di partenza sono state le linee guida nazionali e regionali, il focus della ricerca è stato invece improntato sui principali sistemi di governo ed organizzazione delle cure primarie nei 5 continenti mondiali.

Sulla base quindi delle eccellenze individuate discrezionalmente, si è proceduto alla ricerca e progettazione di una metodologia scientifica per la valutazione, l'analisi e la successiva progettazione degli interventi di miglioramento per ciascuna delle eventuali lacune presenti nelle diverse realtà dei distretti italiani per la gestione e l'erogazione dei servizi sanitari territoriali.

La trattazione di determinati argomenti si è confermata fattiva e di enorme interesse oltre che per l'avanguardia al fronte delle necessità delle attuali gestioni aziendali, anche per il fatto di abbracciare praticamente tutte le principali componenti del management sanitario presente e futuro sia dal punto di vista delle teorie scientifiche che delle applicazioni manageriali.

Le attività svolte nel corso del dottorato hanno altresì riguardato:

- ❖ Razionalizzazione e perfezionamento della ricerca bibliografica di riferimento
- ❖ Completamento dell'ipotesi metodologica per la valutazione ed implementazione del governo clinico dei distretti territoriali
- ❖ Sperimentazione su alcune aziende sanitarie locali della metodologia scientifica sviluppata
- ❖ Raccolta e razionalizzazione dei dati della sperimentazione della metodologia scientifica sia quanto riguarda la strumento metodologico dell'assistenza ospedaliera sia quanto concerne quelli che saranno emersi riguardo l'assistenza territoriale.
- ❖ Accorpamento delle attività e dei materiali scientifici e dei dati.

1.2 Lo scenario di riferimento: la clinical governance e il razionale di valutazione del livello di implementazione della clinical governance in Italia

Nel 1997, il dipartimento di sanità pubblica del Regno Unito pubblico la Carta Bianca (White Paper) dal titolo “Il nuovo NHS: moderno e affidabile” [4] che introduceva il concetto di Clinical Governance (di seguito anche CG) come un metodo di contabilizzazione per qualità clinica nella sanità.

Tuttavia, il primo approccio alla Clinical Governance (sempre anglosassone) si è avuto con la definizione di Scally e Donaldson che, sulla rivista British Medical Journal, scrivevano: “La Clinical Governance è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l’eccellenza dell’assistenza sanitaria” [5]. Nel Clinical Governance Annual Report 2005-2006 viene riportata la definizione che il NHS Quality Improvement Scotland Clinical Governance and Risk Management Standards, October 2005, ha dato alla Clinical Governance: “The system through which NHS organisations are accountable for continuously monitoring and improving the quality of their services and safeguarding high standards of patient focussed care”.

Dopo la pubblicazione del Libro bianco, la definizione delle principali caratteristiche della Clinical Governance così come l'enfasi sulla sua applicazione sono aumentate costantemente a fronte di un numero sempre crescente di sistemi sanitari internazionali che hanno abbracciato i principi della CG. Dal risultato di questo sviluppo ha fatto della clinical governance un valore in tutto il mondo quanto concerne gli aspetti della qualità, dell’efficacia e della responsabilità gestionale e tecnico-professionale. [6-9]

La Clinical Governance introduce alcuni importanti cambiamenti nella cultura dell’organizzazione sanitaria, spingendo la Direzione delle Aziende sanitarie ad assumere un ruolo attivo e ad adottare un modo diverso di lavorare di tutti gli operatori dimostrando che la leadership, il lavoro di gruppo, la comunicazione, la formazione, la responsabilizzazione professionale, la ricerca continua e la corretta elaborazione dei dati sono indispensabili per il raggiungimento dei più alti livelli di qualità, di adeguata gestione del rischio, di utilizzo pianificato e controllato delle tecnologie e di costante rilevazione della soddisfazione dell’utente.

L'adozione di standard d'accreditamento, dunque, non solo deve essere raggiunta e mantenuta, ma tali standard devono essere verificati e migliorati nel tempo. La "governance", come la definiva Stoker nel 1998, è il risultato dell'interazione ed integrazione di una molteplicità di attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. Il "risk management" nasce dall'apprendimento degli errori e si sviluppa attraverso un insieme di molteplici interventi necessari a migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie ed a garantire la sicurezza del paziente e degli operatori sanitari. Come sosteneva Kohn, nel 1999, il rischio clinico è la probabilità che un paziente subisca un qualsiasi "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte".

Attualmente il miglioramento continuo della qualità assistenziale è divenuto uno dei problemi principali che tutti i settori dell'organizzazione sanitaria devono inevitabilmente affrontare per la salvaguardia della propria operatività così come la prevenzione di eventuali errori clinici dovute a sacche di inefficienza organizzativa. Lo stesso Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, nel marzo 2004, occupandosi di questa problematica nel documento "risk management in sanità - il problema degli errori", ha evidenziato che il risk management, per essere efficace, deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare, durante le varie fasi del processo clinico assistenziale del paziente, e che bisogna sviluppare una gestione integrata del rischio per apportare dei cambiamenti nella pratica clinica, per promuovere lo sviluppo di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente ed agli operatori, per ridurre i costi delle prestazioni erogate e per favorire l'allocazione delle risorse nelle organizzazioni e nelle strutture sanitarie più sicure.

I punti cardine di riferimento al progetto di ricerca e intorno ai quali si concentrano le attenzioni degli aspetti qualitativi da migliorare in modo continuativo sono sostanzialmente 4:

- performance professionali (qualità tecnica)
- uso delle risorse (efficacia)
- gestione preventiva del rischio clinico (inteso come ferite o malattie correlate ai servizi erogati)
- soddisfazione dei pazienti rispetto ai servizi erogati

Tali punti cardine sono gli stessi che si riscontrano alla base della CG nei sistemi sanitari inglesi e scozzesi [10]

Dal punto di vista squisitamente applicativo, in Italia i principi della Clinical Governance sono stati, inizialmente, esplicitati nel DPR del 14 gennaio 1997 ed espressi, con la definizione "Il governo clinico è il cuore delle organizzazioni sanitarie", nel Piano Sanitario della Regione Emilia Romagna 1999-2001 che sosteneva la necessità di utilizzare strumenti idonei ad evitare i rischi, individuare tempestivamente gli eventi avversi, imparare dagli errori, divulgare la buona pratica clinica e migliorarla continuamente. [11]

1.3 Obiettivi generali e specifici del progetto di ricerca

L'introduzione della Clinical Governance, specie in Italia, includerà nuovi approcci alla leadership, piani strategici per la qualità, il coinvolgimento dei pazienti, informazioni ed analisi, la gestione del personale, la gestione dei processi. Non esiste un unico modo per sviluppare ciascuna di queste aree, ma certi attributi organizzativi sono essenziali ai fini di una implementazione di successo. Inoltre, qualunque sia la modalità prescelta, le organizzazioni hanno bisogno della piena comprensione di ciò che ciascun criterio prescelto dovrebbe realizzare [12].

Inoltre, in un campo caratterizzato dall'abbondanza di strumenti per misurare e migliorare la qualità, la principale proposizione della Clinical Governance è quella di mirare a rivelare che la qualità può essere migliorata solo da una visione generale di organizzazione, di cui le chiavi sono le relazioni funzionali tra le diverse parti del sistema. [13]

L'obiettivo è dunque il contributo che ci si è prefissati attraverso questo progetto di ricerca è individuare con metodo rigoroso e scientifico quali siano gli attributi organizzativi essenziali ad una buona clinical governance ovvero trasversali alle diverse strutture ospedaliere, per la parte della ricerca dedicata alle attività di ricovero e cura (e dettagliata nei successivi capitoli 2 e 3) e trasversali alle diverse realtà sanitarie territoriali per la parte della ricerca meglio specificata nei capitoli 4 e 5 ovvero dedicata ai distretti sanitari delle aziende sanitarie locali.

Al fine di sfruttare al meglio gli esiti della ricerca e nell'ottica di un rapido trasferimento dei risultati nella pratica quotidiana della governance sanitaria, tali indicatori organizzativi, sono stati razionalizzati al meglio in 2 strumenti che introducessero e trasferissero, nelle realtà presso le quali sarebbero implementate, un metodo sistematico per la loro valutazione e la successiva individuazione delle azioni correttive in modo puntuale e preciso anche attraverso il benchmarking tra le diverse unità operative di una singola azienda o tra unità operative simili di aziende diverse o semplicemente tra aziende sanitarie diverse nel loro complesso.

Tali metodologie sono rivolte prioritariamente agli operatori attivi direttamente nelle aziende sanitarie, sia a coloro che svolgono funzioni gestionali (Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo delle aziende e dirigenti sanitari) sia a tutti coloro che abbiano un ruolo di assistenza al paziente nell'ambito del processo clinico.

A tali destinatari fornisce:

- una indicazione delle aree da analizzare;
- una indicazione dettagliata di tutti gli elementi da analizzare per ogni area;
- una “pesatura” delle aree rispetto al governo clinico, cioè una valutazione del peso che assumono le varie aree nel determinare il rischio clinico;
- un “punteggio” relativo ai vari elementi, e quindi una indicazione comparativa del grado di criticità, all'interno della specifica Unità Operativa (u.o.)/distretto rispetto a tale elemento;
- un “punteggio” complessivo di struttura/azienda, per effettuare confronti rispetto ad un insieme di aziende/soggetti comparabili in termini di congruenza di prestazioni erogate, area di competenza clinica, di dotazioni infrastrutturali e di finalità rispetto al sistema.

In secondo luogo le 2 metodologie per la valutazione del governo dell'azione clinica sul paziente, possono essere rivolte a tutte le altre strutture che operano nel sistema sanitario come ad esempio: enti finanziatori (Ministero, Regioni) e regolatori (Agenzie, organi tecnici), comunità scientifica, fornitori delle aziende con riferimento agli specifici interessi come ad esempio quelli legati alla opportunità di:

- Utilizzare i “punteggi” rilevati come base per la costruzione di una banca dati a sua disposizione per effettuare analisi comparate ed evidenziare eventuali “migliori pratiche” da adottare a livello di Regione Campania;
- Utilizzare i “punteggi” rilevati come strumento utile per condurre comparazioni con le migliori pratiche attuate in altri contesti regionali italiani ed europei;
- Creare maggiore interazione fra il governo clinico e il sistema di accreditamento delle strutture sanitarie
- Creare le condizioni per la costituzione e l'avvio a regime di un “osservatorio per il Governo Clinico” con compiti di rilevazione e centralizzazione dei servizi in un primo tempo, e funzioni di emanazione di linee guida, nonché di promozione dei piani di miglioramento, in un secondo tempo. [14]

Per ritornare e concludere invece le opportunità per il livello delle singole aziende sanitarie, l'obiettivo è stato dunque quello di fornire uno strumento per il potenziamento della capacità di governo clinico e gestionale attraverso:

- la valutazione il livello di implementazione della clinical governance
- la rilevazione delle criticità dell'azienda per specifiche aree aziendali e comparazione dei risultati con quelli conseguiti nelle altre strutture di riferimento
- la valutazione dei livelli di rischio presenti nella struttura ospedaliera su cui porre enfasi per interventi volti alla loro riduzione.
- lo sviluppare un Piano dei possibili interventi di miglioramento e individuare gli elementi per l'elaborazione di "linee guida"
- misurazione del livello di cambiamento realizzato nell'arco di un determinato periodo di tempo

1.4 Stato dell'arte della valutazione del governo clinico nelle strutture ospedaliere italiane

Diverse e strutturate sono le attività in tutte le Regioni italiane concernenti la valutazione della qualità nelle strutture pubbliche e private accreditate, specie se, con riferimento a queste ultime, finalizzate ad accertarne i requisiti per il loro accreditamento al Servizio Sanitario Nazionale.

La stessa Agenas, (Agenzia Nazionale della Sanità – Ministero della Salute) nel promuovere la qualità dell'assistenza, si è impegnata negli ultimi anni nella realizzazione di numerosi progetti di studio e ricerca sulle tematiche che interessano tre dimensioni della Qualità:

- tecnico professionale
- gestionale
- qualità percepita.

Tali progetti sono stati condotti con gruppi di lavoro interregionali nel ottica del benchmarking e dunque della condivisione delle migliori pratiche per la gestione della qualità.

Essi fanno ad esempio riferimento all'approccio organizzativo-manageriale, variamente rappresentato dalle metodologie è ascrivibile al Total Quality Management ed al Continuous Quality Improvement. Pur nelle differenze, spesso alquanto sottili, che contraddistinguono i diversi approcci, esse hanno in comune come unità di osservazione ed intervento l'insieme degli assetti organizzativi dei servizi ed il tentativo di operare nell'ambito delle diverse funzioni professionali

(cliniche, organizzative e manageriali) in cui sono articolate. Da questo punto di vista, si tratta di metodologie che hanno in generale un approccio sistemico al problema della qualità dell'assistenza; proprio nella capacità di cogliere la qualità dell'assistenza come risultato finale dell'insieme dei processi che caratterizzano un'organizzazione sanitaria risiede probabilmente il loro merito principale. Tali metodologie risultano molto tecniche ovvero incentrate sulle specifiche questioni della qualità dei processi clinici (i limiti di questi approcci sono stati in tal senso rappresentati dalla scarsa attenzione per il contenuto medico-clinico in senso stretto delle prestazioni sanitarie, con conseguente relativa disattenzione nei confronti della reale efficacia ed appropriatezza clinica delle prestazioni erogate).

Approcci medico-tecnico sono invece rappresentati principalmente nell'ambito dei movimenti culturali della medicina basata sulle prove di efficacia, finalizzato ad intervenire sulle decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore razionalità in termini di efficacia ed appropriatezza. Tuttavia, anche questi approcci, che mirano a fare in modo che le informazioni scientifiche disponibili sull'efficacia degli interventi sanitari diventino il punto di riferimento per le decisioni da adottare in singoli o popolazioni di pazienti, rappresentano solo un aspetto (importante) della miglioramento continuo della qualità inteso come l'insieme di tutte le componenti organizzative presenti in una struttura ospedaliera, ovvero come le componenti della CG. [15]

Sono poi in continua crescita e diffusione di utilizzo diversi approcci internazionali per il trasferimento di sistemi di qualità nelle strutture sanitarie ed ospedaliere basati su criteri e standard organizzativi più ampi rispetto al dedicarsi al solo processo di cura. Tali approcci, partendo dall'offrire servizi per la certificazione di qualità, abbracciano diverse aree della organizzazione sanitaria che non prescindono dai sistemi informativi, dai percorsi di cura standardizzati, dalla diffusione delle linee guida o dall'informazione e accoglienza delle persone assistite. Ci si riferisce ad esempio alla American Health Care Quality Association (USA), alla Care Quality Commission (Regno Unito) alla Joint Commision International che, supportati da un poderoso utilizzo del dato informatico per la diffusione delle informazioni e dei report di monitoraggio di qualità (ad es. nel Regno Unito vi è il Quality Management and Analysis System), si propongono di sviluppare, trasferire e migliorare i cosiddetti sistemi di qualità certificati presso le strutture sanitarie. In Italia, si è particolarmente diffusa presso diverse strutture di eccellenza sanitaria o intere Regioni (per il sistema regionale di accreditamento es. Regione Lombardia) la consulenza della Joint Commission International (JCI) che, partendo dall'offrire servizi di certificazione (attraverso valutazioni terze ed esterne all'organizzazione) della qualità dei processi clinici, tocca diverse aree della clinical

governance quali l'informazione delle persone assistite, e gli audit clinici sui percorsi di cura offerti. I principali aspetti concernenti gli standard monitorati e trasferiti dalla JCI al fine della certificazione del proprio sistema di qualità sono quindi incentrati su

- pianificazione e l'erogazione di assistenza a ciascun paziente;
- monitoraggio del paziente per verificare i risultati delle cure;
- modifica del trattamento laddove necessario;
- completamento delle cure;
- la pianificazione del follow-up

La JCI offre, al di là e al fine della certificazione, specifici servizi e sistemi da implementare presso le strutture sanitarie con riferimento a:

- Accesso e continuità dell'assistenza (ACC)
- Diritti del paziente e dei familiari (PFR)
- Valutazione del paziente (AOP)
- Cura del paziente (COP)
- Gestione e miglioramento della qualità (QMI)
- Prevenzione e controllo delle infezioni (PCI)
- Governo, leadership e direzione (GLD)
- Gestione e sicurezza delle infrastrutture (FMS)
- Qualifica e formazione del personale (SQE)
- Gestione delle informazioni (MOI).

Altri gruppi di lavoro, si sono recentemente attivati in modo strutturato e fattivo nel nostro Paese con metodologie impostate su un altro aspetto rilevante del Governo Clinico, ovvero quello della Misurazione e Valutazione delle Performance cliniche e gestionali.

Di seguito una breve analisi dei principali attori operanti come strutture pubbliche o private.

Strutture pubbliche:

- *Scuola Superiore S. Anna - Pisa*

Il Laboratorio di Management Sanitario della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ha recentemente sviluppato un sistema di valutazione delle prestazioni chiamato "Il Bersaglio", volto ad evidenziare le prestazioni ottenute dagli attori del sistema, alla luce delle diverse prospettive. Si tratta di un sistema di valutazione multidimensionale, che è stato testato in Toscana (adottato di recente anche dal Ministero della Salute) e si basa sulla raccolta di una serie di indicatori sanitari quali il tasso di ospedalizzazione globale, il tasso di ospedalizzazione per arresto cardiaco, il diabete, la polmonite (prova di un buon livello di assistenza sanitaria territoriale), colecistectomia day hospital, femori fratturati e operati entro due giorni, l'efficienza della attività di ricovero, l'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche. 'Il Bersaglio' fornisce il supporto per la pianificazione sanitaria regionale ed il controllo dei processi. E' utile per le seguenti attività:

- misurare i risultati raggiunti dalle strutture che operano nel sistema,
- superare l'autoreferenzialità di ogni struttura, facilitando così il confronto
- miglioramento delle procedure di attuazione per l'apprendimento e innovazione.

- *Cergas Bocconi - Milano*

Le attività di Valutazione del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'assistenza Sanitaria Sociale della Università Bocconi di Milano è strutturata in osservatori:

OASI - Osservatorio sulla assistenza sanitaria italiana

L'OASI è stato istituito nel 1998. La sua missione è duplice: 1) monitorare e interpretare lo sviluppo e la diffusione di approcci gestionali e delle tecniche nel sistema sanitario italiano; 2) creare un forum per gli accademici, operatori sanitari e dirigenti sanitari per scambiare informazioni, condividere idee, creare nuove conoscenze. A tal fine, esso combina diversi metodi di ricerca, tra cui: analisi della documentazione ufficiale, elaborazione di dati quantitativi, indagini, studi di casi, ricerche documentarie. La sua produzione principale è la relazione annuale, che offre una visione completa del Servizio Sanitario Nazionale, dei suoi servizi regionali e relative organizzazioni sanitarie attraverso le principali variabili che ne caratterizzano prestazioni.

OSFAR – Osservatorio Farmaceutico

L'Osservatorio farmaceutico è stato lanciato nel 1997 con l'obiettivo di raccolta, interpretazione e analisi dei dati qualitativi sulle politiche farmaceutiche e modalità di trasmissione, con un focus specifico sui prodotti farmaceutici forniti nonché sui dati quantitativi sulla spesa pubblica e privata

farmaceutica a livello internazionale, nazionale, e regionale per analizzare gli effetti delle politiche adottate sulla spesa farmaceutica.

Due volte l'anno, l'Osservatorio produce un rapporto che analizza la spesa pubblica e privata di un sistema internazionale, la prospettiva nazionale e regionale e fa previsioni sulla spesa futura.

OSPA - Osservatorio sugli appalti pubblici

Fondato nel 1996, l'Osservatorio sugli appalti pubblici si propone come un ponte tra il settore pubblico e privato e tra le reti delle organizzazioni del settore pubblico.

Per raggiungere questo obiettivo, studia le caratteristiche tecniche, operative, legali e finanziari degli appalti pubblici secondo i principi della gestione pubblica. Più precisamente: si analizza politiche di acquisto e il loro rapporto con le direttive UE, ma organizza workshop per discutere gli effetti di tali politiche su entrambe le organizzazioni sanitarie e fornitori; essa propone e promuove la sperimentazione di soluzioni sugli appalti pubblici che permettono una maggiore efficienza e risparmio.

CEIS - Tor Vergata - Roma

Fondata nel 1987, il Centro di Studi Economici e Internazionali (CEIS) è un centro di ricerca riconosciuto a livello internazionale all'interno della Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata.

Il rapporto che il CEIS pubblica ogni anno sulla Sanità in Italia, affronta in primo luogo le modalità di finanziamento del sistema di tutela pubblica; a fronte delle risorse impegnate, vengono poi analizzati i principali settori di assistenza (Ospedaliero, Emergenza, Residenziale, Farmaceutica, Specialistica, Sociosanitaria, Domiciliare), coniugando aspetti economico-statistici e questioni regolatorie; si analizza inoltre l'effetto finanziario (talvolta anche economico) dell'attività assistenziale, e quindi la spesa generata, ma anche gli impatti equitativi del sistema. Su questi aspetti di analisi e valutazione, il rapporto CEIS Sanità, offre una panoramica e confronto regionale sulle performance conseguite dalle diverse realtà e un costante confronto tra l'Italia nel suo complesso con i Paesi membri dell'OCSE.

CENSIS

Il Censis nasce come un istituto di ricerca sociale nel 1964, divenendo una Fondazione legalmente riconosciuta nel 1973 con decreto presidenziale. Esso beneficia del sostegno e la partecipazione di numerose istituzioni pubbliche e private di grandi dimensioni grazie alle quali produce principalmente ricerche sui principali temi sociali tra cui quello della sanità spicca come tra i principali. Anche il CENSIS non realizza strumenti applicativi di supporto gestionale alle aziende, ma produce rapporti basati sulla ricerca e l'analisi dei dati di performance a livello macro (sistema sanitario regionale-nazionale) piuttosto che a livello micro (di azienda sanitaria) come ad esempio i rapporti "Sistema Sanitario in controluce". Le peculiarità del rapporto consistono nella rilevazione e analisi attraverso indicatori su

- andamento della spesa pubblica sanitaria, le sue prospettive e, soprattutto, il suo nesso con la spesa privata delle famiglie;
- evoluzione del peso e del ruolo dell'offerta privata con l'analisi della situazione in alcune regioni con disavanzo, che permette di enucleare indicazioni proprio sui nodi relativi all'evoluzione del ruolo dell'offerta privata nel Servizio sanitario;
- un'analisi del punto di vista dei direttori generali di Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere, mediante interviste ad un relativo panel, al fine di ricostruire un quadro in presa diretta di alcune problematiche più rilevanti della sanità nonché delle possibili risposte operative per innalzare la qualità del sistema.

CERISMAS

Ce.Ri.S.Ma.S. (Centro Ricerca e Studi sul Management Sanitario) è un'associazione senza scopo di lucro che mira a promuovere studi e ricerche nel campo della gestione sanitaria.

Fondata all'inizio del 2000 da parte dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e l'Istituto Neurologico Carlo Besta, Ce.Ri.S.Ma.S. rappresenta oltre 30 organizzazioni associate.

Il Ce.Ri.S.Ma.S. offre alle organizzazioni sanitarie un supporto di collaborazione nella progettazione e realizzazione di sistemi di gestione innovativi. Non realizza rapporti di ricerca o valutazione di sistema di livello generale ma si profila su attività di consulenza per le singole aziende grazie alle sue capacità e conoscenze nel campo della ricerca, istruzione e sviluppo. Esse sono legate alle seguenti aree:

- Gestione delle modifiche
- gestione delle risorse umane

- sistemi di informazione e business intelligence
- metodologie di leadership e lo sviluppo organizzativo
- progettazione organizzativa
- la misurazione dei dati delle prestazioni
- gestione dei processi clinici e manageriali
- Sistemi di reporting
- pianificazione strategica
- strategia di web ed e-health

Tra le metodologie di valutazione messe a punto da Società di consulenza e associazioni private si annoverano invece:

McKinsey & Co

McKinsey & Company è la società di consulenza strategico-manageriale tra le più prestigiose a livello internazionale; è presente in tutto il mondo e si focalizza sulla risoluzione di questioni di interesse per l'alta direzione.

McKinsey in Italia propone ai principali operatori del settore sanitario di aderire a un prodotto chiamato “Health Tracker”, costituito da un pacchetto di 7 servizi e strumenti di analisi:

- Valutazione delle prestazioni, questo è il servizio di base, alla quale sono collegati gli altri servizi del Health-Tracker, anche via Web;
- Gestione clinico-economica; fornisce analisi sulle principali patologie e identifica i divari della regione vs le migliori prassi;
- Guida all’implementazione; supporta i decisori nel trasferire in pratica e presso le proprie realtà le azioni delle regioni caratterizzate da pratiche che sono state in grado di migliorare gli esiti sanitari e la produttività attraverso interventi specifici;
- Banca della conoscenza; permette ai decisori di tenersi aggiornati con le ultime ricerche McKinsey, articoli e pubblicazioni selezionate e un servizio gratuito settimanale di notizie e ricerche avvisi personalizzati alle priorità regionali;
- Convegno Regionale, che fornisce alle regioni aderenti, con la possibilità di discutere e ricevere consigli sui loro problemi specifici con esperti del settore sanitario McKinsey. Il workshop mira a

formare un'agenda strategica della regione e rafforzare la sua pianificazione strategica e capacità di esecuzione;

- Network di leaders; da ai dirigenti sanitari la possibilità di attingere alle esperienze e conoscenza da parte di altri manager del settore salute che condividono le stesse sfide ed ispirazioni;
- Esperto su richiesta; è un servizio che consente alle regioni aderenti di attingere, da un Istituto dedicato, esperti che provvederanno al loro supporto con analisi specifiche, consentendo loro di comprendere ulteriormente la cause specifiche e dettagliate delle performance conseguite.

KPMG

KPMG, società internazionale di consulenza direzionale, KPMG ha sviluppato un metodo specifico: la creazione di indicatori quantitativi, qualitativi ed economici volti ad introdurre strumenti di gestione delle aziende sanitarie. Si tratta del piano strategico triennale, del sistema di qualità e del sistema di controllo di gestione. KPMG sviluppa un piano d'azione strutturata per il bilanciamento degli aspetti legati all'efficienza con quelli della qualità: strategie, organizzazione, i processi di reporting e contabili, il ruolo svolto dalle tecnologie, rapporto con i fornitori, gestione delle risorse umane.

Tale pacchetto di servizi specifici e modulari è fornito da un gruppo di esperti del settore, che introduce una logica di miglioramento continuo nella cultura delle aziende presso le quali operano come consulenti. L'obiettivo principale dell'approccio di KPMG è dotare le autorità sanitarie e le regioni di un supporto operativo finalizzato al raggiungimento degli obiettivi istituzionali ed economici del singolo attore istituzionale in Sanità (ASL, AO, Regioni).

BAIN & Company

BAIN, anch'essa tra le società di consulenza strategica di rilievo internazionale, si propone ad ospedali, ASL e regioni, a compagnie di assicurazione, società farmaceutiche, così come nel settore delle biotecnologie, con distributori di farmaci e dispositivi medici nel sostenere i clienti nella gestione della Ricerca e Sviluppo, nell'ingresso in nuovi mercati. Per quanto riguarda le entità e i giocatori dell'assistenza sanitaria pubblica, BAIN ha sviluppato una metodologia per il miglioramento dell'accettazione dei pazienti.

Per ASL e ospedali, BAIN fornisce consulenza manageriale per la definizione di piani integrati di riduzione dei costi e per la definizione delle aree specifiche che consentono l'ottimizzazione della catena di approvvigionamento.

Tutte le metodologie e le esperienze attive in Italia che sono state descritte risultano dunque focalizzate su aspetti specifici del Governo Clinico o su alcuni dei suoi presupposti per il funzionamento (aspetti come il controllo di gestione o la gestione delle risorse umane o la gestione della ricerca scientifica, come descritto in seguito, non sono aree specifiche della clinical governance in senso stretto, ma sono un presupposto affinché il governo clinico possa sussistere al meglio). Si fa riferimento alle azioni specifiche sopra riportate in merito ai Sistemi di qualità, alla promozione della Evidence Based Medicine, alla misurazione e valutazione delle performance.

La metodologia di valutazione e miglioramento del governo clinico oggetto della presente ricerca e descritta nei paragrafi successivi, non si propone di sviluppare strumenti specifici per il soddisfacimento di ciascuno di questi aspetti, ma di realizzare un sistema di monitoraggio per la valutazione degli stessi verificandone l'effettivo stato di implementazione presso le aziende sanitarie. Questo al fine di avere un cruscotto decisionale costantemente aggiornato che consente di intervenire in modo puntuale sulle deficienze organizzative attraverso indicazioni dettagliate nei piani degli interventi di miglioramento, che risultano il fine ultimo della valutazione. In sintesi, non ci si propone di sviluppare ad esempio un sistema di misurazione e valutazione delle performance, piuttosto che un sistema di gestione della qualità o di controllo di gestione o di accoglienza dei pazienti, ma di verificare se presso la struttura sanitaria analizzata essi siano presenti e con quale grado di implementazione al fine di apportare i dovuti aggiustamenti in modo finalizzato alle specifiche esigenze aziendali. Tale proposito è stato ipotizzato essere pienamente conseguibile attraverso una metodologia che analizzasse e valutasse contemporaneamente tutte le aree tematiche per il governo di una azienda sanitaria nel loro insieme ma su base scientifica e specifica per ciascuna di esse.

2 La valutazione del Governo Clinico nelle strutture ospedaliere

2.1 Approccio e metodo per la strutturazione di una metodologia di valutazione a base scientifica.

La scelta di sviluppare una metodologia di valutazione clinico-gestionale su base rigorosamente scientifica, nasce dalla consapevolezza che la qualità dell'assistenza non si definisce spontaneamente né dipende esclusivamente dagli operatori: essa non è altro che il risultato di specifiche azioni e scelte di politica sanitaria che sappiano intervenire sugli assetti organizzativi dei servizi in modo da creare le condizioni per un'effettiva multidisciplinarietà ed integrazione, sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica e sui percorsi di identificazione delle vere e delle false innovazioni, ed infine sulla capacità del sistema nel suo insieme e dei singoli servizi di documentare i risultati ottenuti. [15]

In tal senso, la CG è proprio diretta verso l'integrazione di tutte le attività che incidono sul paziente in un'unica strategia, con diversi componenti chiave che incidono sulla organizzazione: ricerca e sviluppo; istruzione e apprendimento; formazione continua e sviluppo professionale; pratica clinica basata sulle prove di efficacia; audit clinici; la riduzione della eccessiva variabilità della pratiche clinica; leadership medica; promozione di progetti condivisi e di gruppi di lavoro in equipe supportati da sistemi di qualità; la misurazione e la valutazione delle performance cliniche; gestione preventiva del rischio clinico; coinvolgimento delle persone assistite e dei professionisti nelle decisioni relative alle pratiche cliniche [16]. Tali componenti chiave possono essere discrezionalmente definite aree della clinical governance.

Con riferimento a tali aree della Clinical Governance, la ricerca è stata focalizzata sull'analisi della letteratura scientifica internazionale al fine di definirle in modo dettagliato e di individuarne le principali caratteristiche. Le ricerche effettuate su database (Embase, Ovid, ecc.), sulla letteratura scientifica di revisioni sistematiche e trials clinici normalizzati (Cochrane Library, Pub-Med, ecc.), su riviste accreditate (Lancet, BMJ, NEJM) e su siti dedicati (Evidence Based Cardiology, Evidence Based Nursing, ecc.) hanno evidenziato quanto segue:

Evidence Based Medicine (EBM). L'EBM cerca, attraverso gli studi clinici controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste

informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti. L'EBM è in continua evoluzione perché deve seguire il progresso continuo delle conoscenze scientifiche in campo sanitario. Esiste una evidente correlazione fra l'utilizzo dell'EBM, in tutte le specialità mediche, e il miglioramento dell'outcome del paziente perché capace di ridurre notevolmente il medical error. Quindi risulta evidente come l'EBM, se utilizzata correttamente, possa essere un valido strumento in tutte le unità operative, di una azienda ospedaliera, per la riduzione dei rischi e il miglioramento della qualità inerenti all'attività stessa. [17-42]

Accountability. "Parola chiave della democrazia anglosassone. In Italia non è stata ancora tradotta" (Indro Montanelli. La stanza. Corriere della Sera, 12 aprile 1999). Indica il dovere di documentare, di rendicontare ciò che si è fatto a chi ci ha dato l'incarico e/o ci paga lo stipendio e/o ci ha messo a disposizione altre risorse. La responsabilità indica piuttosto i doveri verso i destinatari degli interventi come ad es. i pazienti o i clienti interni. [da Morosini-Perraro «Enciclopedia della gestione della qualità in sanità», 2001, Centro Scientifico Editore]. Un sistema di rintracciabilità delle azioni di tutte le professionalità sanitarie, coinvolte nell'assistenza al paziente, è indispensabile per l'analisi dei rischi qualora si verifichi il clinical incident. Infatti le organizzazioni sanitarie che hanno messo in atto un sistema basato sull'accountability sono riuscite a ridurre il grado di probabilità di un medical error. [43-55]

Clinical Audit. Nella sua accezione attuale, specialmente in Gran Bretagna, l'audit clinico è stato definito da Fielding (1991) come "un'iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza attraverso una revisione strutturata tra pari, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti e la modificano se necessario". L'audit clinico è una parte integrante della corretta pratica clinica ed uno strumento di provata efficacia nel miglioramento dell'outcome del paziente. In tutte le professioni sanitarie l'utilizzo dell'audit determina un miglioramento dei risultati ottenuti e permette di definire l'entità di un possibile danno procurato al paziente. [46-75]

Misurazione delle performance cliniche. "Quanto un'organizzazione sanitaria fa e ottiene svolgendo le funzioni fondamentali che le sono caratteristiche"; da Benchmarking delle direzioni sanitarie del presidio ospedaliero - ANMDO settembre 2005. L'azienda ospedaliera attraverso la valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza, della qualità e dei tempi delle cure

mediche prestate può stimare le possibili cause di disabilità e disagi procurati ai pazienti con l'obiettivo di prevenire gli eventi avversi e ridurre il grado di rischio. [76-90]

Valutazione e miglioramento delle attività cliniche. Il trend che sta emergendo negli ultimi anni si basa sull'utilizzo sistematico, da parte di tutti gli operatori sanitari, di vari sistemi di registrazione delle attività, in tutte le discipline cliniche ed in tutte le aree di specialità sanitarie, che permettono la valutazione della performance e quindi l'adozione di interventi per il miglioramento del livello e dell'esito delle prestazioni sanitarie erogate. Le strutture sanitarie che sono riuscite a sviluppare, fra i propri operatori sanitari, la cultura della "registrazione" di tutti gli eventi, anche di quelli avversi, sono ora in grado di identificare e pianificare al meglio le azioni da intraprendere per il raggiungimento dei più alti standard di assistenza. [76-90]

Health Technology Assessment (HTA). L'HTA include tutto ciò che viene utilizzato per promuovere la salute, impedire e trattare la malattia e per migliorare la riabilitazione e la cura di lunga durata. E' necessario individuare, all'interno di un'azienda sanitaria, un settore, con personale dotato di competenze multidisciplinari, che si occupi esclusivamente delle tecnologie sanitarie mediante l'analisi accurata non solo dei costi, ma anche delle necessità e delle esigenze specifiche per ciascuna attività.

Il miglioramento delle capacità diagnostiche e dell'efficacia terapeutica, che ha caratterizzato la medicina degli ultimi anni, è sicuramente correlato alla continua evoluzione delle biotecnologie, dei biomateriali, delle tecniche chirurgiche e delle tecnologie hardware e software. La tecnologia sanitaria, intesa come l'applicazione pratica delle conoscenze scientifiche o di altre conoscenze predisposte a risolvere i problemi pratici (Office of Technology Assessment, 1978) e quindi capace a prevenire, curare e diagnosticare una malattia, comprende l'insieme di: apparecchiature, dispositivi, trattamenti farmacologici, strumenti organizzativi e procedurali, ecc. L'assessment delle tecnologie sanitarie è quel processo che permette di analizzare, in modo multidisciplinare, l'efficacia, la sicurezza, il costo, il rapporto costo-efficacia, l'indicazione di indirizzo, l'applicabilità e le conseguenze sociali, economiche ed etiche di una determinata tecnologia utilizzata a scopi assistenziali (Institute of Medicine, 1985). I membri dell'International Network of Health Care Technology Agencies (INAHTA) hanno identificato la sicurezza tecnologica come la principale funzione dell'HTA. L'outcome essenziale dell'HTA consiste nel soddisfare i bisogni di informazioni indispensabili ai decisori, politici e sanitari, affinché possano rendere i servizi sanitari

conformi ai principi di eguaglianza, globalità, universalità, volontarietà e rispetto della dignità e libertà della persona. [91-102]

Sistemi di Qualità. Insieme delle caratteristiche di un servizio/prestazione che esprime la capacità di soddisfare bisogni espliciti e/o impliciti; da Glossario sull'appropriatezza, Agenzia di sanità pubblica - Regione Lazio Assessorato alla Sanità. L'esistenza di un sistema di qualità aziendale non rappresenta, necessariamente, un fattore di riduzione dei rischi, ma è necessario che l'ente certificante sia qualificato e soprattutto che venga effettivamente e correttamente attuato quanto stabilito.

La qualità in sanità rappresenta, secondo Donabedian A. 1990, "il rapporto tra i miglioramenti di salute ottenuti ed i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base delle conoscenze più avanzate e delle risorse disponibili". La qualità si riferisce alla struttura (qualità organizzativa), in relazione alle risorse disponibili, al personale, alle attrezzature, agli edifici ed al loro utilizzo, al processo (qualità professionale), inteso come correttezza tecnica, coordinamento ed integrazione delle prestazioni, della loro appropriatezza e tempestività, ed all'esito (qualità percepita), espressione del grado di soddisfazione dell'offerta sanitaria come prolungamento della vita e riduzione della sofferenza e disabilità oppure come complicazioni ed effetti iatrogeni. Le metodologie maggiormente utilizzate sono l'approccio tecnico-professionale (medical e clinical audit, miglioramento continuo della qualità, quality assurance; VRQ), approccio organizzativo gestionale (total quality management, certificazioni di qualità, accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità, accreditamento all'eccellenza) approccio partecipativo (APQ). Maxwell ha misurato la qualità dividendola in sei dimensioni principali: efficacia (esprime il grado di raggiungimento del risultato tecnico, dell'intervento sanitario, in termini di benefici per la salute), efficienza (rappresenta la capacità reale di produrre, a parità di risorse impiegate, il migliore risultato di salute nella popolazione interessata), accettabilità (evidenzia il gradimento del servizio da parte dell'assistito), accessibilità (indica la disponibilità all'utilizzo dei servizi da parte degli utenti che ne hanno reale necessità), equità (mostra la capacità di erogare servizi sanitari senza privilegi o discriminazioni nei confronti di singoli o gruppi di individui) e rilevanza (raffigura il meglio che può essere ottenuto dall'offerta sanitaria in considerazione delle necessità e dei desideri espressi di tutta la popolazione). Le strutture sanitarie che hanno attuato un sistema di qualità, nella gestione dell'assistenza e delle cure dei malati, possono solitamente vantare un continuo miglioramento in tutti i programmi di cura ed a tutti i livelli organizzativi. [103-113]

Risk management. Indica il sistema globale di gestione dei rischi con lo scopo di rilevare gli eventi avversi ed adottare azioni correttive per la riduzione del rischio stesso; da Benchmarking delle Direzioni Sanitarie del Presidio Ospedaliero – ANMDO. Il risk management deve essere attuato non solo a livello aziendale, ma anche per singola unità operativa mediante la realizzazione della mappa dei rischi ed il suo continuo aggiornamento.

“Uno degli aspetti più controversi delle cure mediche è la capacità di causare disabilità e disagi. Ovunque cure mediche vengano dispensate il paziente corre il rischio di essere vittima di un danno in conseguenza involontaria di quelle stesse cure. Per questo oggi la percentuale di danni iatrogeni causati è diventata un importante indicatore della qualità delle cure” (Thomas 2000). L’errore può essere umano (skill-based behaviour, ruled-based behaviour, knowledge-based behaviour e quindi errori slips, lapses e mistakes) o può derivare dal sistema che ne crea le condizioni (stress, tecnologie poco conosciute, ecc.). In sanità le fasi che caratterizzano l’attività del risk management vanno dalla conoscenza e dall’analisi dell’errore (incident reporting, revisione delle cartelle, utilizzo degli indicatori, ecc.), all’individuazione e correzione delle cause di errore (Root Causes Analysis, analisi di processo, Failure Mode and Effect Analysis), al monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell’errore ed all’implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte. L’applicazione della gestione del rischio, soprattutto nell’ambito dell’anestesia, chirurgia, ostetricia ed ortopedia ha determinato una considerevole diminuzione di eventi avversi dimostrando come l’utilizzo dei metodi dell’analisi del rischio siano applicabili e validi. [114-150]

Informazione, partecipazione del cittadino/paziente. Riconosce l'importanza di consultare il paziente, le associazioni dei malati, ecc per identificare i loro bisogni e la soddisfazione dei servizi, nonché per fornire un flusso costante di informazioni sulle attività di diagnosi, cura e assistenza poste in essere nella struttura. Ogni singola unità operativa, mediante il coinvolgimento del paziente alle decisioni assistenziali, con supporto cartaceo e/o con personale dedicato, è in grado di ridurre quelle divergenze che sono una delle principali cause della litigiosità e della non partecipazione dei pazienti e relativi familiari ai profili di cura assegnati. [151-174]

Sulla base inoltre di specifiche analisi di correlazioni tra le aree della clinical governance individuate e gli strumenti tecnico-manageriali che possono essere di supporto per una loro efficace implementazione presso le unità operative assistenziali, sono stati individuati tali strumenti/requisiti

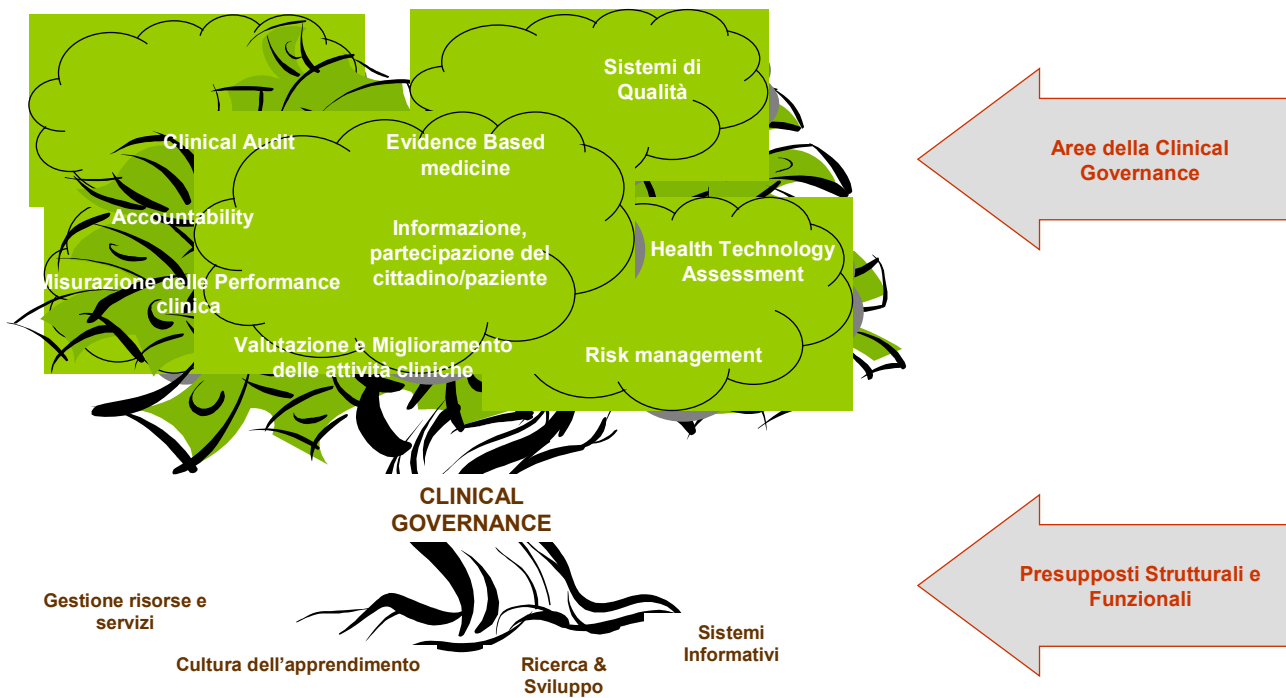
che sono un imprescindibile presupposto affinché la clinical governance, vista come l'insieme delle sue aree, possa essere di completa applicazione presso i presidi e/o le aziende ospedaliere.

Tali presupposti sono stati individuati come segue:

- Gestione risorse e servizi, intesa come l'efficacia aziendale nella gestione degli strumenti e dei processi tipici, dalla programmazione e controllo alle risorse umane, dai servizi ausiliari alle risorse strumentali .
- Cultura dell'apprendimento, inteso come la gestione della crescita professionale del personale medico e assistenziale, le prassi per la diffusione delle esperienze, la capacità di attivare percorsi di miglioramento basati sull'esperienza.
- Ricerca e sviluppo, ovvero le capacità dell'azienda e delle UU.OO. assistenziali ad effettuare attività di ricerca scientifica, ma soprattutto di impiegare i suoi risultati, propria o di terzi, per il miglioramento della attività assistenziale, trasferendone le indicazioni specifiche nella pratica assistenziale.
- Sistemi Informativi, ovvero la dotazione di sistemi di acquisizione e trattamento delle informazioni di carattere gestionale e sanitario e la qualità delle informazioni disponibili.

Riassumendo e razionalizzando tutte le informazioni sopra riportate, come viene raffigurato nell'albero metaforico della Clinical Governance, i presupposti strutturali e funzionali (radici dell'albero), di un management sanitario basato sui principi della Clinical Governance, sono: cultura dell'apprendimento, ricerca e sviluppo, attendibilità dei dati e gestione dei servizi e delle risorse. Mentre le aree della Clinical Governance (rami dell'albero) sono: evidence-based medicine, accountability, clinical audit, misurazione e valutazione delle performance, health technology assessment, quality, risk management e patient involvement. L'albero in fig. 1 in sintesi, riporta i principi base sui quali è stata sviluppata la metodologia.

Fig. 1 [14]



2.2. La definizione degli indicatori di valutazione

I singoli indicatori di valutazione per le singole aree della clinical governance analizza e per i singoli presupposti strutturali e funzionali, sono stati individuati attraverso la scelta discrezionale degli elementi ritenuti come significativi e di raccomandazione da parte della letteratura scientifica internazionale analizzata.

La sistematizzazione degli indicatori è stata realizzata in schede per la rilevazione. L'insieme delle schede costituisce dunque lo strumento di rilevazione chiave per valutazione del livello di governo clinico. Tali indicatori vengono di seguito riportati nella loro strutturazione in schede. Di rilievo ai fini del rigore metodologico e della attendibilità delle schede di rilevazione, è stata la ricerca e l'individuazione dei soggetti e documenti chiave con cui interfacciarsi presso una tipica struttura ospedaliera italiana ai fini di un riscontro tecnico/professionale/documentale in relazione allo specifico indicatore come controprova di ciò che viene in un primo momento riportato dai valutatori/applicatori della metodologia. Tali riscontri sono riportati sotto le sezioni "Documentazione da acquisire" e "Verifiche da effettuare".

Come di seguito descritto, lo strumento di rilevazione (che non è un questionario in quanto, come vedremo in seguito, ai quesiti non necessariamente si valida la risposta fornita dal professionista intervistato) è articolato in 13 aree di rilevazione. Le prime quattro sono funzionali alla valutazione dei presupposti strutturali e funzionali per una efficace adozione degli strumenti della Clinical

Governance, le successive nove sono funzionali a valutare l'effettivo livello di applicazione dei singoli strumenti.

Nel dettaglio, le aree/schede di rilevazione sono le seguenti:

- aree dei presupposti strutturali e funzionali
 - A - Gestione risorse e servizi
 - B - Cultura dell'apprendimento
 - C - Ricerca e sviluppo
 - D - Sistemi informativi
- aree della Clinical Governance
 - 1 - Evidence Based Medicine
 - 2 - Accountability
 - 3 - Clinical audit
 - 4 - Misurazione delle performance cliniche
 - 5 - Valutazione e miglioramento delle attività cliniche
 - 6 – Health Technology Assessment
 - 7 – Sistemi di Qualità
 - 8 - Risk management
 - 9 - Informazione e partecipazione cittadino/paziente

Come meglio specificato in seguito, e precisamente nel paragrafo “la metodologia realizzata”, la rilevazione per la valutazione è pensata per essere realizzata sia presso il livello “Azienda” ovvero tipicamente presso la Direzione Sanitaria, l'unità operativa controllo di gestione, approvvigionamento, Gestione del Personale e così via con le varie unità operative in staff alla direzione generale amministrativa e sanitaria per le rilevazioni inerenti le specifiche aree di competenza; sia presso il livello dipartimental-assistenziale e in particolare per singola unità operativa assistenziale complessa o semplice purchè a valenza dipartimentale.

Indicatori strutturati in schede per il livello Azienda

Area di Intervento A – Gestione Risorse e Servizi

Sistema di Programmazione e Controllo

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
AA1	E' implementato un sistema di programmazione e controllo? (Se no, salta alla AA2)		
AB1	Se si, l'attribuzione di obiettivi e risorse alle unità operative avviene attraverso un processo negoziale formalizzato?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura di budget: soggetti, ruoli, fasi e strumenti • Documento di budget approvato • Verbali di negoziazione (esempi) 	<ul style="list-style-type: none"> • Modalità di svolgimento riunione/negoziazione
AC1	Il processo di programmazione è supportato da una procedura informatizzata?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Unità di programmazione e controllo di gestione
AA2	Quali sono le tipologie di obiettivi attribuiti alle unità operative? (possibile risposta multipla)	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di Budget 	
AA3	Che tipo di competenze hanno le risorse professionali che lavorano nell'UO Controllo di Gestione?	<ul style="list-style-type: none"> • Curricula 	
AA4	E' stato attivato un sistema di reporting? (possibile risposta multipla)	<ul style="list-style-type: none"> • Ultimo schema di Report 	
AB4	Quali dati sono contenuti nel sistema di reporting?	<ul style="list-style-type: none"> • Ultimi Reports 	

AB2	Con quale periodicità avviene il reporting ?	• Ultimi Reports	
AB3	Effettuate incontri specifici per la valutazione periodica dei risultati? (Se no, salta alla AA5)	• Eventuali verbali di riunione	• Direzione sanitaria e amministrativa
AC2	Se sì, con quale periodicità?		• Direzione sanitaria e amministrativa • Confrontare le diverse date sugli eventuali ultimi verbali di riunione

Risorse Professionali

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
AA5	Sono stati implementati processi di valutazione del personale sanitario? (Se no, salta alla AA6)	Procedura di valutazione • Scheda di valutazione completa degli indicatori utilizzati	• Responsabile del personale
AC4	Sono stati attivati percorsi di miglioramento sulla base delle valutazioni?	• Scheda personalizzata del percorso formativo/crescita dei professionisti aziendali	• Responsabile del personale

Servizi Ausiliari (Lavanderia, mensa, smaltimento rifiuti ecc.)

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
AA6	I servizi ausiliari soddisfano le esigenze dell' UU.OO con riferimento a qualità, quantità e tempi?	• Scheda di valutazione • Richiesta/emissione ordini	• Direttori di UU.OO • Ufficio Acquisti
AA7	Le performance dei servizi ausiliari sono oggetto di misurazione e valutazione?	Schede di valutazione, verbali, pareri Scheda di monitoraggio con i relativi indicatori	
AB5	Sono stati attivati progetti di miglioramento dei servizi ausiliari sulla base delle valutazioni effettuate?		• Direzione Amministrativa

Risorse Strumentali ed Impianti

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
AA8	E' stato definito un programma di manutenzione per le attrezzature sanitarie e per gli impianti?	• Piano della Manutenzione approvato nell'ultimo anno	• Ufficio Tecnico
AB6	Le attività di manutenzione avvengono nei modi e nei tempi definiti nei programmi?		• Ufficio Tecnico
AC3	Quali sono i sistemi di registrazione che supportano questi processi?	Richiedere lo schema di registrazione e reporting	

Area di Intervento B – Cultura dell'Apprendimento [175-179]

Formazione delle Risorse

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
BA1	E' stato formalizzato il piano della formazione annuale?	<ul style="list-style-type: none"> • Piano (annuale o pluriennale) delle Attività formative approvato dalla Direzione generale • Documento di budget con indicato il relativo ammontare di risorse dedicate alla formazione • La procedura di produzione e gestione del piano 	
BB1	Quali operatori sanitari sono stati coinvolti nella rilevazione dei fabbisogni formativi? (possibile risposta multipla)	<ul style="list-style-type: none"> • Annotare l'eventuale assenza di coinvolgimento del livello dipartimentale (nella normativa della regione Piemonte riveste un ruolo chiave) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soggetti indicati dall'intervistato
BB2	Sono stati individuati percorsi formativi diversificati per figura professionale e per livello?	<ul style="list-style-type: none"> • Programma dei corsi di Formazione effettuati/da effettuare 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile della Formazione • Responsabile del Personale • Coordinatori delle varie figure professionali (fisioterapisti, infermieri, dei tecnici radiologi ecc.)
BB3	Sono stati definiti per il personale medico e sanitario, a livello di U.O., percorsi di crescita individuali?		<ul style="list-style-type: none"> • Formazione • Personale • Sviluppo organizzativo
BA2	Sono stati individuati dei percorsi di crescita specifici per le risorse chiave (high potential)?	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura delle risorse individuate comprensiva degli eventuali percorsi di crescita personalizzati 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile del personale

Capacità dell'apprendimento

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
BA3	Sono state implementate attività di miglioramento sulla base di raccomandazioni derivanti da indagini condotte da enti istituzionali (es. Ministero della Salute, ISS, ASSR)	<ul style="list-style-type: none"> • studi rilevanti frutto di revisioni sistematiche della letteratura scientifica • progetti di miglioramento approvati alla luce delle raccomandazioni nazionali sul tema specifico 	
BA4	Sono stati attivati percorsi di miglioramento sulla base delle indicazioni provenienti dalle esperienze realizzate a livello di UUOO		<ul style="list-style-type: none"> • Direttori UU.OO
BA5	Sono stati attivati percorsi di cambiamento basati sull'analisi dei reclami dei pazienti	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti di progetti di cambiamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Igienisti/Statistici della Direzione Sanitaria
BA6	Sono stati attivati percorsi di Benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e trattamento degli eventi avversi	<ul style="list-style-type: none"> • Convenzioni/contratti di Benchmarking con altre aziende comparabili 	

Area di intervento C – Ricerca e Sviluppo

Organizzazione

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
CA1	Sono state attivate unità organizzative specificamente dedicate alla ricerca scientifica? (Se no, salta alla CB4)	Organigramma Azienda	<ul style="list-style-type: none"> • Unità di Ricerca • Livello di centralizzazione e verificare se l'attivazione e il monitoraggio sono effettuati da una struttura centrale (progetti di censimento della ricerca) • Presenza / attività di Comitati Etici sulle sperimentazioni cliniche
CB1	I risultati della ricerca, vengono condivisi con strutture assistenziali?	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazioni interne • Brochure di eventi organizzati di recente 	<ul style="list-style-type: none"> • Unità di Ricerca • Direttori di Dipartimenti
CB2	I risultati della ricerca vengono utilizzati per modificare i processi clinici?	<ul style="list-style-type: none"> • Esempio di Protocollo di cura modificato dall'esito di una ricerca interna con riscontro su una o più cartelle cliniche di riferimento 	
CB3	Se sì, esistono ricercatori interamente dedicati?	<ul style="list-style-type: none"> • Contratti di collaborazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Unità di Ricerca
CB4	Se non è svolta attività di ricerca, sono attivate collaborazioni con altre strutture che effettuano tali attività?	Convenzione/accordi di collaborazione sulla ricerca Accordo formale di collaborazione Progetti di ricerca	

Area di intervento D – Sistemi Informativi

Qualità della Cartella Clinica

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
DA1	E' stato attivato un sistema informatizzato di gestione della cartella clinica ospedaliera?	<ul style="list-style-type: none"> Format della cartella clinica ospedaliera (da intendersi: tutta la documentazione clinica) 	Direzione Sanitaria
DB1	In cartella clinica sono riportati riferimenti legali, letteratura scientifica, ...?	<ul style="list-style-type: none"> Sezione di cartelle cliniche con riferimenti legali, letteratura scientifica ecc. (da intendersi: tutta la documentazione clinica) 	
DA8	E' stato attivato un sistema informatizzato di gestione della cartella clinica ambulatoriale?	<ul style="list-style-type: none"> Format della cartella clinica ambulatoriale (da intendersi: tutta la documentazione clinica) 	

Sistemi informativi a supporto dei processi clinici

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
DA2	E' stato attivato un sistema informatizzato di gestione dei registri di sala operatoria?	<ul style="list-style-type: none"> Registri di sala 	
DB2	Nel registro di sala operatoria vengono riportati tutti i dati richiesti (esempio nome del chirurgo, orario inizio e fine intervento, ...)?		
DA5	Sono stati adottati Sistemi informativi per la gestione archiviazione e trasmissione dei risultati della diagnostica?		<ul style="list-style-type: none"> Direttore Dipartimento Diagnostica per immagini
DA6	Sono stati adottati sistemi informativi per la gestione dei processi di Emergenza e Accettazione?		Direttore DEA
DA7	Sono stati adottati Sistemi informativi per la gestione della farmacia ospedaliera e la somministrazione dei farmaci?		Responsabile Farmacia Ospedaliera

Qualità del sistema delle informazioni sul paziente

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
DA3	Esiste un sistema informatizzato (database) condiviso di gestione dei dati non sensibili del paziente?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile dei Sistemi Informativi • Verifica dell'utilizzo dei dati / prodotti del sistema

Qualità delle informazioni sulla ricerca

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
DA4	Esiste un sistema informatizzato di gestione delle informazioni (bibliografia) sulla ricerca scientifica?		<ul style="list-style-type: none"> • Confronto con le risposte della sezione EBM (Livello UO) • Censimento delle ricerche

Area 4 – Misurazione delle performance cliniche [76-90]

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
4A1	L'azienda si è dotata di una unità organizzativa dedicata specificamente alla misurazione delle performance cliniche?	• Organigramma	• Responsabile Unità di misurazione Performance
4A2	L'azienda si è dotata di risorse professionali specificamente preposte alla misurazione delle performance cliniche		• Responsabile Unità di misurazione Performance
4B1	Se sì, che tipo di competenze hanno le risorse professionali dedicate	• Curricula dei componenti dell' Unità di misurazione/valutazione delle Performance	
4A3	L'azienda si è dotata di strumenti e procedure operative specificamente preposte alla misurazione delle performance cliniche?	Strumenti e procedure di misurazione	
4B2	Quali sono le dimensioni della valutazione? (possibile risposta multipla)		<ul style="list-style-type: none"> • Specificare gli strumenti utilizzati • Approfondire il significato di "appropriatezza" : clinica (DRG ad alto rischio di appropriatezza, PRUO) od organizzativa (Applicazione di linee guida).
4B3	Vengono impiegati sistemi strutturati per la valutazione delle dimensioni?		
4A4	Vengono utilizzati standard/indicatori di riferimento per le attività delle singole unità operative? (Se no, salta alla 4A5)		
4B4	Se sì, tali standard sono:		
4A5	Vengono effettuate analisi sistematiche sulla misurazione delle performance? (Se no, salta alla 4A6)		
4B5	Quale periodicità hanno tali analisi?		

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
4A6	Viene effettuata attività formativa specifica sulla misurazione delle performance? (Se no, salta alla 5A1)	Piano formativo	Responsabile Formazione
4B6	Se sì, da chi viene erogata l'attività formativa?		
4B7	Se sì, da chi viene erogata l'attività formativa?	Programma degli ultimi corsi erogati	

Area 5 - Valutazione e Miglioramento delle attività cliniche [76-90]**Organizzazione**

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
5A1	I risultati delle misurazioni vengono utilizzati per migliorare l'attività assistenziale?		
5B1	Nell'attività di valutazione delle performance vengono coinvolte professionalità di elevato livello esterne all'azienda?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Unità di Misurazione delle performance • Direzione Sanitaria
5B2	Le attività di valutazione coinvolgono il responsabile di struttura o anche i medici singolarmente?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria • Direttori UU.OO
5B3	La valutazione delle performance è relativa anche al personale infermieristico e tecnico?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Caposala • Direttore Amministrativo

Strumenti e metodologia

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
5A2	Vengono effettuate attività di valutazione delle performance relative a output e efficienza gestionale?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura/schema di Valutazione con indicate le dimensioni della valutazione 	
5A3	Vengono effettuate attività di valutazione delle performance relative agli outcome clinici?		
5B4	Come sono gestiti i dati di valutazione?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Sistemi Informativi

Risultati

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
5A4	Quale periodicità hanno le analisi effettuate?		<ul style="list-style-type: none"> • Reports di valutazione
5A5	Le attività di valutazione innescano efficaci processi di feedback?		<ul style="list-style-type: none"> • Direttori UU.OO • Responsabile unità di Valutazione
5A6	Le performance misurate sono oggetto di specifiche attività di valutazione?		<ul style="list-style-type: none"> • Confronto tra reports di misurazione e reports di valutazione

Area di intervento 6 – Health Technology Assessment [91-102]

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
6A1	L'azienda si è dotata di una struttura organizzativa dedicata specificamente alla valutazione delle tecnologie sanitarie?	Organigramma aziendale e dell'unità di HTA	
6A2	L'azienda si è dotata di risorse professionali specificamente preposte alla valutazione delle tecnologie sanitarie?	Pianta organica	Responsabile risorse umane
6A3	Che tipo di competenze hanno le risorse professionali dedicate? (possibile risposta multipla)	<ul style="list-style-type: none"> Curricula delle professionalità indicate nell'organigramma dell'unità di HTA 	
6A4	L'azienda si è dotata di strumenti e procedure operative specificamente preposte alla valutazione delle tecnologie?	Procedure con le indicazioni degli strumenti utilizzati	
COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
6C4	Vengono effettuate valutazioni di HTA su strumenti e apparecchiature sanitarie?	Documento/stato di avanzamento ricerca di HTA sui apparecchiature sanitarie	<ul style="list-style-type: none"> Ufficio tecnico Responsabile ufficio tecnico
6A6	Viene effettuata attività formativa specifica sull'HTA?	<ul style="list-style-type: none"> Piano di formazione comprensivo del programma dedicato alle attività formative sull'HTA 	<ul style="list-style-type: none"> Responsabile della Formazione
6A7	Se sì, da chi viene erogata l'attività formativa?	<ul style="list-style-type: none"> Programma delle attività formative erogate nell'ultimo anno 	
6B4	Se sì, a chi è rivolta l'attività formativa? (possibile risposta multipla)		<ul style="list-style-type: none"> Verificare sul piano di formazione i destinatari dei corsi in HTA Responsabile della formazione
6B5	Viene effettuata attività di valutazione delle tecnologie facendo riferimento ai risultati prodotti dalle agenzie di HTA ? (Se no, salta alla 6A8)		<ul style="list-style-type: none"> Note bibliografiche e strumenti utilizzati contenuti nei documenti HTA prodotti
6C5	Se sì, quali? (possibile risposta multipla)		<ul style="list-style-type: none"> Note bibliografiche e strumenti utilizzati contenuti nei report HTA prodotti
6A8	Vengono prodotti report sistematici di HTA? (Se no, salta alla 7A1)	Reports nell'ultimo anno	
6A9	I risultati prodotti aiutano a supportare la scelta nella migliore utilizzazione delle tecnologie?	<ul style="list-style-type: none"> Procedure vecchie da confrontare con quelle modificate a seguito degli esiti delle attività di HTA 	
6A10	Le relazioni prodotte producono effetti sulle decisioni di politica sanitaria aziendale?	<ul style="list-style-type: none"> Procedure di acquisto e di utilizzo farmaci e tecnologie ed attrezzature modificate rispetto alle precedenti 	
6A11	Le unità operative adottano i risultati derivanti da valutazioni di HTA?	Procedure e linee guida utilizzate dalla/e UUOO	<ul style="list-style-type: none"> Direttore del dipartimento che adotta i risultati

Area di intervento 7 – Sistemi di Qualità [103-113]

Certificazione

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
7A1	L'azienda ha definito un proprio sistema di qualità? (Se no, salta alla 7A7)	<ul style="list-style-type: none"> • Manuale del Sistema di Qualità 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Qualità
7B1	Se sì, è certificato da un Ente di certificazione ex UNI EN 9001:2000	Certificazione Manuale del SQ <ul style="list-style-type: none"> • Standard di prodotto (connotazione dei prodotti attraverso la definizione delle caratteristiche, delle misure e dei livelli di accettabilità) • Processi principali e secondari di svolgimento delle attività Procedure dei principali processi	
7C1	Il sistema è certificato da un organismo internazionale specializzato per le aziende sanitarie	Certificato di accreditamento e sottoscrizione Programma di Miglioramento Continuo della Qualità <ul style="list-style-type: none"> • Manuale comprensivo del Set di Indicatori misuranti la conformità dell'azienda rispetto agli standard internazionali 	

Livello di implementazione/attuazione di un sistema di qualità aziendale certificato

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
7A2	Qual è l'estensione del sistema di qualità?		<ul style="list-style-type: none"> • Confermare con quanto indicato sul Manuale del Sistema Qualità Aziendale e delle procedure
7A3	Quale frequenza hanno le verifiche ispettive dell'Ente certificatore?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports di ispezione dell'Ente certificatore 	
7A4	Quale frequenza hanno le verifiche ispettive interne?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports di ispezione nell'ultimo anno 	
7A5	La formazione del personale in ingresso avviene anche sulle procedure ed il sistema di qualità?	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di formazione per neoassunti • Programma corsi di formazione erogati ai neoassunti nell'ultimo anno 	
7A6	Il piano di formazione aziendale prevede l'aggiornamento del personale operativo in merito al sistema di qualità?	<ul style="list-style-type: none"> • Programma dei corsi di aggiornamento erogati nell'ultimo anno 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di Formazione aziendale

Livello di implementazione/attuazione di un sistema di qualità aziendale non certificato

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
7A7	E' stato adottato un documento di organizzazione aziendale e una descrizione delle attività per qualifica professionale?	<ul style="list-style-type: none"> • Organigramma e pianta organica formalizzata dei ruoli e delle responsabilità 	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Sanitario ed Amministrativo
7A8	Sono stati definiti e formalizzati i processi aziendali?	Mappatura dei processi formalizzata	
7A9	L'efficacia dei processi aziendali è monitorata attraverso un sistema di indicatori?	Reports di monitoraggio <ul style="list-style-type: none"> • Schema di monitoraggio comprensivi degli indicatori utilizzati 	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Sanitario ed Amministrativo
7A10	Con quale frequenza sono verificate le modalità di attuazione effettive dei processi aziendali?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports d'ispezione nell'ultimo anno 	
7A11	La formazione del personale in ingresso avviene anche sulle procedure ed il sistema di qualità?	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di formazione per neoassunti • Programma corsi di formazione erogati ai neoassunti nell'ultimo anno 	
7A12	Il piano di formazione aziendale prevede l'aggiornamento del personale operativo in merito al sistema di qualità?	<ul style="list-style-type: none"> • Programma dei corsi di aggiornamento erogati nell'ultimo anno 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano di Formazione aziendale

Area di intervento 8 - Risk Management (livello azienda) [114-150]

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
8A1	L'azienda ha operato una mappatura dei rischi esistenti nelle unità operative? (Se no, salta alla 8A2)	Mappatura formalizzata	
8B1	Se sì, la mappatura è stata comunicata ai responsabili delle unità operative?	<ul style="list-style-type: none"> • Documento di comunicazione 	
8A2	Esiste un sistema di rilevazione aziendale degli errori nei processi assistenziali? (Se no, salta alla 8A3)	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura 	
8B2	Se sì, quale è il livello di segnalazione degli errori da parte del personale sanitario?		<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria • Responsabile Qualità
8A3	Sono state definite procedure specifiche per la classificazione e la riduzione degli errori? (Se no, salta alla 8A5)	Procedure Classificazione degli errori	
8A4	I risultati delle rilevazioni vengono utilizzati per la riduzione degli errori?		
8A5	Vengono effettuate attività di analisi per collegare fra loro le lamentele dei pazienti, gli incidenti, le denunce e gli indicatori clinici?	Reports di analisi dell'ultimo anno	
8A6	Sono stati attivati percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e alla riduzione degli errori?	<ul style="list-style-type: none"> • Convenzioni/contratti di Benchmarking con altre aziende comparabili 	

Area 9 – Informazione e partecipazione del paziente/cittadino [151-174]

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
9A1	Il paziente al momento della proposta di prestazione assistenziale riceve informazioni sulle procedure cui verrà sottoposto? (in aggiunta a quelle del consenso informato) (Se no, salta alla 9A2)	<ul style="list-style-type: none"> Scheda informativa 	<ul style="list-style-type: none"> Direzione Sanitaria
9B1	Se sì, le informazioni vengono accompagnate da un supporto cartaceo?	<ul style="list-style-type: none"> Scheda informativa 	
9A2	E' prevista la figura di un operatore di riferimento o case manager che si relaziona con il paziente?		<ul style="list-style-type: none"> Direzione Sanitaria Case Manager
9A3	Al momento della dimissione, il paziente viene informato dettagliatamente delle sue condizioni di salute? (Se no, salta alla 9A4)		
9B2	Se sì, come viene trasmessa questa informazione?		
9A4	Esiste una procedura di gestione del rapporto con i familiari del paziente? (Se no, salta alla 9A5)		
9B3	Se sì questa procedura è formalizzata?	<ul style="list-style-type: none"> Procedure per la gestione della privacy, gestione reclami, servizi aggiuntivi 	
9A5	Al momento della dimissione, il paziente / i familiari, viene informato sull'iter post ricovero e sugli degli eventuali riferimenti territoriali?	Scheda informativa	
9B4	Se sì, viene fornito al paziente/familiare un opuscolo informativo?	Opuscolo informativo	
9A6	La comunicazione ai pazienti stranieri segue una procedura formalizzata?	<ul style="list-style-type: none"> Procedura con riferimento ad aspetti culturali, alimentari, linguistici e religiosi 	
9A7	Prima della procedura assistenziale, al paziente vengono fornite informazioni sulla organizzazione delle attività della struttura (esempio: orari, visite, assistenza alberghiera, ecc...)? (Se no, salta alla 9A8)		
9B5	Se sì, con procedura formalizzata? (Se no, salta alla 9A8)	<ul style="list-style-type: none"> Procedura ed eventuali opuscoli 	

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
9C1	Se con procedura formalizzata, la comunicazione è supportata da eventuali opuscoli?		
9A8	Il personale assistenziale fornisce al paziente il questionario per la valutazione della soddisfazione?	<ul style="list-style-type: none"> • Questionario di soddisfazione 	
9A9	Sono state attivate procedure per la rilevazione dei reclami dei pazienti?	Scheda rilevazione reclami	
9B6	Se sì, i reclami vengono analizzati?		Direzione Sanitaria
9C2	Se sì, i risultati delle analisi vengono utilizzati per il miglioramento della qualità assistenziale?		

Indicatori strutturati in schede per il livello Unità Operativa

Area di Intervento 1 - Evidence Based Medicine [17-42]

Attività Mediche

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
1A1	Nelle attività di assistenza al paziente, le decisioni del medico integrano la propria esperienza clinica con la migliore evidenza scientifica disponibile? (Se no, salta alla 1B4)		
1B1	Se sì, qual è lo strumento utilizzato per questa integrazione? (Se solo cartaceo rispondi alla 1B3, se solo informatico rispondi alla 1B2)	<ul style="list-style-type: none"> • Riviste scientifiche • Accredimento di percorsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Banche dati
1B2	Se lo strumento di consultazione è informatico, dove viene consultato?		<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria
1B3	Se lo strumento di consultazione è cartaceo, dove viene consultato?	Procedura cartacea di consultazione	
1B4	Sono stati attivati programmi di formazione sull'EBM per i medici? (Se no, salta alla 1A2)	Programma dei corsi (dell'ultimo triennio)	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile formazione
1B5	Se sì, da chi sono erogati?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile formazione • Direzione Sanitaria

Attività Infermieristiche

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
1A2	Nelle attività di assistenza al paziente, le decisioni dell'infermiere integrano la propria esperienza professionale con la migliore evidenza scientifica disponibile? (Se no, salta alla 1B10)		
1B7	Se sì, qual è lo strumento utilizzato per questa integrazione? (Se solo cartaceo rispondi alla 1B9, se solo informatico rispondi alla 1B8)	<ul style="list-style-type: none"> Riviste scientifiche 	<ul style="list-style-type: none"> Banche dati e periodicità delle consultazioni
1B8	Se lo strumento di consultazione è informatico, dove viene consultato?		<ul style="list-style-type: none"> Direzione Sanitaria
1B9	Se lo strumento di consultazione è cartaceo, dove viene consultato?	Procedura cartacea di consultazione	
1B10	Sono stati attivati programmi di formazione sull'EBN per gli infermieri? (Se no, salta alla 1A3)	Programma dei corsi	<ul style="list-style-type: none"> Responsabile formazione
1B11	Se sì, da chi sono erogati?		<ul style="list-style-type: none"> Responsabile formazione Direzione Sanitaria

Altre attività professionali sanitarie (fisioterapisti, logopedisti, ortottisti, podologi)

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
1A3	Nelle attività di assistenza al paziente, le decisioni degli operatori sanitari integrano la propria esperienza professionale con la migliore evidenza scientifica disponibile? (Se no, salta alla 1B14)		
1B13	Se sì, qual è lo strumento utilizzato per questa integrazione? (Se solo cartaceo rispondi alla 1B15, se solo informatico rispondi alla 1B14)	<ul style="list-style-type: none"> Riviste scientifiche 	<ul style="list-style-type: none"> Banche dati

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
1B14	Se lo strumento di consultazione è informatico, dove viene consultato?		<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria
1B15	Se lo strumento di consultazione è cartaceo, dove viene consultato?		
1B16	Sono stati attivati programmi di formazione sulle pratiche professionali basate sull'evidenza scientifica per gli operatori sanitari? (Se no, salta alla 2A1)	<ul style="list-style-type: none"> • Programma con contenuti, tipologia e frequenza dei corsi 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Formazione • Coordinatori degli operatori sanitari
1B17	Se sì, da chi sono erogati?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile formazione • Direzione Sanitaria

Area di Intervento 2 – Accountability [43-55]

Attività Mediche

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
2A1	Gli atti assistenziali praticati sul singolo paziente sono riconducibili al medico responsabile della loro effettuazione? (Se no, salta alla 2A2)	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti previsti dalla procedura • Verifica su un campione di cartelle cliniche 	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria
2B1	Se sì, con procedura formalizzata (comunicata attraverso disposizioni di servizio) all'interno della UO? (Se no, salta alla 2A2)	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura e documenti di comunicazione formali 	
2C1	Se con procedura formalizzata, quest'ultima su che supporto?	<ul style="list-style-type: none"> • Modello informativo o cartaceo 	

Attività Infermieristiche

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
2A2	Gli atti assistenziali praticati sul singolo paziente sono riconducibili all'infermiere responsabile della loro esecuzione? (Se no, salta alla 2C2)	<ul style="list-style-type: none"> • Documenti previsti dalla procedura • Verifica su un campione di cartelle infermieristiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria
2B2	Se sì, con procedura formalizzata (comunicata attraverso disposizioni di servizio) all'interno della UO? (Se no, salta alla 2C2)	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura e documenti di comunicazione formali 	
2C2	Se con procedura formalizzata, quest'ultima su che supporto?	<ul style="list-style-type: none"> • Modello informativo o cartaceo 	

Altre attività professionali sanitarie (fisioterapisti, logopedisti, ortottisti, podologi)

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
2A3	Gli atti assistenziali praticati sul singolo paziente sono riconducibili all'operatore sanitario responsabile della loro esecuzione? (Se no, salta alla 2C3)		<ul style="list-style-type: none"> Direzione Sanitaria
2B3	Se si, con procedura formalizzata (comunicata attraverso disposizioni di servizio) all'interno della UO? (Se no, salta alla 2C3)	<ul style="list-style-type: none"> Procedura e documenti di comunicazione formali 	
2C3	Se con procedura formalizzata, quest'ultima su che supporto?	<ul style="list-style-type: none"> Modello informativo o cartaceo 	

[43-55]

Area di intervento 3 - Clinical Audit [46-75]

Organizzazione

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
3A1	Nell'ambito dell'Unità Operativa vengono svolte sessioni di clinical audit? (Se no, salta alla 3A2)	Documenti di comunicazioni formali	<ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione • Non è una riunione di reparto!
3B1	Se sì, con quale frequenza?	Eventuali Verbali di Sessione	<ul style="list-style-type: none"> • Riscontro con le ultime comunicazioni di avviso sessioni Audit
3B2	Esiste una documentazione formale delle valutazioni? (Se no, salta alla 3B3)	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura e Reports delle valutazioni 	
3C1	Se sì, su quale tipo di supporto?	<ul style="list-style-type: none"> • Se cartaceo, rilevare il documento 	
3B3	Ai clinical audit partecipano:	Eventuali Verbali di Sessione	<ul style="list-style-type: none"> • Direttore Sanitario
3B4	Ai clinical audit partecipano:	Eventuali Verbali di Sessione	<ul style="list-style-type: none"> • Caposala • Direttore Sanitario
3B5	Ai clinical audit partecipano:	Eventuali Verbali di Sessione	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinatori delle altre professioni sanitarie presenti nella UO
3C2	Ai clinical audit partecipano medici di altre UUOO:		Direttore Sanitario
3C3	Ai clinical audit partecipano infermieri di altre UUOO:		Direttore Sanitario
3C4	Ai clinical audit partecipano operatori sanitari di altre UUOO:		Direttore Sanitario

Metodologia di Audit

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
3A2	Quale è la metodologia di selezione dei casi da sottoporre a audit? (sono possibili fino a due risposte)	<ul style="list-style-type: none"> Eventuale procedura sistematica di selezione dei casi 	Direzione Sanitaria
3A3	La valutazione dei casi è riferita esclusivamente alle attività assistenziali svolte nell'ambito della U.O. o si riferisce all'intero percorso assistenziale?	Report di valutazioni recenti	
3A4	Quali sono gli elementi della valutazione? (possibile risposta multipla)	Report di valutazioni recenti	
3B6	Nella valutazione vengono impiegati criteri espliciti?	<ul style="list-style-type: none"> Scheda dei criteri, degli standard e delle scale adottate di recente 	
3B7	Nella valutazione vengono impiegati standard di riferimento? (Se no, salta alla 3B8)		
3C5	Se sì, sono standard di riferimento esterni o interni alla U.O.?		
3B8	Vengono impiegati strumenti/procedure standard per l'istruttoria dei casi?		
3A5	Viene effettuata sistematica attività di formazione e training dei partecipanti per il miglioramento delle attività di clinical audit?		Nb: per "Sistematica" si intende all'occorrenza di bisogni sopraggiunti di aggiornamento.

Risultati

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
3A6	La revisione dei casi clinici consente di individuare azioni di miglioramento?		
3B9	Le azioni di miglioramento danno luogo a modifiche di specifici percorsi diagnostico terapeutici?	<ul style="list-style-type: none"> • Percorsi terapeutici modificati a seguito di Auditing 	
3B10	Le azioni di miglioramento sono effettivamente implementate?		
3B11	Le azioni di miglioramento sono oggetto di verifica e monitoraggio?		<ul style="list-style-type: none"> • Verificare periodicità del monitoraggio

Area 5 - Valutazione e Miglioramento delle attività cliniche [76-90]

Organizzazione

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
5A1	I risultati delle misurazioni vengono utilizzati per migliorare l'attività assistenziale?		
5B1	Nell'attività di valutazione delle performance vengono coinvolte professionalità di elevato livello esterne all'azienda?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Unità di Misurazione delle performance • Direzione Sanitaria
5B2	Le attività di valutazione coinvolgono il responsabile di struttura o anche i medici singolarmente?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria • Direttori UU.OO
5B3	La valutazione delle performance è relativa anche al personale infermieristico e tecnico?	<ul style="list-style-type: none"> • Reports di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Caposala • Direttore Amministrativo

Strumenti e metodologia

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
5°2	Vengono effettuate attività di valutazione delle performance relative a output e efficienza gestionale?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura/schema di Valutazione con indicate le dimensioni della valutazione 	
5°3	Vengono effettuate attività di valutazione delle performance relative agli out come clinici?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura/schema di Valutazione con indicate le dimensioni della valutazione 	
5B4	Come sono gestiti i dati di valutazione?		<ul style="list-style-type: none"> • Responsabile Sistemi Informativi

Risultati

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
5A4	Quale periodicità hanno le analisi effettuate?		<ul style="list-style-type: none"> • Reports di valutazione
5A5	Le attività di valutazione innescano efficaci processi di feedback?		<ul style="list-style-type: none"> • Direttori UU.OO • Responsabile unità di Valutazione
5A6	Le performance misurate sono oggetto di specifiche attività di valutazione?		<ul style="list-style-type: none"> • Confronto tra reports di misurazione e reports di valutazione

Area di intervento 8 - Risk Management (livello UO) [114-150]

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
8A7	L'unità operativa ha operato una mappatura dei rischi esistenti? (Se no, salta alla 8B4)	Mappatura formalizzata	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica attività correlate come l'analisi dei sinistri pregressi
8B3	Se sì, la mappatura è stata comunicata agli operatori dell'unità operativa?	<ul style="list-style-type: none"> • Documento di comunicazione 	
8B4	Quale è il livello di segnalazione degli errori da parte del personale dell'UO?	<ul style="list-style-type: none"> • Procedura (e utilizzo della procedura) 	
8A8	Sono state definite procedure specifiche per la classificazione e la riduzione degli errori? (Se no, salta alla 8A10)		<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Sanitaria • Responsabile Qualità
8A9	I risultati delle rilevazioni vengono utilizzati per la riduzione degli errori?	Procedure Classificazione degli errori	
8A10	Vengono effettuate attività di analisi per collegare fra loro le lamentele dei pazienti, gli incidenti, le denunce e gli indicatori clinici?	Reports di analisi dell'ultimo anno	
8A11	Sono stati attivati percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e alla riduzione degli errori?	<ul style="list-style-type: none"> • Convenzioni/contratti di Benchmarking con altre strutture comparabili 	

Area 9 – Informazione e partecipazione del paziente/cittadino [151-174]

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
9A1	Il paziente al momento della proposta di prestazione assistenziale riceve informazioni sulle procedure cui verrà sottoposto? (in aggiunta a quelle del consenso informato) (Se no, salta alla 9A2)	<ul style="list-style-type: none"> Scheda informativa 	<ul style="list-style-type: none"> Direzione Sanitaria
9B1	Se sì, le informazioni vengono accompagnate da un supporto cartaceo?	<ul style="list-style-type: none"> Scheda informativa 	
9A2	E' prevista la figura di un operatore di riferimento o case manager che si relaziona con il paziente?		<ul style="list-style-type: none"> Direzione Sanitaria Case Manager
9A3	Al momento della dimissione, il paziente viene informato dettagliatamente delle sue condizioni di salute? (Se no, salta alla 9A4)	<ul style="list-style-type: none"> Rilevare e inserire nelle note la presenza di doppia comunicazione (scritta e orale) 	
9B2	Se sì, come viene trasmessa questa informazione?		
9A4	Esiste una procedura di gestione del rapporto con i familiari del paziente? (Se no, salta alla 9A5)		
9B3	Se sì questa procedura è formalizzata?	<ul style="list-style-type: none"> Procedure per la gestione della privacy, gestione reclami, servizi aggiuntivi 	
9A5	Al momento della dimissione, il paziente / i familiari, viene informato sull'iter post ricovero e sugli degli eventuali riferimenti territoriali? (Se no, salta alla 9°6)	Scheda informativa	
9B4	Se sì, viene fornito al paziente/familiare un opuscolo informativo?	Opuscolo informativo	
9A6	La comunicazione ai pazienti stranieri segue una procedura formalizzata?	<ul style="list-style-type: none"> Procedura con riferimento ad aspetti culturali, alimentari, linguistici e religiosi Documenti tradotti in lingua, altre risorse dedicate (es: mediatori) 	
9A7	Prima della procedura assistenziale, al paziente vengono fornite informazioni sulla organizzazione delle attività della struttura (esempio: orari, visite, assistenza alberghiera, ecc...)?		

COD	Domanda	Documentazione da acquisire	Verifiche da effettuare
	(Se no, salta alla 9A8)		
9B5	Se si, con procedura formalizzata? (Se no, salta alla 9A8)	• Procedura ed eventuali opuscoli	
9C1	Se con procedura formalizzata, la comunicazione è supportata da eventuali opuscoli?		
9A8	Il personale assistenziale fornisce al paziente il questionario per la valutazione della soddisfazione?	• Questionario di soddisfazione / documento / scheda	
9A9	Sono state attivate procedure per la rilevazione dei reclami dei pazienti? (Se no, chiudi rilevazione)	Scheda rilevazione reclami	
9B6	Se si, i reclami vengono analizzati?		Direzione Sanitaria
9C2	Se si, i risultati delle analisi vengono utilizzati per il miglioramento della qualità assistenziale?		

2.3. Le schede di rilevazione e relativo sistema di ponderazione [14]

Schede di rilevazione: sintesi delle caratteristiche:

- Le schede proposte sono 13 (9 + 4).
- Le prime 4 schede (indicate come A, B, C, D) rappresentano le aree dei presupposti strutturali e funzionali per la corretta attuazione della Clinical Governance.
- Le schede successive (numerate 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9) si riferiscono alle aree ed ai relativi strumenti della Clinical Governance.
- Ad ogni scheda è stato dato un valore (il massimo valore attribuito è equivalente a 10).
- Le domande, presenti nelle schede, sono a risposta chiusa multipla.
- Ad ogni domanda, di ogni singola scheda, è stato assegnato un livello di rilevanza partendo da un minimo indicato con C ad un massimo di A.
- Ad ogni risposta è stato attribuito un peso.
- Le risposte di ogni singola scheda contribuiscono a raggiungere un valore complessivo massimo uguale a 100.

Le domande delle schede – livelli di rilevanza

- Con la lettera **C** è stata considerata la domanda con **livello meno rilevante**.
- Con la lettera **B** è stata considerata la domanda con **livello di rilevanza intermedia**, indicata come $B=2C$.
- Con la lettera **A** è stata considerata la domanda con **livello di maggiore rilevanza**; indicata come $A=2B$ quindi $A=4C$.

Le risposte delle schede – peso

- Sono state conteggiate tutte le domande di A, B e C.
- Il numero delle domande C ha rappresentato la base.
- Il numero delle domande di B è stato moltiplicato per 2; essendo $B=2C$.
- Il numero delle domande A è stato moltiplicato per 4; essendo $A=4C$.
- Il peso massimo di tutte le risposte della scheda (100) è stato diviso per la somma dei numeri ottenuti, da A, B e C, e si è derivato il peso max. della risposta alla domanda C.

- Se la scheda presenta solo le domande A e B, il peso massimo di tutte le risposte della scheda (100), è stato diviso per la somma dei numeri ottenuti, da A e B, e si è derivato il peso max. della risposta alla domanda B.
- Il peso max. della risposta alla domanda C è stato moltiplicato per 2 ($B=2C$) e si è ottenuto il peso max. della risposta alla domanda B.
- Il peso max. della risposta alla domanda C è stato moltiplicato per 4 ($A=4C$) e si è ottenuto il peso max. della risposta alla domanda A.

Riepilogo delle schede e dei pesi

SCHEDA	domande A	domande B	domande C	tot. domande
A - Gestione risorse e servizi	8	6	3	17
B - Cultura dell'apprendimento	6	3	0	9
C - Ricerca e sviluppo	1	4	0	5
D - Sistemi informativi	4	2	0	6
1 – EBM	3	18	0	21
2 – Accountability	3	3	3	9
3 - Clinical audit	6	11	5	22
4 - Misurazione delle performance cliniche	6	7	0	13
5 - Valutazione e miglioramento delle attività cliniche	6	4	0	10
6 – HTA	11	5	5	21
7 - Sistemi di qualità	12	1	1	14
8 - Risk Management	11	4	0	15
9 - Informazione, partecipazione cittadino/paziente	9	6	2	17
TOT.	13	86	19	179

Valori delle schede

Alle schede sono stati attribuiti dei valori diversi in considerazione:

- della tipologia di struttura sanitaria a cui viene destinata la scheda
- dell'indice di case-mix
- della rilevanza della scheda stessa secondo i principi della Clinical Governance.

	Azienda Universitaria	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico	Azienda Ospedaliera Pubblica	Istituto Classificato	Presidio Ospedaliero di Azienda Sanitaria Locale
A - Gestione risorse e servizi	10	10	8	7	5
B - Cultura dell'apprendimento	10	10	8	7	5
C - Ricerca e sviluppo	10	10	8	7	5
D - Sistemi informativi	10	10	8	7	5
1 - Evidence Based Medicine	10	10	10	10	10
2 - Accountability	10	10	10	10	10
3 - Clinical Audit	10	10	10	10	10
4 - Misurazione delle Performance Cliniche	10	10	10	10	10
5 - Valutazione e Miglioramento delle attività cliniche	10	10	10	10	10
6 - Health Technology Assessment	10	10	8	7	5
7 - Sistemi di Qualità	10	10	10	10	10
8 - Risk Management	10	10	8	7	5
9 - Informazione, Partecipazione Cittadino/Paziente	10	10	10	10	10

Destinatari delle schede

AREE	AZIENDA SANITARIA	UNITA' OPERATIVA
A - Gestione risorse e servizi	SI	NO
B - Cultura dell'Apprendimento	SI	NO
C - Ricerca e sviluppo	SI	NO
D - Sistemi informativi	SI	NO
1 - Evidence Based Medicine	NO	SI
2 - Accountability	NO	SI
3 - Clinical Audit	NO	SI
4 - Misurazione delle Performance Cliniche	SI	NO
5 - Valutazione e Miglioramento delle attività cliniche	SI	SI
6 - Health Technology Assessment	SI	NO
7 - Sistemi di Qualità	SI	NO
8 - Risk Management	SI	SI

9 - Informazione, Partecipazione Cittadino/Paziente	SI	SI
--	----	----

SCHEDA ANAGRAFICA AZIENDA**CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA**

Denominazione azienda

Aspetti strutturaliTipo di struttura (ASL, AO, Irccs *scelta a tendina*)

Numero di presidi ospedalieri presenti

Numero di UU.OO. assistenziali

numero di posti letto ricovero ordinario

numero di posti letto ricovero diurno

Risorse professionali

numero medici

numero sanitari

numero infermieri

numero tecnici

Volumi

valore produzione

valore degli investimenti

numero ricoveri ordinari > 1 gg

Principali indicatori

peso medio ricoveri medici

peso medio ricoveri chirurgici

Contiene gli elementi fondamentali dell'Azienda sanitaria. In particolare: la denominazione, la tipologia di struttura, alcuni riferimenti strutturali, la dotazione di risorse professionali, i volumi di attività, indicatori della complessità assistenziale e l'elenco delle unità maggiormente critiche in termini

PARAMETRI CRITICI CON RIFERIMENTO AL RISCHIO CLINICO E CLINICAL GOVERNANCE NEI REPARTI CHIAVE

REPARTI CHIAVE	NUMERO DI UNITA'	NUMERO POSTI LETTO	NUMERO DI CASI	PESO MEDIO CASISTICA	LITIGIOSITA'
TERAPIE INTENSIVE					
PRONTO SOCCORSO					
CARDIOCHIRURGIA					
NEUROCHIRURGIA					
ONCOLOGIA					
OSTETRICIA E GINECOLOGIA					
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
ALTRA UO					
ALTRA UO					
ALTRA UO					
ALTRA UO					
ALTRA UO					

SCHEDA ANAGRAFICA PER UNITA' OPERATIVA				
Denominazione				
Aspetti strutturali				
numero di posti letto				
- ricovero ordinario				
- ricovero diurno				
Numero medici				
Intensità assistenziale		alta/media/bassa	scelta a tendina	
Principali indicatori				
- numero di ricoveri ordinari > 1 gg				
- peso medio ricoveri ordinari > 1 gg				
- tasso d'occupazione dei posti letto				
% casi chirurgici				
primi 10 DRG per frequenza				
DRG	descrizione	numero	% su totale	peso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Contiene gli elementi fondamentali dell'unità operativa. In particolare: la denominazione, alcuni indicatori strutturali, alcuni indicatori di attività assistenziale e l'elenco

Schede delle aree dei presupposti strutturali e funzionali [14]**A - GESTIONE RISORSE E SERVIZI****sistema di programmazione e controllo**

AA1	avete implementato un sistema di programmazione e controllo?	si, completamente	si, in parte 4,2552	no 0	
AB1	se sì, l'attribuzione di obiettivi e risorse alle unità operative avviene attraverso un processo negoziale formalizzato?	si 4,2552	no 0		
AC1	il processo di programmazione è supportato da una procedura informatizzata?	si 2,1276	no 0		
AA2	quali sono le tipologie di obiettivi attribuiti alle unità operative? (possibile risposta multipla)	quantitativi di tipo sanitario 2,1276	qualitativi di tipo sanitario 2,1276	economici 2,1276	organizzativi 2,1276
AA3	che tipo di competenze hanno le risorse professionali che lavorano nel Controllo di Gestione?	entrambe 8,5104	amministrative 4,2552	sanitarie 4,2552	
AA4	quali dati sono contenuti nel sistema di reporting?	quantitativi di tipo	qualitativi di tipo sanitario	economici 1,4184	organizzativi 1,4184
AB2	con quale periodicità avviene il reporting e il monitoraggio degli obiettivi?	mensile 4,2552	trimestrale 2,1276	semestrale 1,4184	annuale 1,0638
AB3	effettuate incontri specifici per la valutazione dei risultati	si sempre 4,2552	si a volte 2,1276	no mai 0	
AC2	se sì, con quale periodicità?	mensile 2,1276	trimestrale 1,0638	semestrale 0,7092	annuale 0,5319

risorse professionali

AA5	avete implementato processi di valutazione del personale sanitario?	si, completamente 8,5104	si, in parte 4,2552	no 0	
AB4	se sì, attivate percorsi di miglioramento sulla base delle valutazioni?	si, completamente 4,2552	si, in parte 2,1276	no 0	

servizi ausiliari (esempio lavanderia, mensa, smaltimento rifiuti, ecc...)

AA6	i servizi ausiliari soddisfano le esigenze delle UU.OO. con riferimento a qualità, quantità e tempi	si, completamente 8,5104	si, in parte 4,2552	no 0	
AA7	le performance dei servizi ausiliari sono oggetto di misurazione e valutazione?	si sempre 8,5104	no 0		
AB5	Attivate progetti di miglioramento dei servizi ausiliari sulla base delle valutazioni effettuate?	si sempre 4,2552	si a volte 2,1276	no mai 0	

risorse strumentali e impianti

AA8	è stato definito un programma di manutenzione per le attrezzature sanitarie e per gli impianti?	si, completamente 8,5104	si, in parte 4,2552	no 0	
AB6	le attività di manutenzione avvengono nei modi e nei tempi definiti nei programmi?	si, completamente 4,2552	si, in parte 2,1276	no 0	
AC3	quali sono i sistemi di registrazione che supportano questi processi?	sistema informativo aziendale 2,1276	office automation (excel, access, ...) 1,0638	cartaceo 0,7092	

B - CULTURA DELL'APPRENDIMENTO**formazione delle risorse**

BA1	avete definito un piano della formazione	si 13,3332	no 0	
BB1	se sì, il personale sanitario è coinvolto nell'individuazione delle esigenze formative	si, completamente 6,6666	si, in parte 3,3333	no 0
BB2	se sì, sono stati individuati percorsi formativi diversificati per figura professionale e per livello	si, completamente 6,6666	si, in parte 3,3333	no 0
BB3	se sì, sono definiti per il personale sanitario, a livello di U.O., percorsi di crescita individuali	in tutte le UU.OO 6,6666	in alcune UU.OO. 3,3333	in nessuna UU.OO 0
BA2	sono stati individuati di percorsi di crescita specifici per le risorse chiave (high potential)	si 13,3332	no 0	

capacità di apprendimento

BA3	avete attivato percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e trattamento degli eventi avversi	si 13,3332	no 0	
BA4	implementate attività di miglioramento sulla base di le raccomandazioni desunte dalle indagini nazionali	si 13,3332	no 0	
BA5	attivate percorsi di miglioramento basati sull'analisi degli errori (trasformare gli incidenti in occasioni di miglioramento della qualità e dei servizi)	si, sistematicamente 13,3332	si, in parte 6,6666	no 0
BA6	attivate percorsi di cambiamento basati sull'analisi dei reclami dei pazienti	si, sistematicamente 13,3332	si, in parte 6,6666	no 0

C - RICERCA E SVILUPPO

CA1	Esistono nella struttura unità che svolgono ricerca scientifica?	Si 33,3332	No 0	
CB1	Se sì, i risultati della ricerca, vengono condivisi con i reparti?	Si sempre 16,6666	Si a volte 8,3333	No, mai 0
CB2	Se sì, i risultati della ricerca vengono utilizzati per modificare i protocolli di cura?	Si sempre 16,6666	Si a volte 8,3333	No, mai 0
CB3	Se sì, esistono ricercatori interamente dedicati?	Si 16,6666	No, svolgono anche altre funzioni 0	
CB4	se non è svolta attività di ricerca, sono attivate collaborazioni con altre strutture che effettuano tali attività?	Si sempre 16,6666	Si a volte 8,3333	No, mai 0

D - SISTEMI INFORMATIVI**qualità della cartella clinica**

DA1	Esiste un sistema informatizzato di gestione della cartella clinica?	Si sempre 20	No 0	
DB1	In cartella clinica sono riportati riferimenti legali, letteratura scientifica, ...?	Si sempre 10	Si nella maggior parte dei casi 5	No, mai 0

qualità del registro di sala operatoria

DA2	Esiste un sistema informatizzato di gestione del registro di sala?	Si, omogeneo e condiviso da tutti i reparti 20	Si, utilizzato solo da alcuni 10	No è solo cartaceo 0	
DB2	Nel registro di sala operatoria vengono riportati tutti i dati richiesti (esempio nome del chirurgo, orario inizio e fine intervento, ...)?	Si sempre 10	Si nella maggior parte dei casi 5	Si a volte 3,3333	No, mai 0

qualità del sistema della informazioni sul paziente

DA3	Esiste un sistema informatizzato (database) condiviso di gestione dei dati non sensibili del paziente?	Si 20	No 0	
-----	--	--------------	-------------	--

qualità delle informazioni sulla ricerca

DA4	Esiste un sistema informatizzato di gestione delle informazioni (bibliografia) sulla ricerca scientifica?	Si, aggiornato trimestralmente 20	Si, aggiornato annualmente 10	Non esiste 0
-----	---	--	--------------------------------------	---------------------

Schede delle aree della Clinical Governance**1 - EBM**

La pratica della medicina basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del medico con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente

Unità operativa**Attività mediche**

1A1	Nelle attività di assistenza al paziente, le decisioni del medico integrano la propria esperienza clinica con la migliore evidenza scientifica disponibile?	si sempre 8,3332	si qualche volta 4,1666	si raramente 2,7777	no mai 0
1B1	Se sì, qual è lo strumento utilizzato per questa integrazione?	esclusiva consultazione di banche dati informatizzate nazionali e internazionali (es. Cochrane Library, ecc...) 4,1666	prevalente consultazione di banche dati informatizzate nazionali e internazionali (es. Cochrane Library, ecc...) 2,0833	prevalente consultazione di letteratura scientifica in formato cartaceo 1,3888	esclusiva consultazione di letteratura scientifica in formato cartaceo 1,0416
1B2	Se lo strumento di consultazione è informatico, dove viene consultato?	in un computer palmare al letto del paziente 4,1666	in un computer dislocato nella uo 2,0833	in un computer dislocato all'interno del dipartimento 1,3888	in un computer dislocato in altra parte della struttura 1,0416
1B3	Se lo strumento di consultazione è cartaceo, dove viene consultato?	in una biblioteca all'interno dell'uo 4,1666	in una biblioteca all'interno del dipartimento 2,0833	in una biblioteca all'interno della struttura 1,3888	in una biblioteca all'esterno della struttura 1,0416
1B4	Esistono programmi di formazione sull'EBM per i medici?	si sempre 4,1666	no 0		
1B5	Se sì, da chi sono erogati?	sia esterni sia interni 4,1666	docenti esterni 2,0833	docenti interni 2,0833	
1B6	Se sì, con che frequenza sono erogati?	più volte l'anno (minimo 4) 4,1666	occasionalmente 2,0833	una volta l'anno 1,3888	

attività infermieristiche

1A2	Nelle attività di assistenza al paziente, le decisioni dell'infermiere integrano la propria esperienza professionale con la migliore evidenza scientifica disponibile?	si sempre 8,3332	si qualche volta 4,1666	si raramente 2,7777	no mai 0
1B7	Se sì, qual è lo strumento utilizzato per questa integrazione?	esclusiva consultazione di banche dati informatizzate nazionali e internazionali (es. Cochrane Library, ecc...) 4,1666	prevalente consultazione di banche dati informatizzate nazionali e internazionali (es. Cochrane Library, ecc...) 2,0833	prevalente consultazione di letteratura scientifica in formato cartaceo 1,3888	esclusiva consultazione di letteratura scientifica in formato cartaceo 1,0416
1B8	Se lo strumento di consultazione è informatico, dove viene consultato?	in un computer palmare al letto del paziente 4,1666	in un computer dislocato nella uo 2,0833	in un computer dislocato all'interno del dipartimento 1,3888	in un computer dislocato in altra parte della struttura 1,0416
1B9	Se lo strumento di consultazione è cartaceo, dove viene consultato?	in una biblioteca all'interno dell'uo 4,1666	in una biblioteca all'interno del dipartimento 2,0833	in una biblioteca all'interno della struttura 1,3888	in una biblioteca all'esterno della struttura 1,0416
1B10	Esistono programmi di formazione sull'EBN per gli infermieri?	si sempre 4,1666	no 0		
1B11	Se sì, da chi sono erogati?	sia esterni sia interni 4,1666	docenti esterni 2,0833	docenti interni 2,0833	
1B12	Se sì, con che frequenza sono erogati?	più volte l'anno (minimo 4) 4,1666	occasionalmente 2,0833	una volta l'anno 1,3888	

altre attività professionali sanitarie (fisioterapisti, logopedisti, tecnici della riabilitazione, ortottisti, podologi, ecc...)

1A3	Nelle attività di assistenza al paziente, le decisioni degli operatori sanitari integrano la propria esperienza professionale con la migliore evidenza scientifica disponibile?	si sempre 8,3332	si qualche volta 4,1666	si raramente 2,7777	no mai 0
1B13	Se sì, qual è lo strumento utilizzato per questa integrazione?	esclusiva consultazione di banche dati informatizzate nazionali e internazionali (es. Cochrane Library, ecc...) 4,1666	prevalente consultazione di banche dati informatizzate nazionali e internazionali (es. Cochrane Library, ecc...) 2,0833	prevalente consultazione di letteratura scientifica in formato cartaceo 1,3888	esclusiva consultazione di letteratura scientifica in formato cartaceo 1,0416
1B14	Se lo strumento di consultazione è informatico, dove viene consultato?	in un computer palmare al letto del paziente 4,1666	in un computer dislocato nella uo 2,0833	in un computer dislocato all'interno del dipartimento 1,3888	in un computer dislocato in altra parte della struttura 1,0416
1B15	Se lo strumento di consultazione è cartaceo, dove viene consultato?	in una biblioteca all'interno dell'uo 4,1666	in una biblioteca all'interno del dipartimento 2,0833	in una biblioteca all'interno della struttura 1,3888	in una biblioteca all'esterno della struttura 1,0416
1B16	Esistono programmi di formazione sulle pratiche professionali basate sull'evidenza scientifica per gli operatori sanitari?	si sempre 4,1666	no 0		
1B17	Se sì, da chi sono erogati?	sia esterni sia interni 4,1666	docenti esterni 2,0833	docenti interni 2,0833	
1B18	Se sì, con che frequenza sono erogati?	più volte l'anno (minimo 4) 4,1666	occasionalmente 2,0833	una volta l'anno 1,3888	

2-ACCOUNTABILITY

L'esistenza di sistemi di individuazione univoca dei responsabili degli atti clinici (medici, infermieri ed operatori sanitari)

unità operativa**Attività mediche**

2A1	Gli atti assistenziali praticati sul singolo paziente sono riconducibili al medico responsabile della loro effettuazione?	si sempre 19,0476	si a volte 9,5238	no mai 0
2B1	se sì, con procedura formalizzata (comunicata attraverso disposizioni di servizio) all'interno della UO?	si sempre 9,5238	no 0	
2C1	se con procedura formalizzata, quest'ultima su che supporto?	entrambi 4,7619	informatico 2,3809	cartaceo 2,3809

attività infermieristiche

2A2	Gli atti assistenziali praticati sul singolo paziente sono riconducibili all'infermiere responsabile della loro esecuzione?	si sempre 19,0476	si a volte 9,5238	no mai 0
2B2	se sì, con procedura formalizzata (comunicata attraverso disposizioni di servizio) all'interno della UO?	si sempre 9,5238	no 0	
2C2	se con procedura formalizzata, quest'ultima su che supporto?	entrambi 4,7619	informatico 2,3809	cartaceo 2,3809

altre attività professionali sanitarie (fisioterapisti, logopedisti, tecnici della riabilitazione, ortottisti, podologi, ecc...)

2A3	Gli atti assistenziali praticati sul singolo paziente sono riconducibili all'operatore sanitario responsabile della loro esecuzione?	si sempre 19,0476	si a volte 9,5238	no mai 0
2B3	se sì, con procedura formalizzata (comunicata attraverso disposizioni di servizio) all'interno della UO?	si sempre 9,5238	no 0	
2C3	se con procedura formalizzata, quest'ultima su che supporto?	entrambi 4,7619	informatico 2,3809	cartaceo 2,3809

3-CLINICAL AUDIT

La revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza

unità operativa**organizzazione**

3A1	vengono effettuati clinical audit nella unità operativa?	si sempre 7,8428	si a volte 3,9214	no mai 0	
3B1	se sì, con quale frequenza?	settimanale 3,9214	quindicinale 1,9607	mensile 1,3071	altra periodicità
3B2	esiste una documentazione formale delle valutazioni?	sì 3,9214	no 0		
3C1	se sì, su quale tipo di supporto?	informatizzato 1,9607	cartaceo 0,9803		
3B3	ai clinical audit partecipano:	tutti i medici della uo 3,9214	alcuni medici della uo 1,9607		
3B4	ai clinical audit partecipano:	tutti gli infermieri della uo 3,9214	alcuni infermieri della uo 1,9607		
3B5	ai clinical audit partecipano:	tutti gli operatori sanitari della uo	alcuni degli operatori sanitari della uo		
3C2	ai clinical audit partecipano medici di altre uo:	si sempre 1,9607	si a volte 0,9803	no mai 0	
3C3	ai clinical audit partecipano infermieri di altre uo:	si sempre 1,9607	si a volte 0,9803	no mai 0	
3C4	ai clinical audit partecipano operatori sanitari di altre uo:	si sempre 1,9607	si a volte 0,9803	no mai 0	
Metodologia di audit					
3A2	quale è la metodologia di selezione dei casi da sottoporre a audit (sono possibili fino a due risposte)	selezione sistematica in riferimento a tutta la casistica trattata 7,8428	selezione sistematica in riferimento ai problemi emersi nell'ambito	selezione casuale in riferimento ai problemi emersi nell'ambito dell'attività assistenziale 2,6142	selezione casuale in riferimento a tutta la casistica trattata 1,9607
3A3	la valutazione dei casi è riferita esclusivamente alle attività assistenziali svolte nell'ambito della U.O. o si riferisce all'intero percorso assistenziale	tutto il percorso assistenziale 7,8428	solo attività svolte nell'unità operativa 3,9214		
3A4	quali sono gli elementi della valutazione (sono possibili più risposte)	outcome clinico 1,9607	qualità vita del paziente 1,9607	processo svolto 0,9803	risorse umane utilizzate 0,9803 tecnologie utilizzate 0,9803 tempi di esecuzione 0,9803
3B6	nella valutazione impiegate dei criteri espliciti	si sempre 3,9214	si a volte 1,9607	no mai 0	
3B7	nella valutazione impiegate standard di riferimento	si sempre 3,9214	si a volte 1,9607	no mai 0	
3C5	se sì, sono standard di riferimento esterni o interni alla struttura	entrambi 1,9607	interni 0,9803	esterni 0,9803	
3B8	impiegate strumenti/procedure standard per l'istruttoria dei casi	si sempre 3,9214	si a volte 1,9607	no mai 0	
3A5	effettuate sistematica attività di formazione e training dei partecipanti per il miglioramento delle attività di clinical audit	si sempre 7,8428	no 0		
Risultati					
3A6	la revisione dei casi clinici consente di individuare azioni di miglioramento	si sempre 7,8428	si a volte 3,9214	no mai 0	
3B9	le azioni di miglioramento sono opportunamente pianificate (obiettivi, tempi, risorse, responsabilità)	si sempre 3,9214	si a volte 1,9607	no mai 0	
3B10	le azioni di miglioramento sono effettivamente realizzate	si sempre 3,9214	si a volte 1,9607	no mai 0	
3B11	le azioni di miglioramento sono oggetto di verifica e valutazione	si sempre 3,9214	si a volte 1,9607	no mai 0	

4-MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE CLINICHE

La capacità dell'azienda e delle strutture operative di monitorare sistematicamente i risultati della pratica clinica in termini di efficacia (es. tasso di sopravvivenza dei pazienti in determinate condizioni), appropriatezza (giusta collocazione dell'assistenza nel tempo e nello spazio), efficienza (impiego delle risorse), qualità (es. soddisfazione del paziente) e tempi (es. tempi di chiusura delle cartelle cliniche)

da predisporre con direzione sanitaria

4A1	l'azienda si è dotata di una struttura organizzativa dedicata specificamente alla misurazione delle performance cliniche	si 10,5263	no 0			
4A2	l'azienda si è dotata di risorse professionali specificamente preposte alla misurazione delle performance cliniche	si 10,5263	no 0			
4B1	che tipo di competenze hanno le risorse professionali	entrambe 5,2631	sanitarie	amministrativ		
4A3	l'azienda si è dotata di strumenti e procedure operative specificamente preposte alla misurazione delle	si 10,5263	no 0			
4B2	quali sono le dimensioni della valutazione? (possibile risposta multipla)	efficacia 1,0526	appropriatezza 1,0526	efficienza 1,0526	qualità 1,0526	tempi 1,0526
4B3	impiegate sistemi strutturati per la valutazione delle dimensioni? (efficacia, Vedi appunto per la realizzazione informatica). Per ogni dimensione si deve prevedere una lista: cartaceo, office automation (excel), vengono utilizzati standard/indicatori di riferimento per le attività delle singole unità operative?	MAX. 5,2631				
4A4	se sì, tali standard sono:	si sempre 10,5263	si a volte 5,2631	no mai 0		
4B4	vengono effettuate analisi sistematiche sulla misurazione delle performance?	entrambi 5,2631	interni 2,6315	esterni		
4A5	quale periodicità hanno tali analisi?	si 10,5263	no 0			
4B5	viene effettuata attività formativa specifica sulla misurazione delle performance	mensile 5,2631	trimestrale	semestrale	annuale	
4A6	se sì, da chi viene erogata l'attività formativa?	si 10,5263	no 0			
4B6	se sì, a chi è rivolta l'attività formativa?	sia esterni sia interni 5,2631	docenti esterni 2,6315	docenti interni 2,6315		
4B7		entrambi 5,2631	personale sanitario	personale amministrativ		

5 - VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITA' CLINICHE

L'utilizzo sistematico dei sistemi di misurazione delle performance per attività di miglioramento delle pratiche assistenziali

Azienda e UU.OO.

organizzazione

9A1	l'azienda / u.o. utilizza i risultati delle misurazioni per migliorare la propria attività assistenziale?	si sempre 12,5	si a volte 6,25	no mai 0
9B1	coinvolgete nell'utilizzo sistematico dei sistemi di valutazione delle performance professionalità di elevato livello esterne	si sempre 6,25	si a volte 3,125	no mai 0
9B2	le attività di valutazione coinvolgono il responsabile di struttura o anche i medici	team 6,25	singolo 0	
9B3	la valutazione delle performance è relativa anche al personale infermieristico e tecnico	si 6,25	no 0	

Strumenti e metodologia

9A2	effettuate attività di valutazione delle performance relative a output e efficienza gestionale	si 12,5	no 0	
9A3	effettuate attività di valutazione delle performance relative agli outcome clinici	si 12,5	no 0	
9B4	i dati di valutazione come sono gestiti	sistemi informativi 6,25	office automation 3,125	carta 2,0833

Risultati

9A4	quale periodicità hanno le analisi effettuate	trimestre	semestre	anno 4,1666
9A5	le attività di valutazione innescano efficaci processi di	sempre 12,5	a volte 6,25	mai 0
9A6\	le performance misurate sono oggetto di specifiche attività di valutazione	sempre 12,5	a volte 6,25	mai 0

6 - HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Strumento di valutazione multidisciplinare focalizzato sugli effetti dell'uso delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, apparecchiature, ecc...) tenendo in considerazione in maniera integrata le dimensioni tecniche, economiche, sociali, etiche, legali e culturali delle tecnologie da impiegare.

azienda

5A1	azienda si è dotata di una struttura organizzativa dedicata specificamente alla valutazione delle tecnologie sanitarie	si 6,7796	no 0				
5A2	l'azienda si è dotata di risorse professionali specificamente preposte alla valutazione delle tecnologie sanitarie	si 6,7796	no 0				
5A3	che tipo di competenze hanno le risorse professionali dedicate (possibile risposta multipla)	amministrative 2,2598	tecniche 2,2598	sanitarie 2,2598			
5A4	l'azienda si è dotata di strumenti e procedure operative specificamente preposte alla valutazione delle tecnologie sanitarie	si 6,7796	no 0				
5B1	quali sono le dimensioni della valutazione? (possibile risposta multipla)	tecnica 0,5649	economica 0,5649	etica 0,5649	legale 0,5649	culturale 0,5649	sociale 0,5649
5B2	impiegate sistemi strutturati per la valutazione delle dimensioni? (tecnica, Vedi appunto per la realizzazione informatica). Per ogni dimensione si deve prevedere una lista: cartaceo, office automation (excel), sistema informativo ospedaliero	MAX. 3,3898					
5A5	vengono utilizzati standard/indicatori di riferimento per le attività delle singole unità operative?	si sempre 6,7796	si a volte 3,3898	no mai 0			
5B3	se sì, tali standard sono:	entrambi 3,3898	esterni 1,6949	interni 1,6949			
5C1	effettuate valutazioni di HTA su farmaci?	si 1,6949	no 0				
5C2	effettuate valutazioni di HTA su presidi (medical device)	si 1,6949	no 0				
5C3	effettuate valutazioni di HTA su procedure e interventi	si 1,6949	no 0				
5C4	effettuate valutazioni di HTA su strumenti e apparecchiature	si 1,6949	no 0				
5A6	viene effettuata attività formativa specifica sull'HTA?	si 6,7796	no 0				
5A7	se sì, da chi viene erogata l'attività formativa?	sia esterni sia interni 6,7796	docenti esterni 3,3898	docenti interni 3,3898			
5B4	se sì, a chi è rivolta l'attività formativa? (possibile risposta multipla)	personale amministrativo 1,1299	personale sanitario 1,1299	personale tecnico 1,1299			
5B5	effettuate attività di valutazione delle tecnologie facendo riferimento ai risultati prodotti dalle agenzie di HTA	si 3,3898	no 0				
5C5	se sì, quali? (possibile risposta multipla)	agenzie internazionali 1,6949	agenzia nazionale 0,8474	agenzia regionale 0,5649			
5A8	produrrete dei report sistematici di HTA?	si 6,7796	no 0				
5A9	i risultati prodotti aiutano a supportare la scelta nella migliore utilizzazione delle tecnologie?	sempre 6,7796	in parte 3,3898	per niente 0			
5A10	le relazioni prodotte producono effetti sulle decisioni di politica sanitaria aziendale?	sempre 6,7796	in parte 3,3898	per niente 0			
5A11	le unità operative adottano i risultati derivanti da valutazioni di	sempre 6,7796	a volte 3,3898	mai 0			

7 - QUALITA'

Le esperienze di gestione formalizzata della qualità, il grado di diffusione ed utilizzazione dei manuali di qualità, la diffusione di procedure per il miglioramento continuo della qualità.

Azienda

certificazione

6A1	disponete di un sistema di qualità aziendale	si 7,8428	no 0
6B1	se sì, è certificato da un Ente di certificazione ex UNI EN 9001:2000	si 3,9214	no 1,9607
6C1	il sistema è certificato da un organismo internazionale specializzato per le aziende sanitarie	si 1,9607	no 0

livello di implementazione/attuazione di un sistema di qualità aziendale certificato

6A2	qual è il livello di estensione del campo di applicazione?	tutte le attività aziendali 7,8428	alcuni settori specifici 3,9214		
6A3	quale frequenza hanno le verifiche ispettive dell'Ente certificatore	semestrale 7,8428	annuale 3,9214		
6A4	quale frequenza hanno le verifiche ispettive interne	mensile/bimestrale 7,8428	trimestrale 3,9214	semestrale 2,6142	annuale 1,9607
6A5	la formazione del personale in ingresso avviene anche sulle procedure ed il sistema di qualità?	si 7,8428	no 0		
6A6	il piano di formazione aziendale prevede l'aggiornamento del personale operativo in merito al sistema di qualità?	si 7,8428	no 0		

livello di implementazione/attuazione di un sistema di qualità aziendale non certificato

6A7	è stato adottato un documento di organizzazione aziendale e una descrizione delle attività per qualifica professionale?	si 7,8428	no 0		
6A8	i processi aziendali sono stati definiti e formalizzati?	si totalmente 7,8428	si in parte 3,9214	no 0	
6A9	l'efficacia dei processi aziendali è monitorata attraverso un sistema di indicatori?	si 7,8428	no 0		
6A10	con quale frequenza sono verificate le modalità di attuazione effettiva dei processi aziendali?	mensile/bimestrale 7,8428	trimestrale 3,9214	semestrale 2,6142	annuale 1,9607
6A11	la formazione del personale in ingresso avviene anche sulle procedure ed il sistema di qualità?	si 7,8428	no 0		
6A12	il piano di formazione aziendale prevede l'aggiornamento del personale operativo in merito sistema di qualità?	si 7,8428	no 0		

8 - RISK MANAGEMENT

Le tecniche e i metodi per la gestione del rischio, l'esistenza di coperture assicurative, l'analisi della sinistrosità pregressa, l'individuazione del rischio, le modalità di responsabilizzazione dei medici e degli operatori sanitari.

Azienda / U.O.

Mappatura dei rischi - azienda

7A1	L'azienda ha operato una mappatura dei rischi esistenti nelle	si 14,2856	no 0		
7B1	se sì, la mappatura è stata comunicata ai responsabili delle U	si 7,1428	no 0		
7A2	esiste un sistema di rilevazione aziendale degli errori nei processi	si 14,2856	no 0		
7B2	se sì, quale è il livello di segnalazione degli errori da parte del personale sanitario?	alto 7,1428	medio 3,5714	basso 2,3809	assente 0
7A3	avete definito procedure specifiche per la classificazione e la riduzione degli errori?	si 14,2856	no 0		
7A4	i risultati delle rilevazioni vengono utilizzati per la riduzione degli errori?	si sempre 14,2856	si a volte 7,1428	no mai 0	
7A5	effettuate attività di analisi per collegare fra loro le lamentele dei pazienti, gli incidenti, le denunce e gli indicatori clinici?	si 14,2856	no 0		
7A6	avete attivato percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e alla riduzione degli errori?	si 14,2856	no 0		

Mappatura dei rischi - unità operativa

7A1	L'unità operativa ha operato una mappatura dei rischi esistenti	si 16,6666	no 0		
7B1	se sì, la mappatura è stata comunicata agli operatori dell'unità	si 8,3333	no 0		
7B2	quale è il livello di segnalazione degli errori da parte del personale dell'uo?	alto 8,333	medio 4,1666	basso 2,7777	assente 0
7A2	avete definito procedure specifiche per la classificazione e la riduzione degli errori?	si 16,6666	no 0		
7A3	i risultati delle rilevazioni vengono utilizzati per la riduzione degli errori?	si sempre 16,6666	si a volte 8,3333	no mai 0	
7A4	effettuate attività di analisi per collegare fra loro le lamentele dei pazienti, gli incidenti, le denunce e gli indicatori clinici?	si 16,6666	no 0		
7A5	avete attivato percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e alla riduzione degli errori?	si 16,6666	no 0		

9 - Informazione, partecipazione cittadino/paziente

I percorsi e le modalità di confronto e dialogo, costanti e strutturati per la condivisione con il paziente/cittadino delle decisioni cliniche assunte nell'ambito delle strutture operative assistenziali .

unità operativa

Attività assistenziali

8A1	Il paziente al momento della proposta di prestazione assistenziale riceve informazioni sulle procedure cui	si sempre 8	si a volte 4	no mai 0
8B1	se sì, le informazioni vengono accompagnate da un supporto cartaceo?	si 4	no 0	
8A2	la U.O prevede un operatore di riferimento o case manager che si relaziona con il paziente?	si 8	no 0	
8A3	al momento della dimissione, il paziente viene informato dettagliatamente delle sue condizioni di salute?	si sempre 8	si a volte 4	no mai 0
8B2	se sì, come viene trasmessa questa informazione?	con la lettera di dimissione 4	con comunicazione verbale 2	
8A4	esiste una procedura di gestione del rapporto con i familiari del paziente?	si 8	no 0	
8B3	se sì, questa procedura è formalizzata?	si sempre 4	si a volte 2	no mai 0
8A5	al momento della dimissione il paziente / i familiari vengono informati dell'iter post ricovero e degli eventuali	si sempre 8	si a volte 4	no mai 0
8B4	se sì, viene fornito al paziente/familiare un opuscolo	si sempre 4	si a volte 2	no mai 0
8A6	la comunicazione ai pazienti stranieri segue una procedura formalizzata?	si sempre 8	si a volte 4	no mai 0
8A7	prima della procedura assistenziale, al paziente vengono fornite informazioni sulla organizzazione delle attività della struttura (esempio: orari, visite, assistenza	si sempre 8	si a volte 4	no mai 0
8B5	se sì, con procedura formalizzata?	si sempre 4	si a volte 2	no mai 0
8C1	se con procedura formalizzata, la comunicazione è supportata da eventuali opuscoli?	si 2	no 0	
8A8	il personale assistenziale fornisce al paziente il questionario per la valutazione della soddisfazione?	si 8	no 0	
8A9	sono state attivate procedure per la rilevazione dei reclami dei pazienti?	si 8	no 0	
8B6	se sì, i reclami vengono analizzati?	si sempre 4	si a volte 2	no mai 0
8C2	se sì, i risultati delle analisi vengono utilizzati per il miglioramento della qualità assistenziale?	si sempre 2	si a volte 1	no mai 0

2.4 La metodologia di valutazione sviluppata

La metodologia, in estrema sintesi, individua i diversi strumenti della Clinical Governance, li sottopone ad un processo valutativo nell'ambito di un'azienda sanitaria, e ne identifica il grado di adeguatezza per la gestione del rischio clinico.

Lo strumento è rivolto prioritariamente agli operatori attivi direttamente nelle aziende sanitarie, sia a coloro che svolgono funzioni gestionali (Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo delle aziende e dirigenti sanitari) sia a tutti coloro che abbiano un ruolo di assistenza al paziente nell'ambito del processo clinico.

A tali destinatari fornisce:

- una indicazione delle aree da analizzare;
- una indicazione dettagliata di tutti gli elementi da analizzare per ogni area;
- una “pesatura” delle aree rispetto al governo clinico, cioè una valutazione del peso che assumono le varie aree nel determinare il rischio clinico;
- un “punteggio” relativo ai vari elementi, e quindi una indicazione comparativa del grado di criticità, all'interno della specifica Unità Operativa (U.O.) rispetto a tale elemento;
- un “punteggio” complessivo di struttura/azienda, per effettuare confronti rispetto ad un insieme di aziende / soggetti comparabili in termini di congruenza di prestazioni erogate, area di competenza clinica, di dotazioni infrastrutturali e di finalità rispetto al sistema.

In secondo luogo la metodologia per la valutazione del governo dell'azione clinica sul paziente, è rivolta a tutte le altre strutture che operano nel sistema sanitario come ad esempio: enti finanziatori (Ministero, Regioni) e regolatori (Agenzie, organi tecnici), comunità scientifica, fornitori delle aziende con riferimento agli specifici interessi.

A tali destinatari fornisce:

- uno strumento di analisi del posizionamento delle aziende rispetto al governo clinico;
- indicatori di raffronto ed analisi su temi specifici.

La metodologia si compone di due fasi principali:

1. una prima fase di audit aziendali, che sono svolti utilizzando un questionario di rilevazione, nel seguito descritto (Clinical Governance Scorecard); questa fase, che fornisce già un primo risultato attraverso l'individuazione degli elementi di attenzione rispetto al governo clinico, termina concordando con la Direzione aziendale un piano di progetti operativi di miglioramento;
2. una seconda fase di accompagnamento allo svolgimento del piano operativo di miglioramento e di affiancamento per il trasferimento della metodologia al personale della struttura ospedaliera opportunamente selezionato e formato. Tale accorgimento consentirebbe alla struttura di replicare (dopo circ 1-1,5 anni) l'applicazione della metodologia di modo da verificare gli eventuali miglioramenti conseguiti a seguito dell'applicazione del piano degli interventi di miglioramneto.

Il presente documento descrive gli elementi a supporto dello svolgimento della prima fase: la seconda fase dovrebbe essere pianificata, successivamente e caso per caso, in funzione delle esigenze specifiche della struttura sanitaria.

La Clinical Governance Scorecard Methodology è basata sui seguenti passi:

- analizzare tutti gli elementi (presupposti strutturali e funzionali della Clinical Governance e aree della Clinical Governance) sulla base di un approccio strutturato e sistematico (basato su un questionario di 180 domande base) e su un sistema di ponderazione di supporto durante lo svolgimento delle attività,
- valutare questi elementi con un punteggio globale (valore massimo=100), formato dai punteggi parziali opportunamente considerati e ponderati,
- fornire al management della struttura analizzata suggerimenti ed indicazioni finalizzate ad avviare azioni concrete di miglioramento degli aspetti risultati più critici,
- monitorare il miglioramento della qualità del servizio, eventualmente proponendo un sistema di riduzione del premio assicurativo, secondo un meccanismo che lo colleghi al raggiungimento di determinati risultati,
- identificare le aree di rischio (eventualmente utile anche per definire il rischio assicurativo)
- costituire una base dati aggiornata sistematicamente con le risultanze delle analisi condotte sulle strutture sanitarie. Ciò allo scopo di effettuare eventuali elaborazioni ed approfondimenti comparati.

L'intervento iniziale, nel quale si utilizza la Clinical Governance Scorecard Methodology, viene svolto secondo le seguenti modalità:

1. si individuano le aree aziendali oggetto dell'indagine (direzione, staff della direzione e Unità Operative Ospedaliere). Le Direzioni Generale, Amministrativa e Sanitaria sono coinvolte nella attività di valutazione,
2. si costituiscono team misti formati da esperti medici, analisti gestionali, già formati all'utilizzo della metodologia,
3. i team di lavoro acquisiscono, tramite interviste ai responsabili delle UU.OO. un set di informazioni predefinite, impiegando le schede di rilevazione. Effettuano inoltre, riscontri documentali oggettivi,
4. Successivamente si svolgono le attività di rielaborazione delle informazioni e di produzione di sintesi delle valutazioni,
5. il risultato dell'attività è compendiato nei seguenti strumenti di analisi:
 - a. scorecard di valutazione del livello di maturità della Clinical Governance,
 - b. piano degli interventi per il miglioramento,

Gli elementi analizzati sono articolati nelle 13 aree e relative schede di analisi riportate nel dettaglio nel capitolo precedente: 4 aree di presupposti strutturali e funzionali e 9 aree della Clinical Governance, tali elementi di analisi possono essere indistintamente indagati attraverso la metodologia, nelle seguenti tipologie di strutture ospedaliere.

- AZIENDA UNIVERSITARIA/POLICLINICI UNIVERSITARI: Organizzazione aziendalizzata, di assistenza terziaria a carattere nazionale o sovranazionale, impegnata nell'assistenza sanitaria terziaria associata alla didattica ed alla ricerca.
- AZIENDA OSPEDALIERA PUBBLICA: Organizzazione aziendalizzata di assistenza sanitaria secondaria e/o terziaria di rilievo regionale o nazionale.

- ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO: Organizzazione aziendalizzata, di assistenza secondaria e/o terziaria a carattere nazionale o sovranazionale, impegnato nell'assistenza sanitaria di eccellenza con finalità per la ricerca nel campo biomedico e nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.
- PRESIDIO OSPEDALIERO DI ASL: Organizzazione sanitaria ospedaliera con livello di complessità assistenziale medio-basso.
- ISTITUTO/OSPEDALE CLASSIFICATO: Ospedali religiosi che, all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, sono stati equiparati a quelli pubblici.

2.5 Il software di supporto

Al fine della elaborazione dei punteggi su base 100 per una valutazione di sintesi del livello di implementazione delle singole aree di indagine, è stato progettato e realizzato un sistema applicativo basato su fogli excel per le interfacce di raccolta delle informazioni e per l'elaborazione dei punteggi (score), e su Access per quanto riguarda l'archiviazione dei dati e la gestione ed elaborazione delle informazioni raccolte.

Tale pacchetto applicativo è destinato agli esperti compilatori che svolgeranno gli audit nelle strutture sanitarie, ed ha la funzione di strumento di supporto nella raccolta delle informazioni, nel calcolo dei punteggi, e nelle elaborazioni per confronti fra strutture (benchmark).

Tutte le domande sono domande “chiuse”, nel senso che prevedono una griglia limitata e definita di risposte.

Il pacchetto applicativo è strutturato a tre livelli:

1. un primo livello di gestione dell'interfaccia impiegata dell'esperto compilatore, finalizzato alla registrazione elettronica delle risposte alle domande;
2. un secondo livello di elaborazione, basato sul punteggio attribuito, che ha la finalità di determinare il punteggio di area, di U.O., di struttura;
3. un terzo livello di elaborazione, sulle basi dati, per effettuare confronti, elaborare statistiche ed indicatori, preparare grafici.

Le interfacce con il compilatore sono identiche al questionario, affinché l'esperto intervistatore possa decidere se compilare direttamente il questionario dal computer portatile o farlo successivamente.

Le singole domande (dato elementare) sono classificate con un sistema di codici tale da individuare in modo univoco la singola domanda. Fra le domande ci sono delle gerarchie, nel senso che esistono alcune domande base, da cui derivano altre domande. Le gerarchie influenzano il sistema di punteggi, nel senso che le domande “madre” hanno un peso maggiore delle domande “figlio” (es. domanda madre: “l'azienda ha

operato una mappatura dei rischi esistenti nelle unità operative?”; es. di domanda figlio: “se sì, la mappatura è stata comunicata ai responsabili delle unità operative”)

La base-dati è strutturata su quattro anagrafiche, a tre livelli gerarchici:

1. le “foglie elementari” sono costituite dalle singole domande;
2. le domande sono aggregate per area di rilevazione e per U.O., tenendo presente che ogni area può essere riferita a più UU.OO.;
3. il primo livello gerarchico è quello della struttura, che aggrega tutte le domande di tutte le aree di tutte le UU.OO.

3. La sperimentazione della metodologia realizzata

3.1 Caratteristiche generali della fase sperimentale

La metodologia è stata sperimentata a partire dall'ultimo trimestre 2007 fino al mese di Agosto 2008 in Regione Piemonte che si è mostrata interessata alla metodologia attraverso la sua Agenzia dei servizi sanitari regionali (ARESS) che ha coordinato e promosso il progetto sperimentale in 8 strutture ospedaliere.

Gli obiettivi dell'intervento presso la realtà delle aziende sanitarie della Regione Piemonte, sono stati i seguenti:

- rilevare su un campione significativo di strutture ospedaliere della regione, l'attuale situazione in termini di adozione di strumenti di Clinical Governance come presupposto per una migliore gestione delle prestazioni erogate in ambito delle realtà sanitarie regionali;
- utilizzare la metodologia di valutazione sviluppata come uno strumento per assegnare un "punteggio" specifico ad un campione selezionato di aziende/presidi della Regione e di elaborare piani di intervento volti all'adozione degli strumenti di Clinical Governance secondo priorità da stabilire in base alla singola realtà esaminata ed agli obiettivi stabiliti dalla Direzione Sanitaria in coerenza con le indicazioni fornite da A.Re.S.S.;
- valutare le modalità operative di estensione dell'applicazione della metodologia alle diverse categorie di strutture operative su tutto il territorio regionale;
- verificare la possibilità di adottare la metodologia come strumento disponibile per l'A.Re.S.S. ai fini della valutazione continua dei miglioramenti, in termini di Clinical Governance, conseguiti dalle diverse realtà sanitarie della Regione.

Lo sviluppo delle attività progettuali prevede l'individuazione, in collaborazione con A.Re.S.S., di 8 strutture ospedaliere, rappresentative della realtà regionale, sulle quali effettuare le prime valutazioni sul livello di implementazione degli strumenti della clinical governance.

Al fine di effettuare le valutazioni relative al progetto, il coinvolgimento delle strutture ospedaliere è stato guidato verso quelle rappresentative delle seguenti variabili:

- scala territoriale differente: area metropolitana, provinciale e territoriale,
- scala dimensionale differente: con riferimento al numero di posti letto e di specializzazioni presenti (numero di unità operative),
- complessità della casistica trattata : differenziata con riferimento ad alta, media e bassa complessità,
- tipologia di struttura sanitaria: Policlinico Universitario, IRCCS, Azienda Ospedaliera, presidio ospedaliero di ASL.

In termini di requisiti dimensionali (numero di posti letto e di unità operative) si è ritenuto opportuno che la distribuzione delle aziende avesse le seguenti caratteristiche:

- ☐ 2 strutture di grandi dimensioni - più di 500 posti letto e circa 30 unità operative,
- ☐ 3 strutture di medie dimensioni - da 300 a 500 posti letto e con circa 25 unità operative,
- ☐ 3 strutture di piccole dimensioni – da 150 a 300 posti letto e con meno di 20 unità operative.

L'attività di selezione delle strutture ospedaliere è stata realizzata ad avvio di progetto in base ad una condivisione dei criteri di individuazione con i referenti di A.Re.S.S.

Le attività di progetto sono state sviluppate con il coordinamento e la supervisione di un Comitato Guida di progetto composto da:

- ☐ un gruppo di esperti nominati da A.Re.S.S.,
- ☐ Responsabile scientifico del gruppo di progetto:
- ☐ Responsabile del gruppo di lavoro

Il Comitato Guida di progetto si è occupato di valutazioni costanti sull'andamento delle attività, sui risultati conseguiti e sulle eventuali necessità di modifica e di aggiustamento degli interventi sul territorio.

Le attività sul campo sono state programmate e seguite nella loro realizzazione da un Gruppo di Coordinamento delle attività operative di progetto.

Questo ha previsto l'intervento di due figure: un project leader dell'intervento, esperto in consulenza direzionale rivolta alle aziende sanitarie e un referente operativo di A.Re.S.S. indicato da quest'ultima. Il referente A.Re.S.S. ha svolto anche le funzioni di raccordo tra i gli esperti autori e implementatori della metodologia e le strutture ospedaliere selezionate.

I Gruppi di lavoro operativi, rispondenti al Gruppo di coordinamento delle attività operative di progetto sono formati dalle seguenti professionalità :

- quattro gruppi di rilevatori – costituiti ognuno da una coppia di esperti sull'impiego della metodologia con competenze sia medico organizzative (medico specialista in igiene e medicina preventiva) sia gestionali (consulente di organizzazione aziendale con particolare specializzazione in Sanità);
- due gruppi di analisi ed elaborazioni – costituito da due medici specialisti e da due consulenti organizzativi, integrato da un esperto nella elaborazione e gestione dei dati acquisiti (ingegnere informatico). Compito di questo gruppo è stata l'elaborazione dei risultati e la prima definizione di un quadro di raccomandazioni derivanti dal progetto.

In figura 2 viene riportato lo schema di organizzazione dei gruppi di lavoro impegnati nel progetto sperimentale.



Figura 2 - Organizzazione dei gruppi di lavoro impegnati nel “progetto sperimentale”

La sperimentazione nelle strutture ospedaliere selezionate ha prodotto complessivamente 362 rilevazioni e relative elaborazioni. In figura 3 sono sintetizzate le strutture e i relativi dati complessivi di progetto.

Figura 3.

	Funzioni aziendali coinvolte	Dipartimenti coinvolti	UUOO coinvolte	Totale Interviste/Sessioni di rilevazione realizzate
Presidio di Ciriè	7	4	20	27
Presidio di Ivrea	8	7	34	42
AOU San Luigi – Orbassano	9	4	33	42
AOU San Giovanni Battista	12	14	74	86
Presidio di ASTI	9	6	30	39
Presidio di Biella	7	5	30	37
Presidio di Chivasso	6	5	18	24
Azienda Ospedaliera Novara	6	16	59	65
Totale	64	61	298	362

Per ciascuna delle 8 strutture ospedaliere è stato prodotto un documento integrale dei risultati delle rilevazioni e delle elaborazioni grafiche, e un documento di sintesi caratterizzato da ulteriori confronti: entrambe contenenti il piano degli interventi di miglioramento relativo alla struttura.

Nel paragrafo successivo un esempio di report realizzato presso una delle 8 strutture ospedaliere.

3.2 Esempio di report presso una struttura ospedaliera

REPORT INTEGRALE

Il report integrale è il prodotto finale dell'applicazione metodologica. Di seguito viene descritto un report di una delle 8 strutture che mostra le possibili analisi che la metodologia consente con il contributo dei professionisti rilevatori ed il livello di dettaglio possibile per l'analisi.

1. La struttura ospedaliera

La struttura ospedaliera.. posizionata nella area sud-ovest dell'interland torinese, si caratterizza per attività medico-chirurgiche e relativi professionisti di rilievo che fungono da poli attrattivi nel panorama sanitario piemontese e nazionale. L'azienda si presenta in evoluzione dal punto di vista strutturale ed organizzativo/dipartimentale; l'iniziale vocazione al trattamento delle patologie polmonari è stata, nel corso degli anni, oggetto di profonde trasformazioni evolutive che hanno condotto il "San Luigi" ad un presente ed un futuro fortemente caratterizzati da un'offerta di interventi sanitari polispecialistici ad alto contenuto qualitativo. Tale sviluppo è stato catalizzato dalla collaborazione tra Azienda Sanitaria ed Università, che ha portato, oltre all'istituzione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, del Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e di alcune Scuole di Specializzazione post-laurea, all'incremento delle interazioni tra Università e Ospedale consentendo di raggiungere elevati livelli di sviluppo attraverso l'integrazione tra ricerca scientifica, assistenza sanitaria e formazione.

Tale integrazione ha inoltre favorito la predisposizione dell'azienda ad ospitare importanti centri di riferimento regionali per la ricerca e l'assistenza su particolari patologie: Sclerosi Multipla, Talassemie e Fibrosi Cistica.

Un'ingente mole di attività è svolta dal DEA (è imminente la realizzazione del nuovo DEA di 2° livello) che serve, oltre all'area sud-occidentale di Torino, anche importanti centri limitrofi come Rivoli, Rivalta, Orbassano.

La collaborazione con la facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Torino ha comportato inoltre una suddivisione delle modalità gestionali delle strutture assistenziali che ad oggi si presentano prevalentemente a Direzione Universitaria. Diverse UU.OO. hanno in corso cambiamenti in termini strutturali e di personale dovuto al recente subentro dei rispettivi nuovi responsabili che, insieme alla direzione aziendale, sono impegnati nello sviluppo delle UU.OO.

.2

Principali dati relativi alla struttura ospedaliera

	Medicina	
	Chirurgia	
	Psichiatria	
	Tecnologie Pesanti	
	Patologia Clinica	
Dipartimenti		

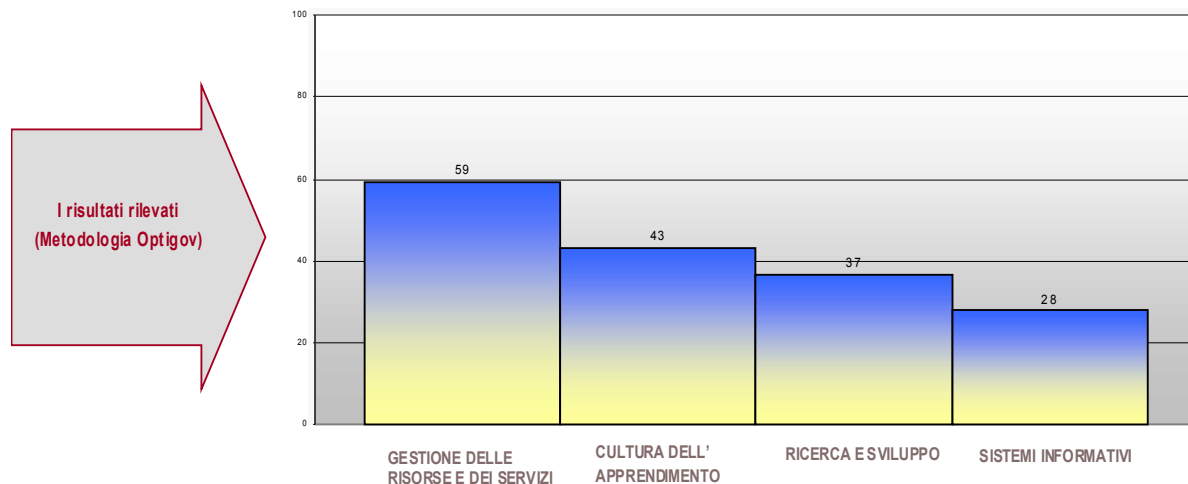
Num UU.OO.	30
Posti letto ordinari	319
Posti letto diurni	76
Numero ricoveri (ord>1g)	10039

Peso medio ricoveri medici	0,9677
Peso medio ricoveri chirurgici	1,8464

Volumi	
Valore della produzione	87.300.000
Valore degli investimenti	79.948.720

Numero di Risorse	
Medici	293
Infermieri	574
Altro personale sanitario	19
Amministrativi e Tecnici	104

Rilevazioni a livello Azienda – Presupposti strutturali e funzionali



Secondo i criteri ottimali in termini di supporto al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, si riscontra la necessità di intervenire in chiave di miglioramento sugli altri presupposti strutturali e funzionali con una diversa profondità degli interventi.

Il fattore dei presupposti di supporto alla Ricerca e Sviluppo risulta positivo soprattutto in termini di propensione a un suo rafforzamento.

Le aree prioritarie di intervento sono:

quella dei sistemi informativi, ove peraltro gli interventi di sviluppo già programmati, costituiscono una importante opportunità di miglioramento;

quella della gestione di risorse e servizi in termini di estensione delle dimensioni misurate e di perfezionamento delle misurazioni stesse.

GESTIONE DELLE RISORSE E DEI SERVIZI

Il sistema di pianificazione e controllo è in fase di sviluppo; fino al 2007 copriva sostanzialmente le dimensioni quantitative ed economiche, entro il 2008 dovrebbe garantire il controllo anche sulle dimensioni qualitative ed organizzative.

Il processo organizzativo di determinazione degli obiettivi prevede una formalizzazione negoziale ed è solo parzialmente informatizzato (utilizzo supporto Excel).

L'attività di consuntivazione risente delle caratteristiche del sistema informativo aziendale, caratterizzato da una elevata verticalizzazione (ovvero da singoli software dedicati per ciascuna area tra di essi non interattivi) e con aree ancora "fuori perimetro" e quindi fortemente manuali (es. laboratorio di analisi, emoderivati).

Il sistema di reporting ha periodicità trimestrale ed innesca a volte anche incontri di valutazione dei risultati, effettuati però con periodicità semestrale; non è comunque esteso a tutte le tipologie di UUOO.

Per la reportistica viene utilizzato uno strumento (Clickview) potenzialmente in grado di supportare in modo efficiente e tempestivo le analisi dei dati.

Le competenze delle risorse a presidio della programmazione e controllo sono di tipo amministrativo.

La valutazione delle risorse avviene in particolare in relazione alle scadenze contrattuali (collegio tecnico).

I servizi ausiliari sono parzialmente in outsourcing (mensa interna); per quelli esternalizzati, sono utilizzati sistemi di valutazione delle prestazioni e possono essere definiti con il fornitore interventi correttivi.

In chiave di miglioramento occorrerà quindi lavorare prioritariamente su:

- ❖ estensione della copertura del sistema di contabilità analitica e dell'utilizzo di Clickview per la reportistica a tutte le dimensioni;
- ❖ monitoraggio con il reporting di tutti gli obiettivi definiti e in tutte le tipologie di UUOO;
- ❖ sistematicità degli incontri di valutazione degli obiettivi ed aumento della frequenza (passaggio da semestrale a trimestrale);
- ❖ estensione ai servizi ausiliari interni della valutazione di performance in chiave di miglioramento.

CULTURA DELL'APPRENDIMENTO

La programmazione della formazione è realizzata con un coinvolgimento dei diversi attori organizzativi; si segnala però un ruolo dei Dipartimenti a carattere decentrato.

Il processo per la realizzazione delle attività formative è strutturato e suddiviso per figure professionali anche se caratterizzato dall'assenza di percorsi individuali o per high potential.

Non sono attivati circuiti di apprendimento basati su benchmarking né risulta presente un "fall out" di indagini nazionali; sono stati però attivati percorsi di cambiamento basati sull'analisi dei reclami come ad es. la modifica del percorso di accesso alla prestazione diagnostica a seguito del reclamo di una paziente.

In chiave di sviluppo:

- ❖ coinvolgere i Dipartimenti nello sviluppo del piano formativo (da tenere presente in questa chiave che il tema del ruolo dei Dipartimenti rimanda a interventi organizzativi più generali per rafforzare il peso dipartimentale);
- ❖ attivare sistematicamente la revisione di indagini prodotte da enti esterni per l'utilizzo delle raccomandazioni in esse contenute;
- ❖ inizializzare la messa in rete con realtà esterne, in particolare in chiave di benchmarking.

RICERCA E SVILUPPO

Sono attivi nella struttura diversi progetti di ricerca finalizzati, tutti censiti e coordinati dalla Direzione Sanitaria.

Il Comitato Etico riveste un ruolo interaziendale sulle sperimentazioni con una significativa operatività su diversi dossier di ricerca a livello regionale; l'intensità delle attività di Comitato favorisce una particolare attitudine nel gestire le diverse informazioni inerenti i protocolli di sperimentazione clinica e farmacologica, delle relative opportunità di finanziamento e nel mantenere rapporti con gli Enti istituzionali locali (Università, Azienda Ospedaliero – Universitaria, Azienda USL), nazionali (Ministero della Salute, Comitato Nazionale di Bioetica, Organi amministrativo-legislativi regionali ed extraregionali) e con altri Comitati Etici.

Sono presenti ricercatori interamente dedicati, anche con contratti di collaborazione e borse di studio, e sono a volte attivate anche collaborazioni con strutture esterne (Politecnico di Milano e di Torino, AOU San Giovanni Battista di Torino, Aziende farmaceutiche per sperimentazioni farmacologiche).

In chiave di sviluppo:

- ❖ diffondere nelle strutture assistenziali i risultati delle ricerche;
- ❖ implementare un sistema per facilitare la trasferibilità dei risultati delle ricerche alle UU.OO. per interventi di miglioramento sui processi clinici.

SISTEMI INFORMATIVI

Il sistema informativo copre oggi solo in parte le funzioni di governo clinico ed è basato su di un'architettura verticale caratterizzato cioè da singoli software dedicati per ciascuna area applicativa (farmacia, diagnostica, sala operatoria ecc.) che può rendere difficoltosa l'integrazione tra i diversi moduli.

La cartella clinica non è oggi informatizzata, esistono infatti solo delle applicazioni locali sviluppate presso alcune UU.OO. che però coprono solo alcuni aspetti informativi.

La Farmacia è parzialmente coperta, è assente infatti la parte di somministrazione; anche i processi di Emergenza/Accettazione (non esiste integrazione informatica tra le due) e di Diagnostica (ad esclusione della radiologia) non risultano completamente supportati da sistemi informativi transazionali.

La Sala operatoria è invece supportata da un sistema informatizzato di registrazione degli interventi con produzione del registro di sala.

La verticalità caratteristica del sistema informativo aziendale non rende possibile la condivisione delle informazioni sul paziente;

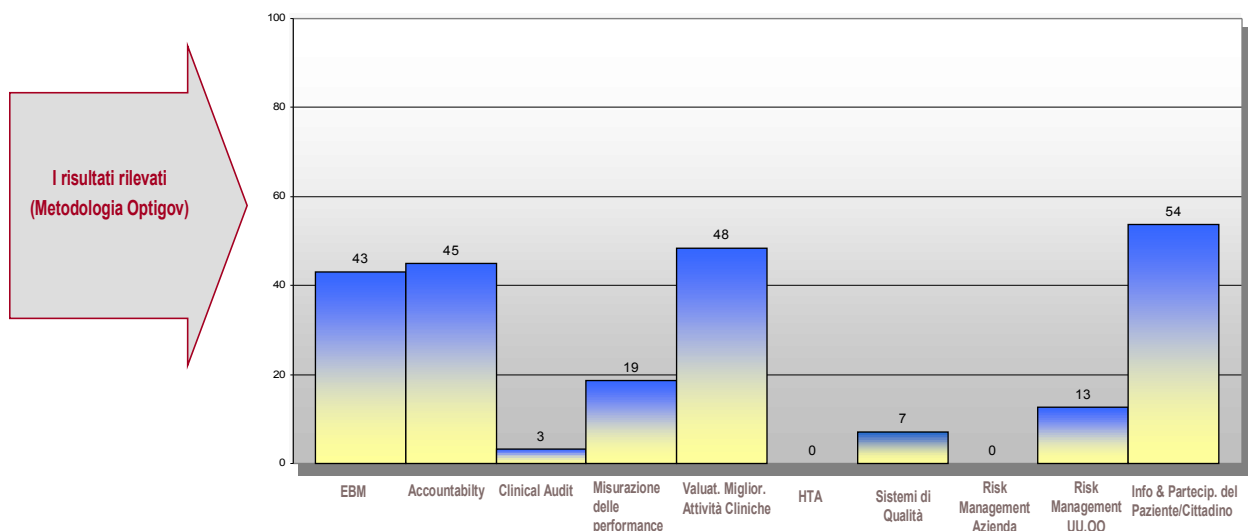
per la ricerca l'accesso alle banche dati esterne è possibile solo in alcune UU.OO. o nei locali della biblioteca.

Il quadro dei sistemi informativi è comunque di prossima evoluzione già nel corso del 2008 essendo prevista l'estensione della copertura e l'aumento dell'integrazione, con particolare riferimento alla cartella clinica informatizzata.

In chiave di sviluppo:

- ❖ è prioritario estendere la copertura del sistema alla gestione della cartella clinica ed alle altre aree oggi carenti (es. Radiologia) facendo leva sull'opportunità rappresentata dalla gara;
- ❖ l'integrazione tra i diversi sottosistemi è un'altra area importante, per esempio per la condivisione dei dati del paziente e per l'integrazione dell'Emergenza con l'Accettazione;
- ❖ la presenza di un strumento evoluto come Clickview rappresenta un'altra opportunità per rendere disponibili sintesi informative decentrate alle UUOO;
- ❖ occorre sviluppare l'integrazione con la rete universitaria per l'accesso alle banche dati ed estendere alle UUOO le possibilità di accesso.

4 Rilevazioni a livello Azienda – Aree della clinical governance



Diverse aree della Clinical Governance presentano, in misura anche sostanziale, necessità più o meno pronunciata di sviluppo.

L'Area in cui, ad oggi, è più presente un certo sviluppo in coerenza con gli obiettivi della Clinical Governance è quella della Informazione e Partecipazione del paziente.

Quella invece con maggiori opportunità di miglioramento risulta la Valutazione e Miglioramento delle attività cliniche alla quale sono propedeutiche altre attività con necessità di miglioramento come il Clinical Audit ed il Risk Management.

Va sottolineata comunque la presenza di un clima aperto e positivo verso i temi della Clinical Governance sia a livello direzionale che delle diverse Unità Operative. Ciò costituisce una opportunità importante per interventi di miglioramento evolutivi.

EVIDENCE BASED MEDICINE

- ❖ La cultura dell'EBM risulta essere mediamente presente nel contesto organizzativo globale. Vanno tuttavia segnalate alcune pratiche particolarmente significative nell'ambito del dipartimento di medicina.
- ❖ In chiave evolutiva dell'intera struttura e nell'ottica delle nuove organizzazioni dipartimentali, l'impostazione del sistema di gestione della qualità e di quello di sviluppo dei PDTA, potrà favorire una maggiore diffusione delle pratiche, anche in virtù di un confronto fra pari che dovrà scaturire quasi naturalmente fra specialità mediche e chirurgiche omologhe e fra personale medico ed infermieristico favorendo un maggiore coinvolgimento di quest'ultimo.
- ❖ La razionalizzazione dei processi di ricerca e di aggiornamento (metodologie, risorse disponibili), nonché la maggiore condivisione dei contenuti potrebbe rappresentare un ulteriore fattore di confronto e diffusione delle evidenze scientifiche e di sviluppo delle numerose eccellenze scientifiche presenti in azienda.

ACCOUNTABILITY

- ❖ L'Accountability è un area della clinical governance che rileva una variabilità del suo livello di applicazione nelle UU.OO. aziendali. Ciò è dovuto principalmente ai diversi approcci utilizzati in azienda per la documentazione delle attività clinico/assistenziali.
- ❖ I differenti livelli di accountability nelle UU.OO. sono infatti determinati dallo sviluppo di iniziative autonome di informatizzazione dei dati clinici e delle procedure di accesso agli stessi attraverso procedure standardizzate.
- ❖ In chiave di miglioramento, potrebbero quindi essere estendibili nel breve termine tali buone pratiche a tutte le UU.OO., sensibilizzandone l'utilizzo diffuso da parte del personale assistenziale con particolare riferimento ai medici.
- ❖ In linea generale infatti il personale infermieristico è più sensibile ed abituato a tracciare i singoli atti assistenziali.

CLINICAL AUDIT

- ❖ Le principali occasioni per confronti strutturati tra i professionisti sono costituite dai Gruppi Interdisciplinari di Cura e dall'attivazione ed il monitoraggio di attività di ricerca scientifica finalizzate alla pubblicazione di articoli scientifici (attività molto sviluppata in azienda);
- ❖ la maggior parte delle UU.OO. sono attive in azioni di confronto attraverso incontri di reparto relativi alla programmazione delle attività ed a particolari criticità emerse nel corso delle stesse;
- ❖ in generale la revisione critica e sistematica della pratica clinica basata sull'evidenza e sull'aderenza alle linee guida è tuttavia implementata solo in poche strutture con margini di perfezionamento per queste ultime, sugli aspetti metodologici e dell'utilizzo dei risultati.

MISURAZIONE DELLE PERFORMANCE CLINICHE

Non è ad oggi una pratica sviluppata e presente nella prassi aziendale, è infatti sostanzialmente legata alle misurazioni consentite dal sistema di controllo di gestione e dai debiti informativi.

Non esiste infatti un punto organizzativo specificamente responsabile né risorse dedicate.

Le misurazioni effettuate riguardano solo alcune dimensioni (efficienza e qualità percepita) senza utilizzo di standard interni o esterni; non è inoltre al momento realizzata formazione sul tema.

Sono comunque presenti analisi sulle dimensioni indicate a livello aziendale rese disponibili dal sistema informativo aziendale con periodicità semestrale.

In chiave di sviluppo:

- ❖ dare spessore organizzativo alla funzione identificando risorse dedicate;
- ❖ estendere l'ampiezza e la profondità organizzativa delle analisi svolte, in particolare con l'introduzione di indicatori di performance clinica e perfezionare quelli a base gestionale;
- ❖ aumentare la frequenza delle analisi, oggi svolte semestralmente;
- ❖ avviare programmi formativi sul tema.

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE

La valutazione è oggi concentrata sulle dimensioni di efficienza gestionale e di output di produzione, in coerenza con il legame della misurazione delle performance con i dati del controllo di gestione; non è infatti attivata una valutazione degli outcome.

Sono solo in casi sporadici sono coinvolte professionalità esterne (collaborazioni nell'ambito del progetto margherita e del GIVITI).

I risultati delle misurazioni condivisi con le UU.OO. non sempre risultano effettivamente utilizzati per il miglioramento continuo delle attività.

Anche la periodicità delle valutazioni è suscettibile di miglioramento in quanto oggi semestrale.

In chiave di sviluppo:

- ❖ occorre estendere l'ambito delle valutazioni, anche in connessione all'ampliamento delle misurazioni effettuate;
- ❖ rendere sistematico l'utilizzo delle misurazioni ai fini del miglioramento, integrando le nuove dimensioni nelle valutazioni del personale;
- ❖ aumentare la periodicità;
- ❖ coinvolgere, anche solo estemporaneamente, esperti esterni nel processo di valutazione.

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

L'HTA non è ad oggi presente in azienda.

Esiste un supporto tecnico esterno (consulente) focalizzato sulla predisposizione tecnica dei capitoli, con un intervento quindi successivo alla vera e propria valutazione.

In chiave di sviluppo:

- ❖ intervenire sul processo di acquisizione delle tecnologie, prevedendo, in modo propedeutico allo stesso, analisi strutturate sugli aspetti di efficacia, di appropriatezza ed etico/culturali oltre che tecnici ed economico-legali;
- ❖ rafforzare il presidio organizzativo, con l'attribuzione di funzioni coerenti con il nuovo processo;
- ❖ attivare analisi sistematiche sulla produzione dei report HTA pubblicati dalle agenzie e società scientifiche nazionali ed internazionali;
- ❖ Realizzare iniziative di informazione e formazione sul tema.

SISTEMI DI QUALITA'

Non è oggi presente in azienda un sistema di qualità; in alcune aree (ematologia, trapianto midollo osseo, diabetologia) sono stati avviati processi di accreditamento.

In particolare, non esiste una mappatura dei processi né un sistema di indicatori e di monitoraggio periodico. Sono stati realizzati comunque in passato dei tentativi di sensibilizzazione ed avvio di iniziative sul tema; in particolare sono stati realizzati dei corsi che si sono però esauriti come partecipazione.

In chiave di sviluppo:

- ❖ Individuare un referente della Qualità aziendale;
- ❖ integrare negli obiettivi negoziati con le UUOO il tema della qualità;
- ❖ avviare progetti di formazione /intervento correlati agli obiettivi"
- ❖ avviare progetti di quality management per le aree cliniche ed i processi aziendali.

RISK MANAGEMENT

Non è oggi presente una mappatura dei rischi clinici a livello azienda; è stato però avviato in passato un progetto interno di formazione/intervento sugli eventi avversi che ha vissuto un certo rallentamento dovuto all'estensione a tutti gli attori (medici) della metodica.

E' comunque presente, da parte del personale medico ed infermieristico, un elevato livello di segnalazione degli eventi avversi, ancorché non sistematizzati e classificati. Anche l'intervento per la riduzione sistematica degli errori risulta quindi episodico.

Sono stati altresì strutturati dei percorsi di gestione del rischio infettivo secondo quanto indicato dalla Regione Piemonte, prevedendo l'intervento di professionisti specializzati esteri all'azienda.

Non sono infine realizzate analisi "cross" sulle varie fonti (reclami, incidenti...) né sono stati attivati benchmark con altre strutture.

In chiave di sviluppo:

- ❖ Accelerare il progetto già in corso sugli eventi avversi;
- ❖ avviare una mappatura sistematica dei rischi sia a livello azienda che specifica per singole UU.OO;
- ❖ avviare un sistema di classificazione degli eventi rilevati ed attivare interventi specifici a seguito delle rilevazioni;
- ❖ realizzare incontri e progetti comuni con strutture di rilievo già attive sul tema.

INFORMAZIONE, PARTECIPAZIONE DEL CITTADINO/PAZIENTE

Le informazioni al paziente ed ai famigliari sono fornite abbastanza regolarmente anche con il supporto della carta dei servizi (scaricabile dal sito web).

Le procedure per la gestione delle informazioni e delle relazioni non sono comunque formalizzate, così come non sono formalizzate quelle con i pazienti stranieri; per questi ultimi è attivata e strutturato l'utilizzo dei mediatori.

Il riferimento per il post ricovero e per l'assistenza territoriale (continuità) sono strutturati e programmati, anche grazie alla forte rete stabilita con l'ASL tanto per il pre che per il post ricovero.

La rilevazione della soddisfazione da parte dell'URP è oggi realizzata con cadenza annuale ed i reclami sono analizzati in modo sistematico e soprattutto con sbocchi in termini di miglioramento dei processi assistenziali.

In chiave di sviluppo:

- ❖ l'area su cui intervenire è quella della omogenizzazione dei comportamenti attraverso procedure o linee guida;
- ❖ occorre poi sviluppare la frequenza della rilevazione della customer satisfaction, in modo da aumentare le possibilità di intervento sulla qualità assistenziale;

- ❖ in connessione al punto precedente, integrare le rilevazioni effettuate su customer satisfaction e reclami con la programmazione e controllo e con la misurazione delle performance.

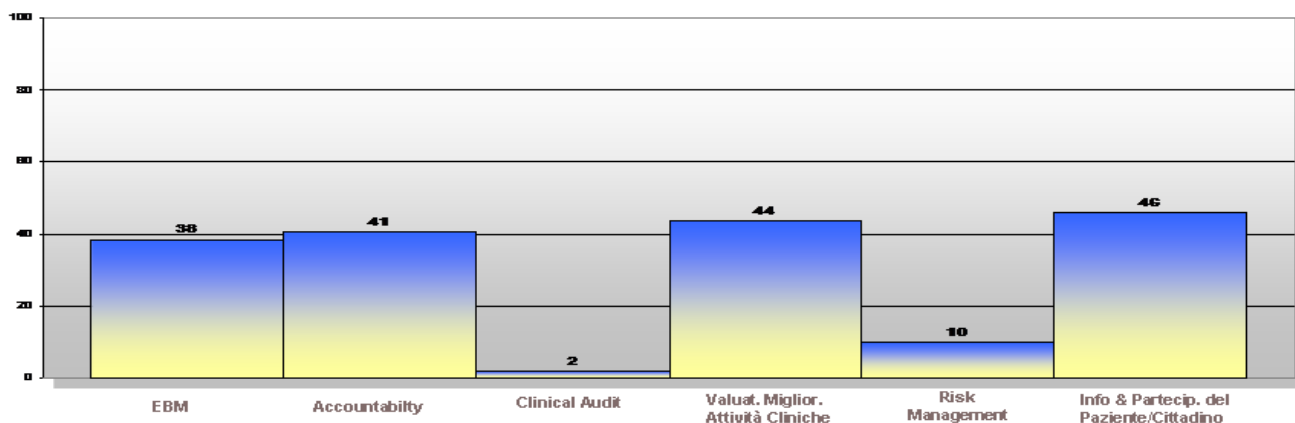
5. Rilevazioni nei dipartimenti – i dettagli per area della clinical governance ed UU.OO.

DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA

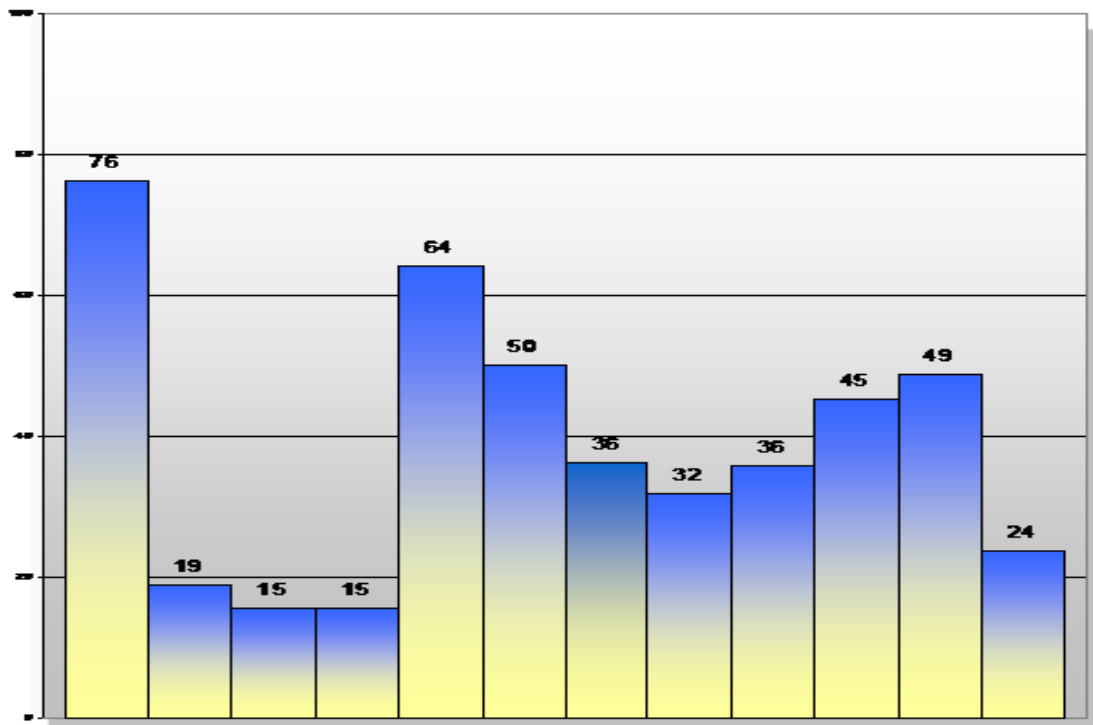
Dati generali

UU. OO. del Dipartimento	Posti letto	Num medici	Ricoveri ord
S.C.D.O. Chirurgia Generale	14 (1DH)	9	492
S.C.D.U. Chirurgia Generale Universitaria	14 (1DH)	9	626
S.C.D.U. Chirurgia Toracica	22 (1 DH)	8	611
S.C.D.U. Oculistica	7 (6 DH)	5	17
S.C.D.U. Odontostomatologia	5 (1 DH)	5	99
S.C.D.U. Ortopedia	20 (1 DH)	14	623
UU. OO. del Dipartimento	Posti letto	Num medici	Ricoveri ord
S.C.D.U. Ginecologia Oncologica	2 (1 DH)	4	25
S.C.D.U. Otorinolaringoiatria	17 (1 DH)	5	553
S.C.D.U. Urologia	24 (1 DH)	9	981
S.C.D.O. Anestesia e Rianimazione Osp.	2	17	64
S.C.D.U. Anestesia e Rianimazione Univ.	-	11	-
S.S.D. Terapia Antalgica e Cure Palliative	1 DH	1	-

Risultati delle aree della clinical governance aggregati a livello dipartimentale



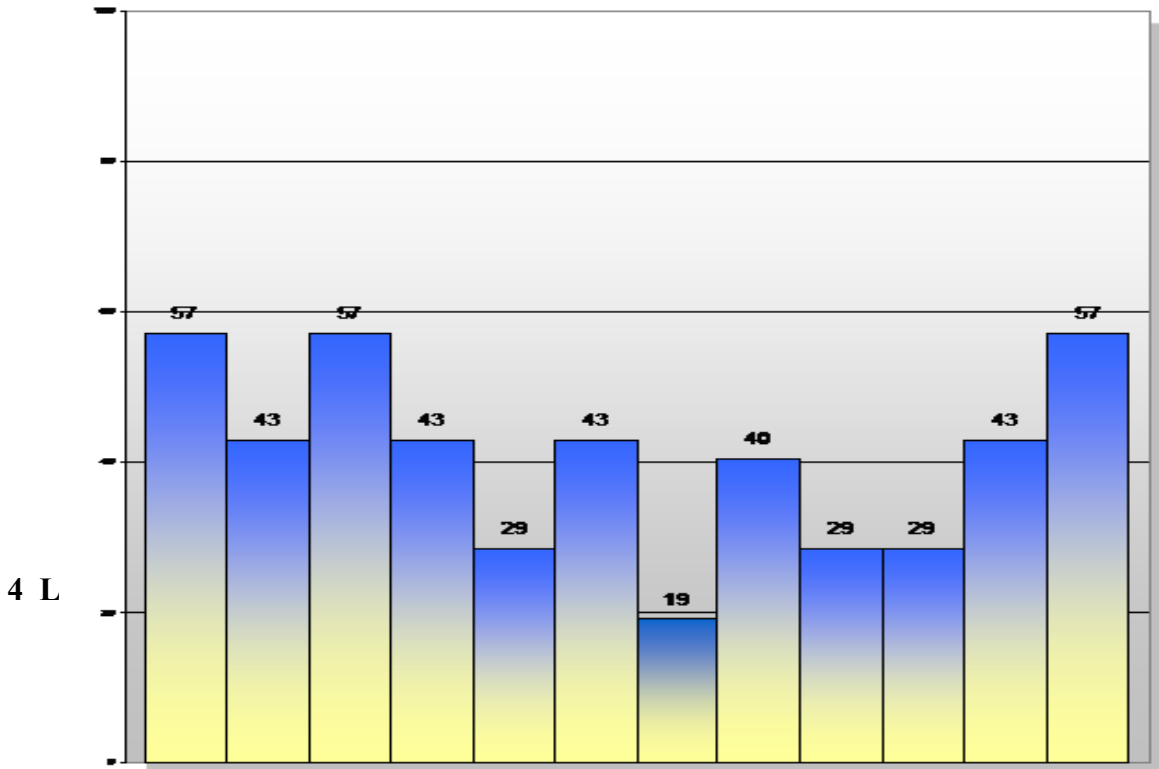
Evidence Based Medicine (ciascuna colonna dell'istogramma rappresenta il punteggio di una unità operativa)



- ❖ L'integrazione nella pratica clinica delle evidenze scientifiche è prassi diffusa e consolidata all'interno del dipartimento di Chirurgia all'insorgere di dubbi significativi in fase di assistenza ai pazienti;
- ❖ la pratica dell'EBM ha in generale una buona diffusione tra i medici. I recenti sviluppi della collaborazione con la Facoltà di Medicina consentono di prevedere già da oggi un livello crescente di EBM nel breve termine;
- ❖ non sono rare partecipazioni a programmi nazionali per la definizione di linee guida o a programmi aziendali per la stesura di protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi di cura;
- ❖ la biblioteca universitaria e gli strumenti informatici a disposizione di medici ed infermieri risultano un valido supporto all'integrazione scientifica nella pratica assistenziale. Non si presenta completa l'integrazione tra i data-base scientifici universitari e la rete informatica ospedaliera;
- ❖ talune differenze di punteggio tra le diverse UU.OO. sono in parte dovute al fatto che le consultazioni sistematiche di letteratura scientifica vengono effettuate dai soli Direttori di Struttura e condivise con i singoli medici in casi particolarmente complessi;
- ❖ gli infermieri si aggiornano in modo esaustivo consultando riviste di categoria o strumenti informativi riconducibili all'albo professionale. Sono tuttavia rare attività di revisione della letteratura scientifica finalizzata ad integrazioni nella pratica assistenziale. Ciò determina le vistose differenze in termini di punteggio tra le diverse UU.OO. Dipartimentali;

- ❖ in diverse UU.OO.caratterizzate da recenti nuovi sviluppi, si riscontra un clima di potenziale celere sviluppo della Evidence Based Practice nel breve periodo;
- ❖ il personale tecnico, laddove presente, mostra discreta 'attitudine all'integrazione della propria esperienza professionale con le migliori evidenze scientifiche. L' attività di revisione scientifica è però non sistematica e spesso legata ai soli aggiornamenti sulle nuove apparecchiature e tecnologie.

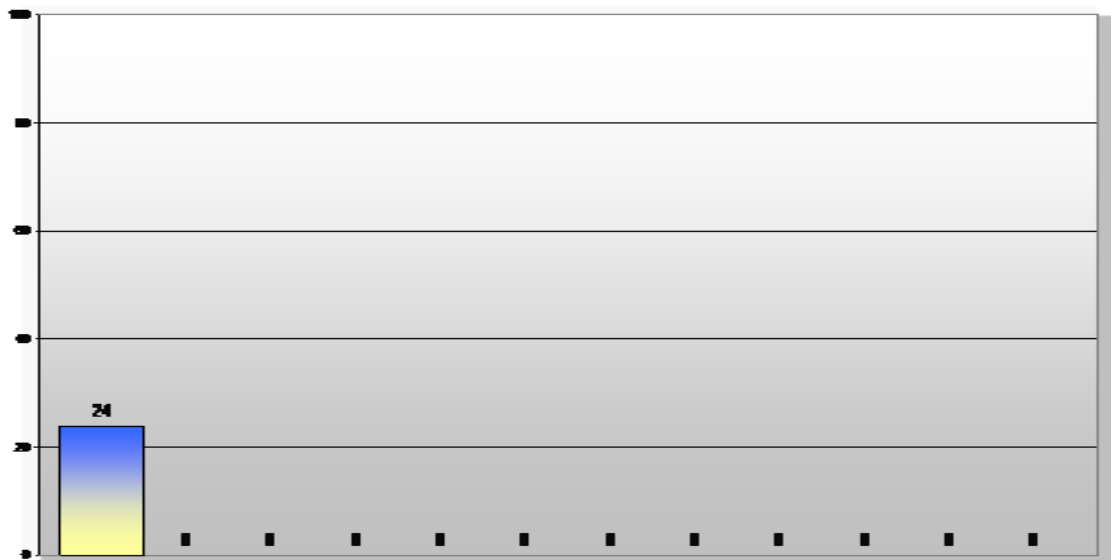
Accountability



- ❖ I medici non si rintracciano sul diario clinico del paziente in modo quasi sistematico nell'ambito del dipartimento;
- ❖ la cartella clinica è compilata per la parte anamnestica dagli specializzandi/laureandi i quali non si firmano. La scheda di dimissione è completamente informatizzata. I medici non si identificano per gli atti registrati su diario clinico;
- ❖ l'attività ambulatoriale è puntualmente resa tracciabile per gli atti medico-assistenziali. Sono siglate anche le visite di controllo. La cartella clinica di degenza non prevede, nella maggior parte dei casi, una procedura formalizzata di tracciabilità; fatta eccezione per alcuni casi, gli infermieri si identificano sempre nella cartella infermieristica con firma depositata in direzione sanitaria;
- ❖ anche il foglio di terapia è firmato sistematicamente. Quanto invece concerne la scheda infermieristica invece, non sempre è possibile risalire ai responsabili degli atti assistenziali;

- ❖ sistema informatizzato di registrazione degli interventi chirurgici con produzione del registro di sala, garantisce una elevata tracciabilità delle attività di Sala Operatoria;
- ❖ laddove però questo accade si riscontra il livello di tracciabilità particolarmente alto che si nota per alcune UU.OO. dall'istogramma dipartimentale;
- ❖ il personale tecnico che collabora sistematicamente sottoforma di personale esterno convenzionato si caratterizza per singole consulenze puntualmente firmate e timbrate; Il personale tecnico dipendente non si traccia in modo formalizzato ciò determina un abbassamento del livello di accountability;
- ❖ nel complesso dipartimentale il livello di accountability per i professionisti medici si assesta su un medio livello; la variabilità di punteggio tra le UU.OO. è sostanzialmente generata dai diversi livelli di tracciabilità del personale di comparto.

Clinical Audit

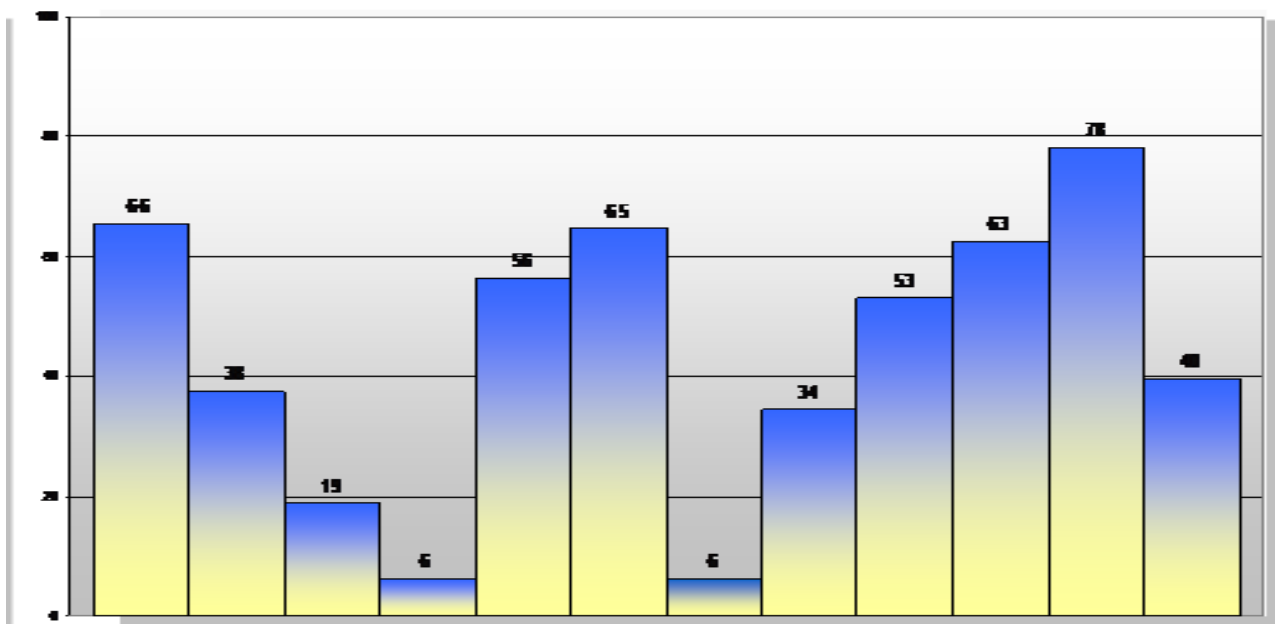


- ❖ Nel dipartimento di chirurgia non viene svolta attività di Audit Clinico nonostante la conoscenza diffusa della metodologia da parte del personale medico;
- ❖ in alcune UO si riscontrano studi e confronti su tematiche sperimentali specifiche di carattere innovativo, ma meramente di ricerca; L'occasione di confronto concerne in tal caso l'avanzamento degli studi stessi che determinano solo in parte il miglioramento delle attività assistenziali;
- ❖ l'alta professionalità caratterizzante le UU.OO. del dipartimento favorisce la possibilità di strutturare un supporto per l'avvio di sessioni di audit clinico che ad oggi trova difficoltà nella sua attuazione anche a causa di difficoltà nel realizzare team di lavoro);
- ❖ l'unico caso di Audit che si riscontra nel dipartimento è infatti frutto di un lavoro di team professionale che garantisce una sistematica periodicità delle sessioni anche se con una metodologia

ancora da perfezionare. L'organizzazione nel suo complesso è comunque utilizzabile come buona pratica e quindi estendibile nel breve termine alle altre UU.OO. del dipartimento;

- ❖ si rileva una propensione (e talvolta volontà esplicita) del dipartimento nel suo complesso ad organizzare presso le UU.OO. afferenti Audit sistematici e strutturati, prevedendo, con carattere di propedeuticità, un impulso da parte della direzione aziendale attraverso specifiche e mirate azioni di intervento.

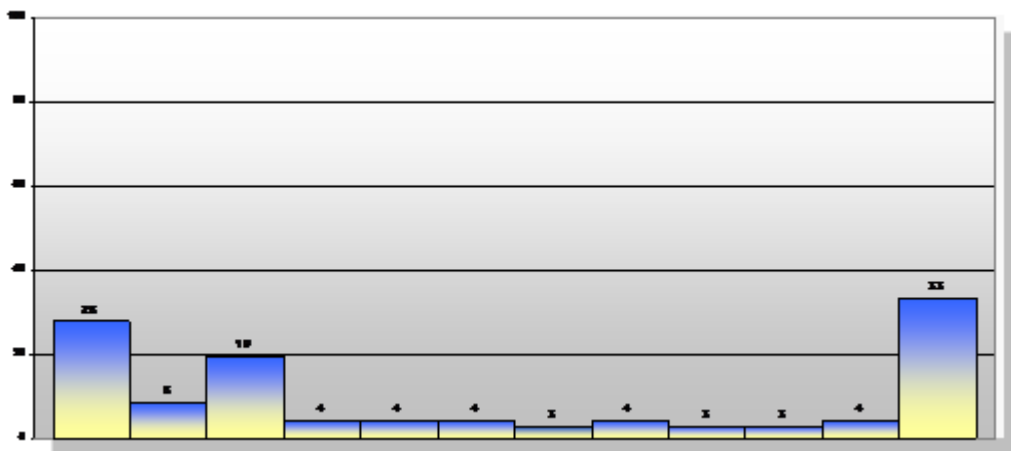
Valutazione e miglioramento delle attività cliniche



- ❖ Le attività di valutazione cliniche riguardano prevalentemente le ricadute in termini di salute di determinati approcci chirurgici. Tuttavia la principale finalità è in tal caso la produzione di lavori scientifici e non una vera e propria attività di valutazione sugli outcome clinici di ciascuna UU.OO.;
- ❖ tali valutazioni rivolte alla produzione scientifica hanno talvolta ricadute tempestive nelle attività cliniche;
- ❖ alcune UU.OO. si sono organizzate nella produzione di un report interno trimestrale con dati di attività e tempi di attesa in relazione agli obiettivi che gli vengono attribuiti dall'azienda. La primaria finalità di quest'ultimo è di sovente la negoziazione con la direzione aziendale;
- ❖ ad oggi vengono effettuate attività di valutazione di outcome clinici solo in alcune UU.OO. (quelle a punteggio più alto) e per particolari patologie in termini sia di qualità della vita per il paziente che di successo o insuccesso di alcuni trattamenti terapeutici;
- ❖ una U.O. si avvale della collaborazione, nell'ambito del Progetto Margherita del Piemonte, con il GiViTI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva);

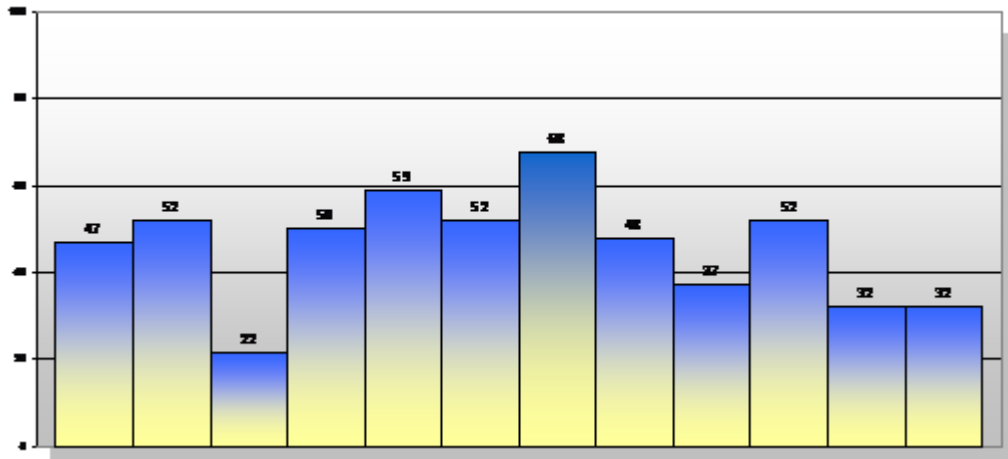
- ❖ è comunque tra i prossimi obiettivi della maggior parte delle UU.OO. lo start up di valutazioni cliniche sistematiche e strutturate con i relativi reports che ad oggi non vengono supportate da alcuna attività di misurazione.
- ❖ le pratiche dipartimentali che si evidenziano positivamente nell'istogramma, si caratterizzano per una maggiore contestualizzazione alla UO delle analisi effettuate e per la fruibilità dei risultati; ovvero da una maggiore integrazione tra le attività scientifiche svolte per la ricerca e l'attività assistenziale svolta nella UU.OO. nonché dalla sistematicità e la periodicità delle analisi effettuate.

Risk Management



- ❖ A livello aziendale è stato attivato un progetto di incident reporting attraverso una scheda di rilevazione degli errori ma ad esso non è seguito un utilizzo all'interno delle UU.OO. anche a causa della sospensione dell'iniziativa;
- ❖ la Gestione del Rischio Infettivo, con particolare attenzione ai luoghi di sala operatoria, è argomento di particolare attenzione e prevede l'intervento di elevate professionalità esterne all'azienda;
- ❖ sono in generale presenti attività volte alla riduzione di rischi clinici e degli errore (come ad esempio quello su scambio di organo) ma, in generale, la gestione del rischio non segue approcci preventivi ed è affidata alla mera supervisione dei direttori di UU.OO e/o al self-control del personale professionale;
- ❖ le 2 UU.OO. che si distinguono dalle altre nel punteggio sono caratterizzate da un maggiore standardizzazione delle attività anche grazie al carattere di servizi che le contraddistingue (Terapia Ant. ed Anestesia e Rian.) ed alla produzione di PDTA.

Informazione e partecipazione dei pazienti/cittadini



- ❖ E' prassi consolidata presso alcune UU.OO, organizzare sistematicamente colloqui informativi di gruppo per i pazienti prossimi agli interventi. Durante i colloqui vengono fornite informazioni su patologie e possibili esiti delle terapie;
- ❖ l'assistenza ai pazienti nel post ricovero e la presa in carico degli interventi successivi al paziente dimesso sono attività alle quali si presta particolare attenzione;
- ❖ le attività di comunicazione a mezzo di opuscoli informativi sono particolarmente sviluppate solo per le attività di day Surgery;
- ❖ vengono analizzati in linea generale pochi reclami all'anno che provengono dall'URP;

- ❖ in generale le attività per favorire l'informazione e la partecipazione dei pazienti sono mediamente sviluppate in tutto il dipartimento; Alcune UU.OO. che si distinguono per punteggi più bassi sono quelle a prevalente carattere di servizio (Terapia Ant. Anestesia e Rian.) dove i pazienti sono di transito e non vi sono posti letto per ricoveri ordinari.

Dipartimento di Chirurgia – Sintesi delle evidenze emerse

Punti di forza

- ❖ Cultura e Diffusione della EBM nelle attività mediche e nelle tecniche chirurgiche;
- ❖ disponibilità a fornire informazioni al paziente e presa in carico anche nell'iter post ricovero;
- ❖ attitudine a valutare gli outcome clinici, seppure in funzione della produzione scientifica.

Criticità

- ❖ La pratica dell'EBN non risulta implementata ai livelli dell'EBM per una diffusa incapacità di formare dei team di lavoro per la condivisione della metodologia;
- ❖ carenza nella propensione al lavoro in team ed alla cultura del confronto tra pari e delle interazioni professionali;
- ❖ gli atti clinico-assistenziali effettuati sul paziente non sono sempre ascrivibili all'operatore medico e tal volta infermieristico che li ha effettuati non garantendo quindi un buon livello di tracciabilità;
- ❖ scarso ricorso alla pratica del clinical audit per il raggiungimento del miglioramento della pratica clinica attraverso la revisione sistematica tra pari;
- ❖ assenza generalizzata di procedure strutturate e formalizzate per la gestione del rischio e la conseguente riduzione dell'errore;
- ❖ poca attenzione agli aspetti di comunicazione strutturata e di customer satisfaction dei pazienti/cittadini.

Proposte di intervento

EBM

- ❖ Implementare l'attività di informazione/formazione EBM/N sfruttando anche le competenze intra-dipartimentali in materia;
- ❖ strutturazione di un sistema di realizzazione del PDTA

ACCOUNTABILITY

- ❖ Introduzione ed estensione laddove presenti di sistemi informatici volti ad aumentare il grado di tracciabilità degli atti medico-infermieristico;
- ❖ formalizzazione delle procedure per il loro utilizzo;
- ❖ introduzione del foglio unico di terapia.

CLINICAL AUDIT

- ❖ Attività di informazione, formazione e training in merito al Clinical Audit, che consentano di incrementare, strutturare e standardizzare le attività di clinical audit, nonché di verificare e monitorare le azioni di miglioramento introdotte.
- ❖ incrementare in tal senso le interazioni tra le UU.OO. a gestione ospedaliera e quelle a gestione universitaria

VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE

- ❖ Introduzione di indicatori di performance assistenziale condivisi dal livello dipartimentale con la direzione sanitaria in modo da rendere maggiormente uniforme e sistematico il sistema di valutazione e miglioramento delle performance

RISK MANAGEMENT

- ❖ Adozione di strumenti per la gestione del rischio: mappatura dei rischi e sua divulgazione; procedure di rilevazione, classificazione e segnalazione degli errori;
- ❖ identificazione di un referente di U.O. per il risk management;
- ❖ attivazione di percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e riduzione degli errori.

INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE/CITTADINO

- ❖ Uniformare l'approccio all'informazione ed alla gestione del Paziente Italiano e Straniero e loro familiari attraverso l'elaborazione di procedure comuni da personalizzare sulle singole UU.OO.

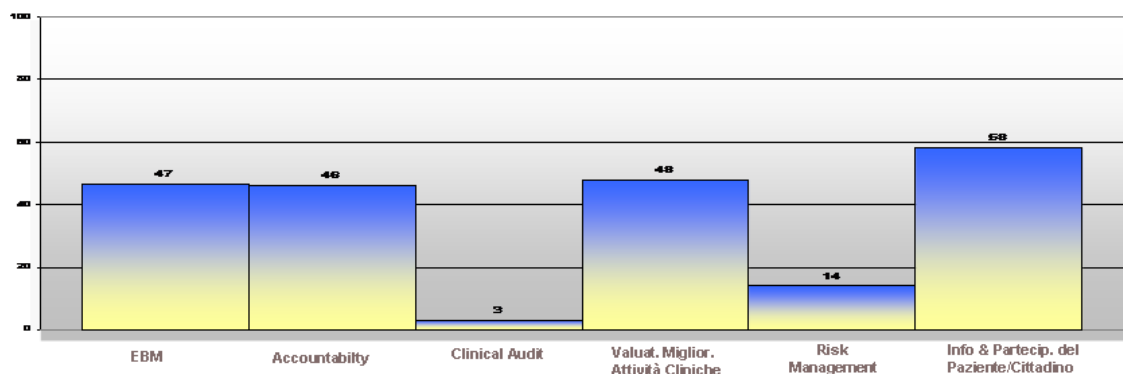
DIPARTIMENTO DI MEDICINA

Caratteristiche generali

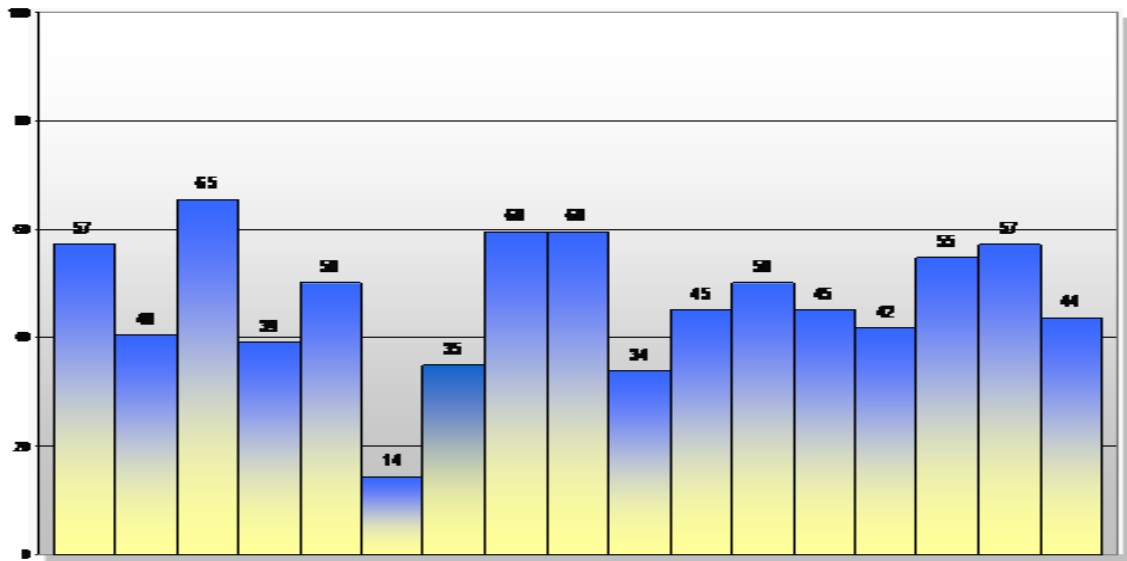
UU. OO. del Dipartimento	Posti letto	Num. medici	Ricoveri ord.
S.C.D.O. Cardiologia	22 (1 DH)	14	1042
S.S.D. Microcitemie	7 DH	6	0
S.C.D.U. Diabetologia	5 (1 DH)	6	100
S.C.D.U. Geriatria	20 (1 DH)	5	447
S.C.D.U. Medicina Intena I	31 (1 DH)	11	862
S.C.D.U. Medicina Intena II	26 (6 DH)	10	382
S.C.D.O. Medicina d'Urgenza	10 (1 DH)	12	282
S.C.D.U. Neurologia	21 (1 DH)	6	523
S.S.D. Sclerosi Mult.Neurobiologia Clinica	7 (3 DH)	4	149

UU. OO. del Dipartimento	Posti letto	Num. medici	Ricoveri ord.
S.C.D.O. Gastroenterologia	4 (1 DH)	5	123
S.C.D.U. Oncologia Medica	12 DH	6	446
S.C.D.O. Pneumologia I e Pneumologia II	19 (2 DH)	9	497
S.C.D.U. Clinica Malattie App. Resp.	26 (1 DH)	9	662
S.C.D.O. Pneumologia IV	21 (1 DH)	5	573
S.C.D.O. Pneumologia III	1 DH	5	0
S.S.D. Pneumologia Oncologica	8 DH	4	0
S.S.D. Dietologia Nutrizione Clinica	0	2	0
S.C.D.O. Recupero e Rieducazione Funz.	4 (1 DH)	7	23

Risultati delle aree di clinical governance aggregate a livello dipartimentale



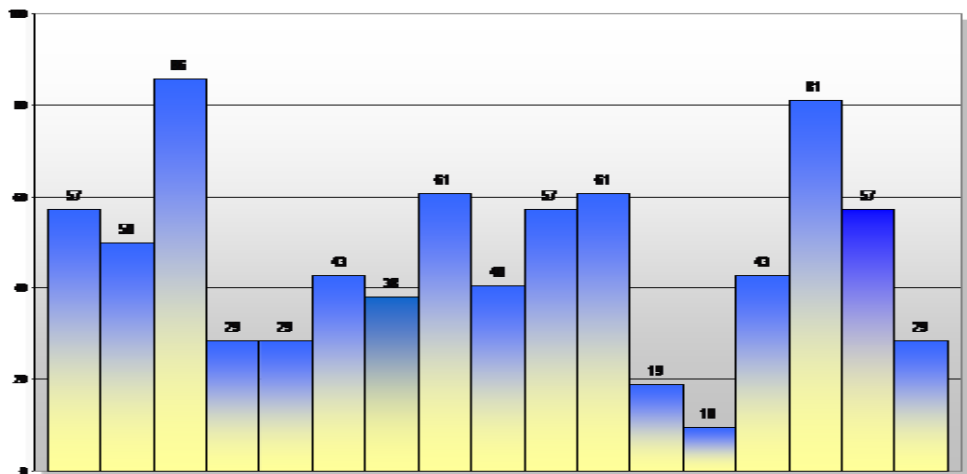
Evidece based medicine



- ❖ La pratica dell'EBM all'interno del Dipartimento si avvale della prevalente o esclusiva consultazione di banche dati nazionali e internazionali, disponibili anche grazie all'integrazione con la biblioteca virtuale dell'UNITO, e viene effettuata attraverso computer collocati all'interno delle UU.OO., che garantiscono a tutti l'accesso ad internet;
- ❖ l'EBM è particolarmente praticata in occasione di revisioni di linee guida cliniche e operative o di innovazioni diagnostico-terapeutiche o per la gestione di particolari problemi clinici;
- ❖ l'integrazione sistematica di evidenze scientifiche nella pratica assistenziale è tuttavia una pratica soggettiva dipendente dai diversi livelli di attitudine alla stessa da parte dei singoli medici;
- ❖ significativo è il supporto all'EBM da parte della Facoltà di Medicina anche attraverso le Scuole di Specializzazione;
- ❖ l'adozione diffusa e sistematica delle "evidence-based guidelines" permette di ridurre la variabilità nella pratica clinica e di migliorare gli esiti in termini di salute;
- ❖ gli infermieri elaborano a volte dei protocolli operativi in occasione dei quali praticano l'EBN anche se lamentano numerose difficoltà pratiche soprattutto dal punto di vista linguistico;
- ❖ c'è la volontà di implementare la pratica anche tra gli infermieri che non sono costanti nella pratica EBN nella sistematicità di revisione della letteratura. L'alto tasso di rotazione nella UO è un fattore critico in tal senso. La pratica è comunque in crescita;
- ❖ è stato di recente frequentato da parte del personale di Dipartimento un corso sugli strumenti e le tecniche dell'EBM al quale il Personale medico di alcune UU.OO. ha partecipato anche come docente. Facendo eccezione per tale evento, non vengono effettuati corsi specifici sulla metodologia di ricerca;

- ❖ il personale tecnico, laddove presente consulta variegate e numerose riviste scientifiche in formato cartaceo ed elettronico. Vi è quindi spiccata attitudine alla revisione della letteratura scientifica che tuttavia non è utilizzata sistematicamente a supporto della pratica assistenziale;
- ❖ in generale le differenze più significative mostrate dall'istogramma sono riconducibili ad una maggiore confidenza con l'Evidence Based Practice del personale medico rispetto a quello infermieristico e, talvolta, tra i medici delle UU.OO. diversi dai responsabili di Struttura.

Accountability

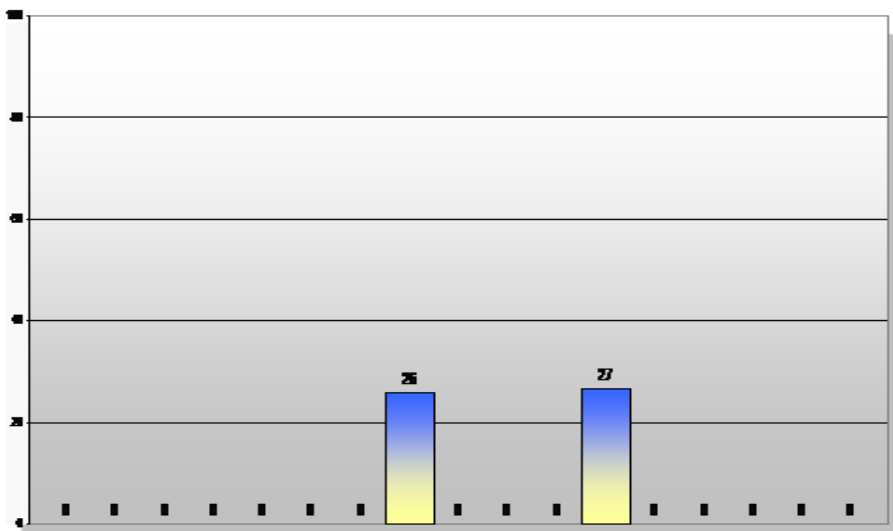


- ❖ I medici del dipartimento, per la gran parte degli atti assistenziali, si identificano solo in presenza di condizioni cliniche gravose o per la richiesta di esami diagnostici e/o monitoraggio di particolari parametri vitali. L'attitudine a documentare gli atti clinico-assistenziali, ivi compreso l'autore materiale degli stessi, è quindi maggiore nel personale infermieristico rispetto a quello medico;
- ❖ esistono diverse iniziative nelle UU.OO. di informatizzazione delle cartelle cliniche che motivano in parte la forte variabilità di punteggio che si riscontra dall'istogramma dipartimentale;
- ❖ la tracciabilità medica è, in una delle best practice aziendali, garantita attraverso il Personal Book of Health (PBH): un' architettura logica virtuale di raccolta dei dati sanitari di ogni singolo paziente condivisa da diversi operatori che accedono tramite password personale. La sicurezza dell'accesso è inoltre garantita da un sistema di log out automatico a tempo; tale approccio non concerne gli atti infermieristici;
- ❖ la cartella infermieristica è in alcuni casi molto accurata e compilata in modo dettagliato comprensiva di identificazione sistematica del personale volta a certificare ogni somministrazione farmaceutica, cambio di turno e consegne delle pratiche assistenziali già effettuate e da effettuare. Le sigle del personale infermieristico sono depositate e custodite in direzione sanitaria;
- ❖ in altri casi, le modalità utilizzate per il riconoscimento degli infermieri non consentono di individuare sempre i responsabili delle fasi del processo assistenziale. Il personale infermieristico infatti, in tali casi, non si rintraccia in modo puntuale nella sezione "interventi infermieristici attuati"

ma solo per le macro-fasi del processo (accettazione, dimissione, chi è il primo operatore, chi il secondo ecc.);

- ❖ per quanto concerne l'attività di Pronto Soccorso esiste una cartella informatizzata con accesso personalizzato e sistema di sicurezza a log out temporale per l'univocità dell'accesso. Ciò garantisce la massima tracciabilità degli operatori. Il programma in uso è il FIRST AID. Tuttavia con riferimento alla cartella clinica di reparto (cartacea), la tracciabilità non è garantita dal personale medico;
- ❖ i tecnici presenti nel dipartimento operano su richieste interne di prestazioni. Per la refertazione utilizzano moduli pre-stampati che non garantiscono formalmente la tracciabilità del tecnico che ha effettuato la relativa prestazione anche se, il numero esiguo di tecnici per UO, ne consente una facile identificazione.

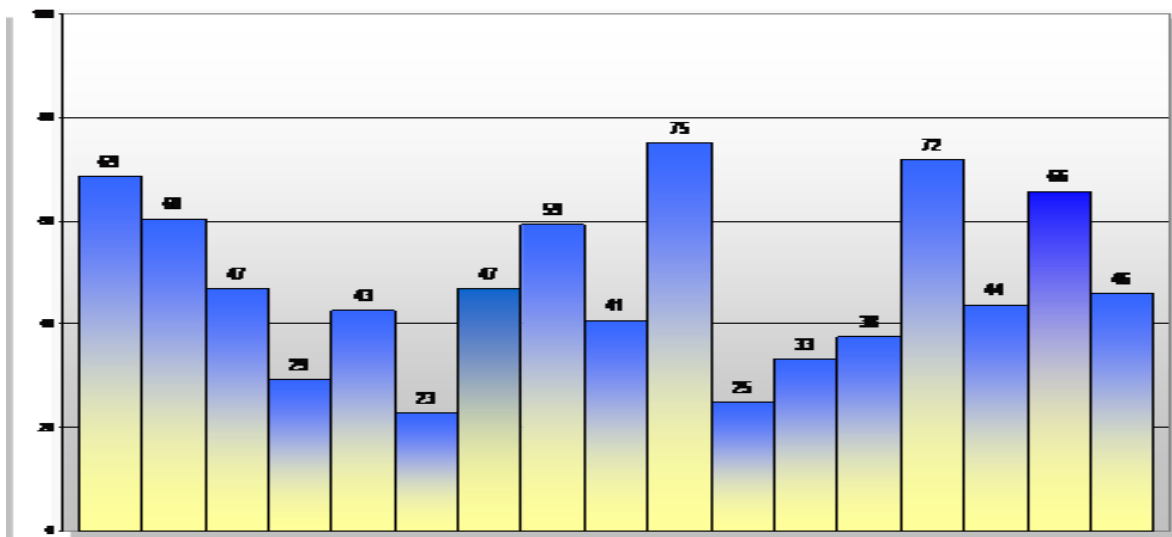
Clinical Audit



- ❖ Nelle UU.OO. che si distinguono nel punteggio, l'attività di audit è una pratica riconosciuta e consolidata. Le sessioni seguono un format strutturato basato su presentazione ppt. La revisione strutturata tra pari viene praticata non esclusivamente a scopo formativo per il personale medico in formazione ma per il miglioramento della pratica assistenziale nella U.O.;

- ❖ laddove l'audit clinico è strutturato, la selezione dei casi avviene sul criterio delle patologie più frequenti e complesse la metodologia è utilizzata con padronanza e le sessioni sono volte al miglioramento delle attività di assistenza attraverso l'apporto di innovazioni clinico-diagnostico-terapeutiche;
- ❖ nelle altre UU.OO., viene svolto il Summit Clinico dei casi trattati dai Gruppi multidisciplinari GIC;
- ❖ inoltre alcuni casi clinici vengono in parte presi in esame in occasione di presentazioni scientifiche e tesi di laurea e/o specializzazione. Tuttavia, tali attività non rientrano nei criteri di audit clinico sia per le modalità di effettuazione che per le diverse finalità.

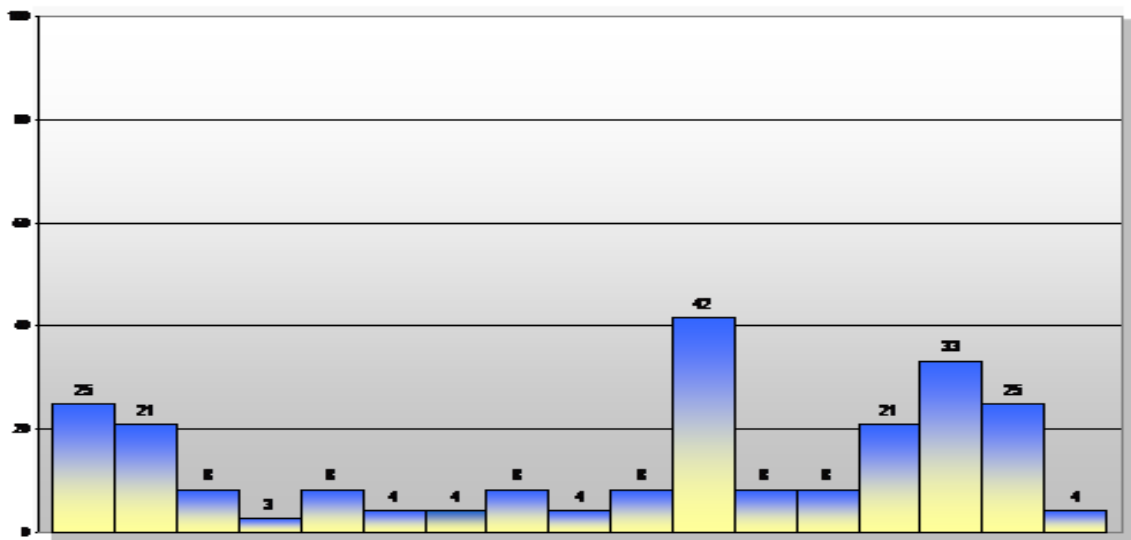
Valutazione e miglioramento delle attività cliniche



- ❖ Le valutazioni delle attività cliniche nella UO concernono analisi su efficienza gestionale tramite il software informatizzato PBH che consente di valutare le attività anche per singolo operatore;
- ❖ le attività di valutazione scaturiscono spesso a seguito di riscontri interni alle UU.OO. di errori sui dati dei report elaborati a livello azienda AziendaLe analisi concernono numero di ricoveri, degenza media, diagnosi e DRG, tipologia di dimissione e provenienza dei pazienti;
- ❖ diverse UU.OO. si sono autonomamente organizzate per l'effettuazione di analisi di tipo gestionale per l'effettuazione di valutazioni in office automation comparative con i report del Controllo di Gestione;
- ❖ in Pronto Soccorso, ad esempio, vengono effettuate valutazioni quadrimestrali sui dati di attività (tempi, flussi giornalieri, valutazioni per codici colori, numero di ricoveri a seguito dei passaggi in PS, tempi di attesa, tempo di permanenza in PS).
- ❖ in alcuni casi sono gli infermieri che svolgono le attività di valutazione gestionale;

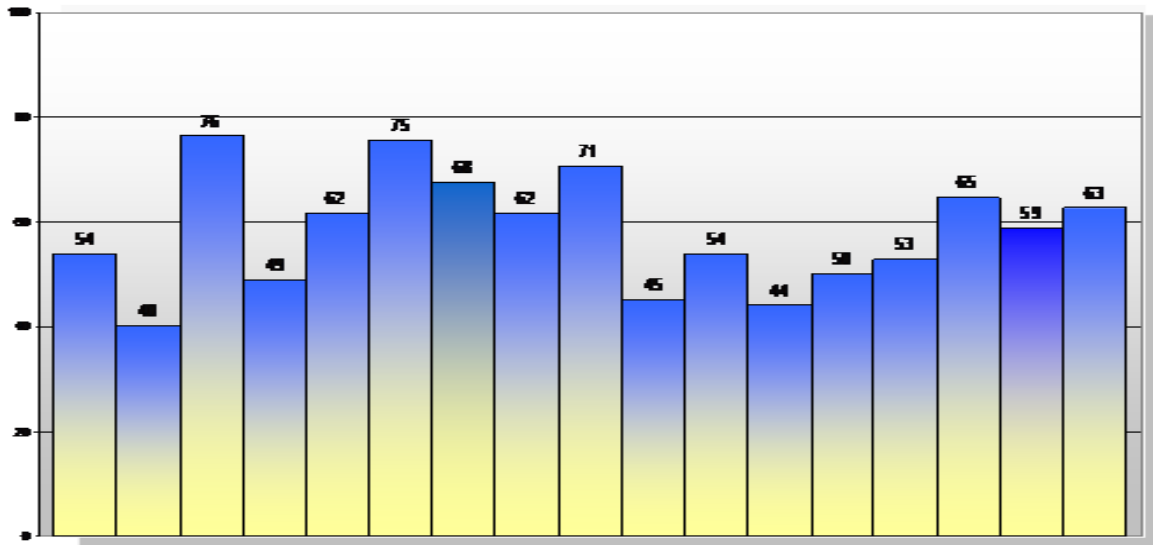
- ❖ nelle UU.OO. con punteggi inferiori, non si riscontra alcuna attività di valutazione delle performance relative ad outcome clinici nell'ambito delle attività di assistenza nella U.O.;
- ❖ Anche per l'area gestionale talvolta non vengono valutati i report del controllo di gestione;
- ❖ Le UU.OO. con punteggi alti si caratterizzano per misurazioni (prodotte e gestite in modo del tutto autonomo) sistematiche ed avanzate. Lo scopo primario delle attività di valutazione degli outcome clinici sono le pubblicazioni scientifiche piuttosto che la valutazione diretta dell'assistenza all'interno delle UU.OO. In diverse UU.OO. le numerose pubblicazioni garantiscono una ottima periodicità delle valutazioni. In tal caso i risultati di miglioramenti scaturiti dalle valutazioni vengono sempre trasferiti all'attività assistenziale.

Risk Management



- ❖ Il livello di segnalazione degli errori è molto alto, vi è una spiccata sensibilità e cultura dell'errore inteso come momento formativo e di crescita da parte del personale sia medico che infermieristico;
- ❖ la prevenzione del rischio infettivologico è argomento di attenzione;
- ❖ sono però assenti tecniche e metodi per la gestione preventiva del rischio clinico come strumenti di incident reporting, l'analisi della sinistrosità pregressa, l'individuazione, la mappatura e la classificazione dei rischi;
- ❖ sono poi assenti procedure formalmente strutturate finalizzate alla responsabilizzazione del personale assistenziale in tal senso.

Informazione e partecipazione dei pazienti cittadini



- ❖ Il paziente viene di solito seguito anche durante l'effettuazione di esami clinico-diagnostici, inoltre le varie figure professionali che si occupano della presa in carico, si preoccupano anche di come gestire al meglio il percorso assistenziale del singolo paziente e semplificarne il prosieguo;
- ❖ la comunicazione è particolarmente attenta per i pazienti con particolari patologie;
- ❖ in alcune UU.OO. opera un “pront Office” che accoglie le prenotazioni dei pazienti e che offre loro la possibilità di maggiormente relazionarsi con il personale assistenziale rispetto al CUP e di ricevere informazioni più precise e personalizzate;
- ❖ durante il ricovero il personale assistenziale si attiva da subito per garantire al paziente l'assistenza sul territorio al momento della dimissione. Laddove necessario, nella lettera di dimissione sono contenute informazioni dirette anche al personale infermieristico territoriale per l'eventuale presa in carico del paziente;
- ❖ oltre ad aggiornare il paziente sul territorio, già in corso di ricovero predispongono la lettera di pre-dimissione indirizzata al medico di medicina generale per organizzare la presa in carico territoriale. La UO è parte della equipe regionale di continuità assistenziale;
- ❖ in talune UU.OO. I medici sono affiancati da assistenti territoriali per l'iter post ricovero, in altre, l'integrazione con il territorio segue talvolta dinamiche di management del paziente nel suo percorso. Vi è in questi casi anche attività di assistenza per le prenotazioni;
- ❖ è uniformemente assente in tutte le UU.OO. Una procedura di gestione del Rapporto con i Familiari;
- ❖ le UU.OO. Risultano carenti nella gestione della qualità percepita dai pazienti (questionario per la soddisfazione, gestione interna delle richieste/esigenze) dei pazienti ecc.) e nella gestione della comunicazione ai pazienti durante la degenza;

- ❖ La gestione delle diverse culture e abitudini dei pazienti stranieri avviene di solito attraverso l'acquisizione informale di peculiarità in fase di accettazione del paziente.

Dipartimento di medicina – sintesi delle evidenze

Punti di forza

- ❖ pratica dell'EBM da parte del personale medico e attitudine al miglioramento e all'aumento della pratica dell'EBN per il personale infermieristico;
- ❖ diffusa propensione verso l'implementazione e sviluppo del Clinical Audit e del Risk Management malgrado le due pratiche siano oggi assenti nel dipartimento;
- ❖ cultura della segnalazione spontanea dell'errore inteso come momento formativo di crescita e miglioramento professionale;
- ❖ livello di disponibilità verso i pazienti e buona integrazione col territorio per il management del paziente nell'iter post ricovero.

Criticità

- ❖ La pratica dell'EBN risulta attività poco applicata; gli infermieri appaiono non sufficientemente coadiuvati per la pratica dell'EBN;
- ❖ gli atti clinico-assistenziali effettuati sul paziente non sono sempre ascrivibili all'operatore medico e tal volta infermieristico che li ha effettuati non garantendo quindi un buon livello di tracciabilità e trasparenza;
- ❖ scarsa condivisione da parte del personale medico dell'importanza della strutturazione di attività di clinical audit che consentano il miglioramento della pratica assistenziale attraverso la revisione sistematica tra pari;
- ❖ assenza generalizzata di procedure strutturate e formalizzate per la gestione del rischio e la conseguente riduzione dell'errore;
- ❖ poca attenzione agli aspetti di comunicazione strutturata e di customer satisfaction dei pazienti/cittadini.

Proposte di intervento

EBM

- ❖ Implementare l'attività di informazione/formazione EBM/N sfruttando anche le competenze intra-dipartimentali in materia;
- ❖ Strutturazione di un sistema di realizzazione dei PDTA.

ACCOUNTABILITY

- ❖ Estendere i sistemi di gestione informatica dei dati clinici in modo uniforme in tutte le UU.OO. per permettere una migliore documentazione delle attività e rintracciabilità degli atti assistenziali.

CLINICAL AUDIT

- ❖ Attività di informazione, formazione e training in merito al Clinical Audit, che consentano di incrementare, strutturare e standardizzare le attività di clinical audit, nonché di verificare e monitorare le azioni di miglioramento introdotte.

RISK MANAGEMENT

- ❖ Adozione di strumenti per la gestione del rischio: mappatura dei rischi e sua divulgazione; procedure di rilevazione, classificazione e segnalazione degli errori;
- ❖ identificazione di un referente di U.O. per il risk management;
- ❖ attivazione di percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e riduzione degli errori.

INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE/CITTADINO

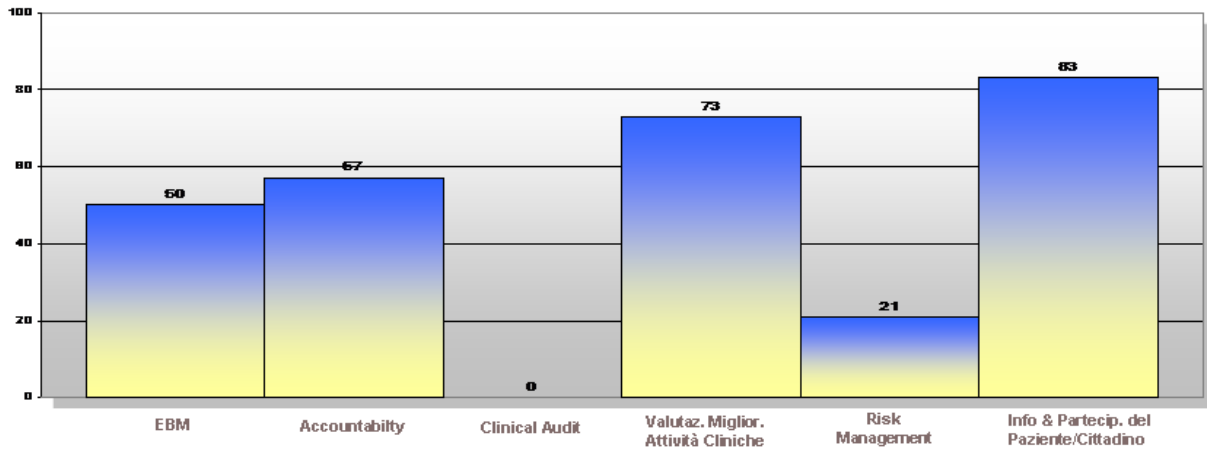
- ❖ Uniformare l'approccio all'informazione ed alla gestione del Paziente Italiano e Straniero e loro familiari attraverso l'elaborazione di procedure comuni da personalizzare sulle singole UU.OO.

DIPARTIMENTO DI PSICHIATRIA

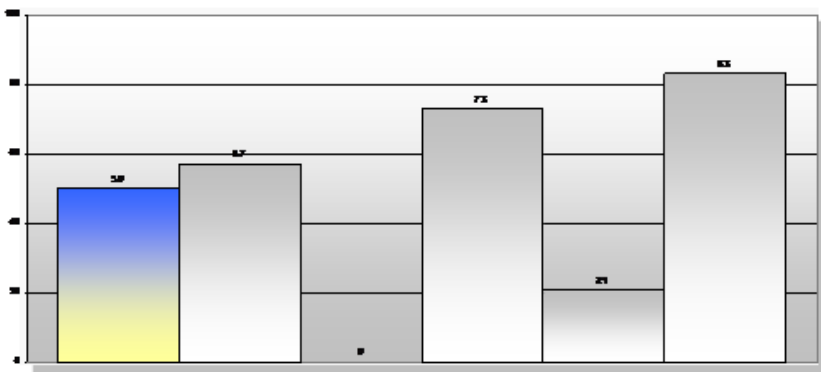
Caratteristiche generali

UU. OO. del Dipartimento	Posti letto	Numero medici	Ricoveri ordinari
S.C.D.U. Psichiatria	10	15	285
S.S.D. Emergenza Psichiatrica	n.d.	n.d.	n.d.

Aree della clinical governance risultati aggregati a livello dipartimentale

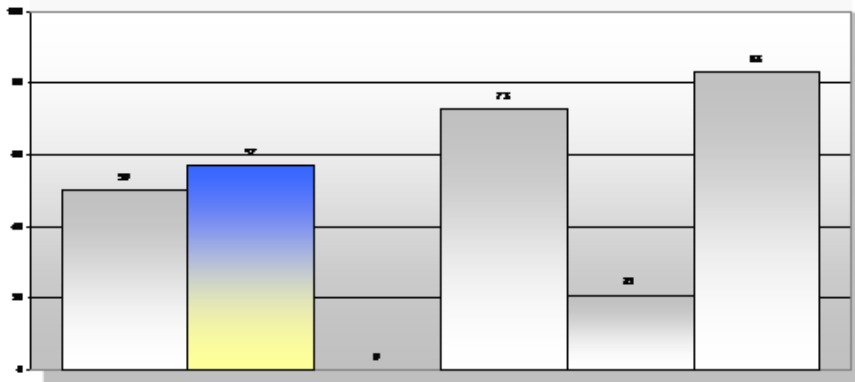


Evidence Based Medicine



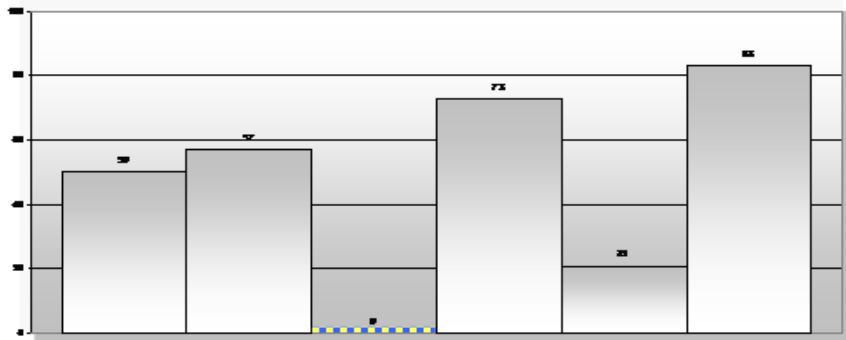
- ❖ L'aggiornamento sulle migliori evidenze scientifiche risulta essere uno strumento ampiamente utilizzato in tutti gli ambiti dell'assistenza (reparto, territorio, ambulatorio, ecc.) da tutte le professionalità operanti all'interno del dipartimento. L'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche è facilitato dalla possibilità di accedere online alle principali fonti oggi disponibili;
- ❖ opportunità di miglioramento si riscontrano nel trasferimento delle evidenze scientifiche nella pratica assistenziale del personale tecnico;
- ❖ non vengono realizzati corsi di formazione specifici che forniscano gli approcci metodologici per le valutazioni epidemiologiche

Accountability



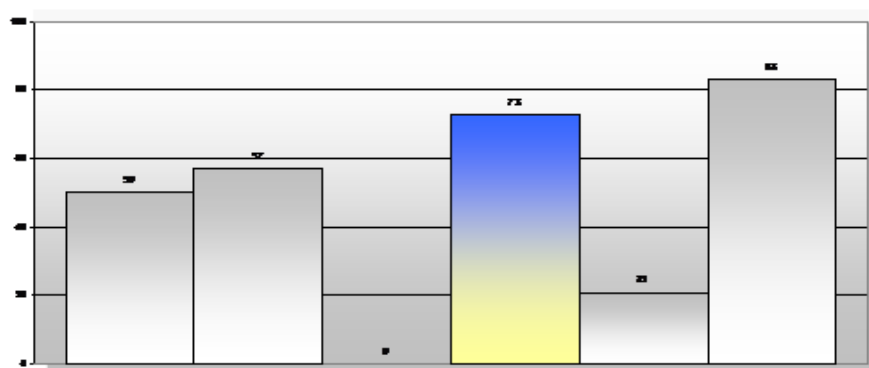
- ❖ La rintracciabilità degli atti clinico-assistenziali, supportata da una parziale informatizzazione, è presente sia nelle attività mediche che infermieristiche e tecniche;
- ❖ il sistema nel suo complesso è perfezionabile con procedure formalizzate che ne regolamentino l'utilizzo e ne potenzino la sicurezza di accesso alla gestione dei dati.

Clinical Audit



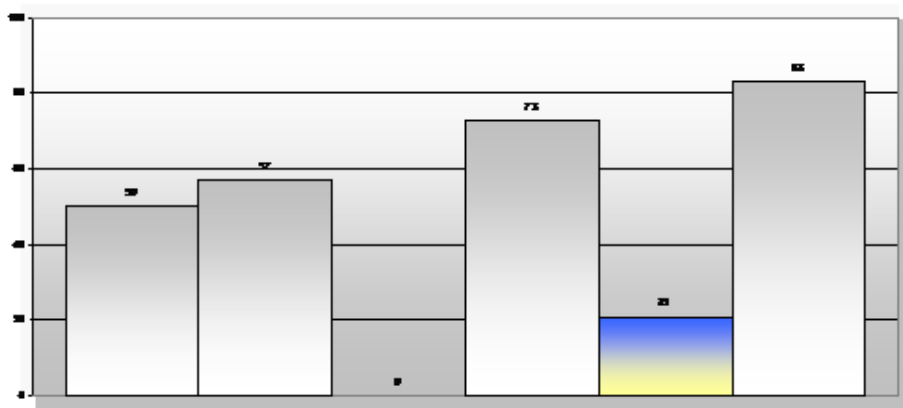
- ❖ Vengono svolti degli incontri di confronto tra professionisti (di reparto, del territorio e multidisciplinari), ma non viene utilizzata una metodica di analisi sistematica e strutturata tipica del clinical audit.

Valutazione e miglioramento delle attività cliniche



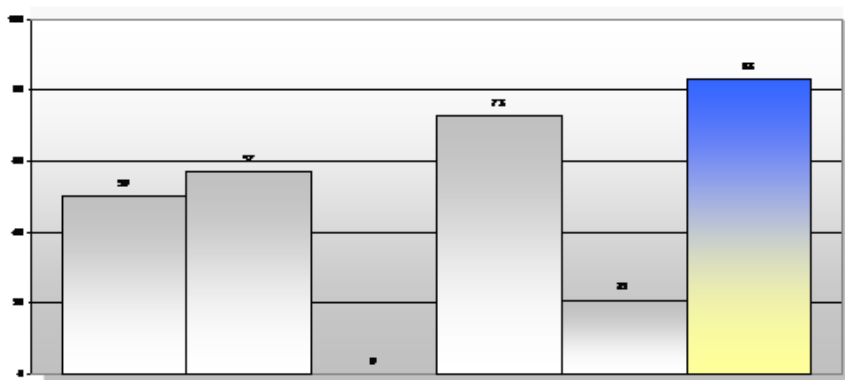
- ❖ Anche se con periodicità annuale, è attiva nel dipartimento un'attività di valutazione delle performance cliniche oltre che a quelle gestionali;
- ❖ Le attività gestionali sono valutate in collaborazione con il Controllo di gestione aziendale, quelle cliniche sono invece gestite autonomamente;
- ❖ La valutazione sia delle performance relative agli output che agli outcome clinici innesca efficaci processi di feedback ed i risultati delle misurazioni servono a migliorare l'attività assistenziale.

Risk Management



- ❖ La segnalazione degli errori verificatisi, sia a causa di eventi avversi sia di near misses, da parte di tutto il personale sanitario, è di medio livello;
- ❖ non esistono strumenti per la gestione preventiva e sistematizzata dei rischi come una mappatura e procedure per la rilevazione e classificazione degli errori.

Informazione e partecipazione dei pazienti/cittadini



- ❖ Il paziente viene adeguatamente informato e consapevolmente coinvolto in tutte le scelte del percorso diagnostico – terapeutico;

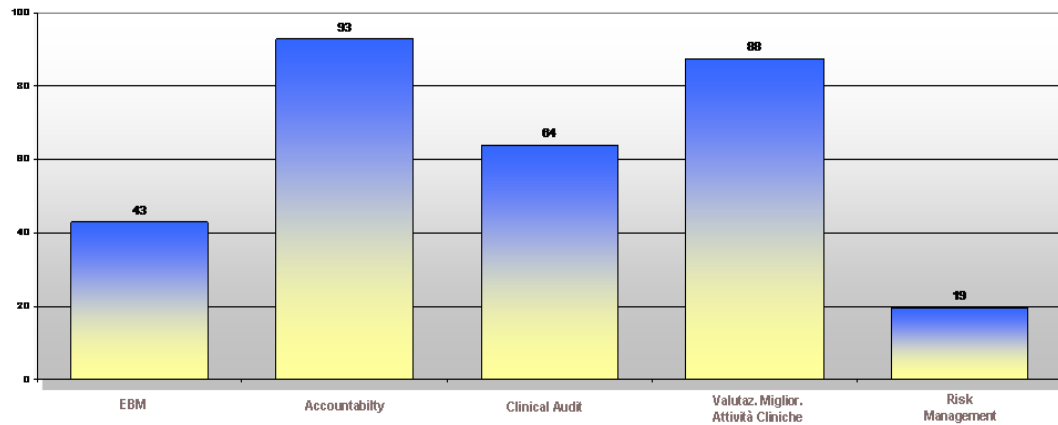
- ❖ le opinioni ed i valori dei pazienti vengono considerati nella scelta delle cure e dei trattamenti;
- ❖ la gestione dei reclami e dei contenziosi prevede un ritorno di informazioni ai professionisti coinvolti e ne favorisce la discussione, ma non sempre i risultati delle analisi possono essere utilizzati per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Dipartimento di psichiatria – sintesi delle evidenze

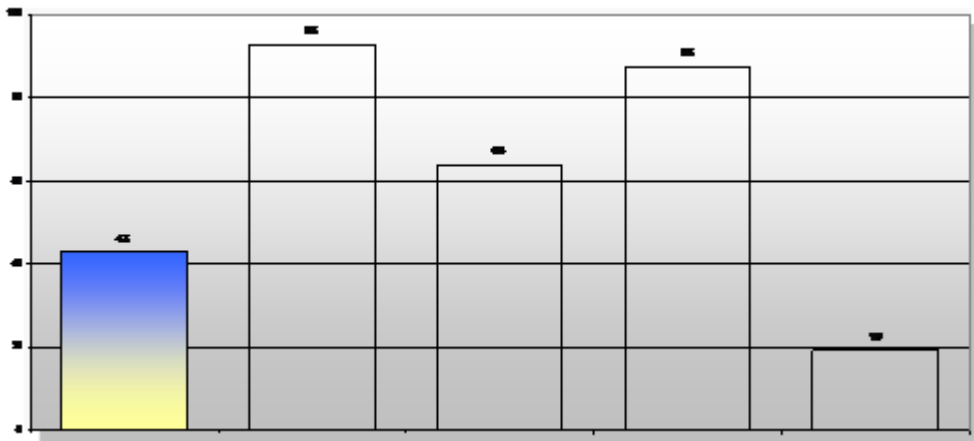
Punti di forza	Proposte di intervento
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sensibilità alla cultura della Medicina basata sulle Evidenze; ❖ la rintracciabilità degli atti eseguiti sul paziente; ❖ attitudine alla valutazione degli indicatori clinici oltre che di quelli economico-gestionali; ❖ coinvolgimento del paziente in tutte le fasi del processo assistenziale, informazione dell'iter post ricovero ed attivazione della rete territoriale 	<p>EBM</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementare corsi di formazione sulla metodologia della ricerca scientifica. <p>ACCOUNTABILITY</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Estensione della copertura informatica per la gestione dei dati e delle attività relative ai pazienti; ❖ introduzione di procedure formalizzate per la gestione (personalizzata per ciascun operatore sanitario) dei dati clinici informatizzati. <p>CLINICAL AUDIT</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Attività di informazione, formazione e training in merito al Clinical Audit; ❖ programmazione ed organizzazione strutturata delle sessioni di Audit; ❖ introduzione di sistemi volti alla tracciabilità ed alla reportistica dei risultati delle sessioni. <p>VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisione ed adeguamento del sistema di valutazione individuale in collaborazione con gli organi direttivi aziendali. <p>RISK MANAGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sviluppare un processo atto a identificare, valutare, controllare e gestire il rischio clinico.
Criticità	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vengono svolte riunioni atte al miglioramento dell'assistenza che tuttavia non sono assimilabili ad attività di Clinical audit; ❖ la gestione del rischio clinico non segue metodiche proattive ma è lasciata ad iniziative non strutturate ed al self-control dei singoli professionisti. 	

DIPARTIMENTO PATOLOGIA CLINICA

UU. OO. del Dipartimento	Posti letto	Numero medici	Ricoveri ordinari
S.C.D.U. Anatomia Patologica	0	8	0
S.C.D.O. Laboratorio Analisi	0	12	0
S.S.D. Immunoematologia Trasfusioanle	0	3	0

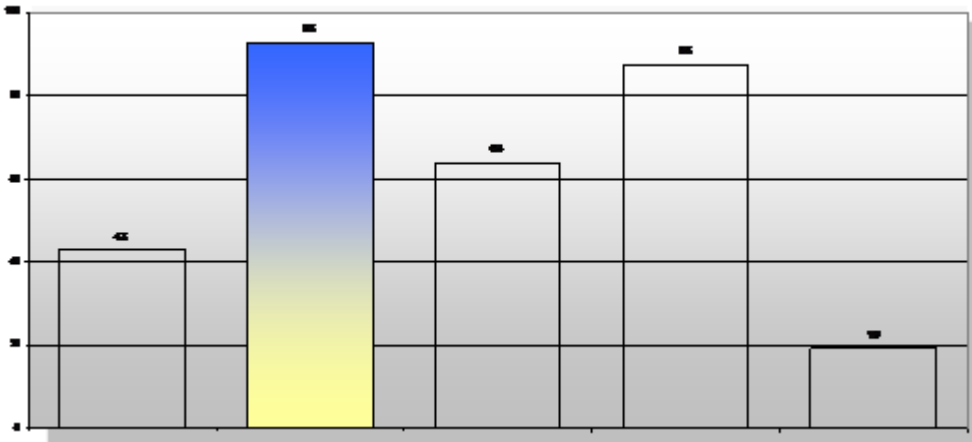


Evidence Based Medicine



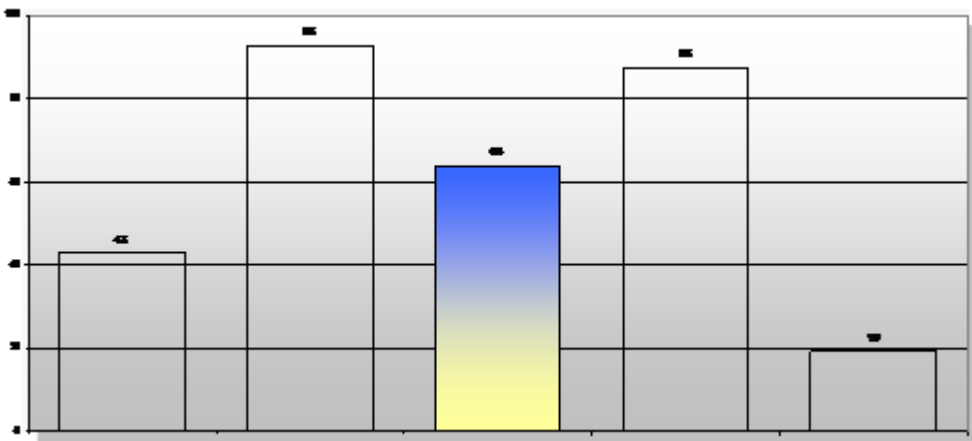
- ❖ l'adozione delle “ evidence based guidelines” permette di ridurre la variabilità nella pratica e di migliorare gli esiti;
- ❖ il collegamento online con la biblioteca universitaria, mediante computer presenti nella UO, viene ampiamente utilizzato;
- ❖ le opportunità di miglioramento sono essenzialmente legate all'impiego sistematico delle Evidenze scientifiche nelle attività tecniche.

Accountability



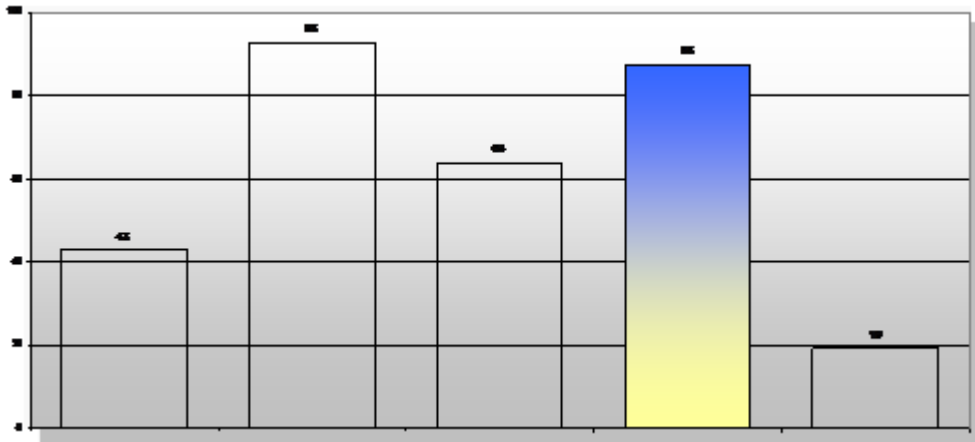
- ❖ La rintracciabilità degli atti eseguiti da medici e tecnici sanitari è realizzata al meglio sulla base di un software informatico, attraverso l'utilizzo di una procedura formalizzata con accesso tramite password personalizzata;
- ❖ la procedura è utilizzata in modo uniforme dal personale medico e tecnico.

Clinical Audit



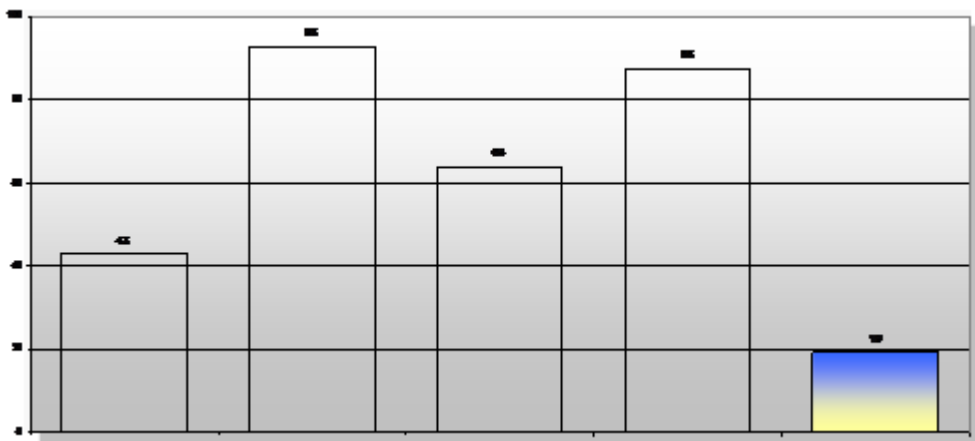
- ❖ I clinical audit vengono svolti con frequenza variabile ed hanno lo scopo di analizzare e valutare la qualità della propria attività;
- ❖ viene valutato tutto il percorso assistenziale e vengono utilizzati degli standard di riferimento;
- ❖ i risultati permettono quasi sempre di individuare azioni di miglioramento che poi vengono monitorate nel tempo.

Valutazione e miglioramento delle attività cliniche



- ❖ La valutazione ed il miglioramento delle attività sono basati sull'utilizzo dei dati di output ed efficienza gestionale (sistema informatico aziendale) e degli outcome clinici (prevalenza office automation);
- ❖ le valutazioni permettono, generalmente, di individuare e attivare percorsi di miglioramento;
- ❖ la valutazione del personale sanitario è complessiva di tutto il team.

Risk Management



- ❖ Non è stata realizzata la mappatura dei rischi clinici;
- ❖ l'abitudine a segnalare gli errori non è ancora pienamente consolidata;

- ❖ L'attività di analisi strutturata di sintesi e di collegamento delle diverse componenti del sistema di gestione del rischio (incidenti, denunce, indicatori clinici, reclami) è una prassi ben consolidata.

Informazione e partecipazione del paziente/cittadino

La scheda di rilevazione del paziente cittadino è in gran parte non applicabile per la funzione quasi esclusiva di servizio in back-office che il dipartimento svolge e non di diretta interazione con i pazienti.

- ❖ Il paziente viene adeguatamente informato e coinvolto negli atti assistenziali.
- ❖ Non vengono tuttavia somministrati i questionari per la rilevazione della customer satisfaction.
- ❖ I reclami, allorquando inviati dall'URP, vengono analizzati e discussi ed i risultati servono a migliorare la qualità dell'assistenza.

Dipartimento di Patologia Clinica – Sintesi delle vicende

Punti di forza	Proposte di intervento
<ul style="list-style-type: none">❖ L'utilizzo, nella pratica assistenziale, di una metodologia basata sulle migliori evidenze scientifiche;❖ la rintracciabilità degli atti assistenziali eseguiti.❖ l'informazione del paziente.	<p>EBM</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Implementare corsi di formazione sulla metodologia della ricerca scientifica e sulla . <p>CLINICAL AUDIT</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Attività di informazione, formazione e training in merito al Clinical Audit;❖ affiancamento nella programmazione ed organizzazione delle sessioni di Clinical Audit <p>VALUTAZIONE E MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Valutare gli operatori sanitari singolarmente secondo il principio della confidenzialità, formazione, punto di vista del valutato e del valutatore con finale condivisione dei risultati. <p>RISK MANAGEMENT</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Mappatura dei rischi clinici e sua divulgazione;❖ attivazione di percorsi di benchmarking con strutture comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e riduzione degli errori. <p>INFORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE/CITTADINO</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Somministrare i questionari per la rilevazione della customer satisfaction.
Criticità	
<ul style="list-style-type: none">❖ Evidence based practice nelle attività tecniche;❖ la pratica del Clinical Audit è poco rappresentata;❖ Si riscontrano carenze nella gestione proattiva del rischio clinico.	

LE RACCOMANDAZIONI GENERALI E GLI INTERVENTI DI MIGLIORAMENTO PER LA STRUTTURA OSPEDALIERA

- ❖ Le raccomandazioni riportate di seguito sono una sintesi degli interventi individuati per ogni Dipartimento, e rappresentano le azioni suggerite per cogliere gli spunti di miglioramento individuati con l'applicazione della metodologia Optigov. Esse sono da intendersi come suggerimenti di azioni da effettuare, che la direzione aziendale può far propri ed inserire nel proprio programma di attività, tenendo conto delle proprie specificità (evoluzione organizzativa in corso, priorità strategiche/gestionali, altri progetti in corso, risorse disponibili).
- ❖ Nelle raccomandazioni si distinguono due tipologie di intervento: urgenti, ossia che richiedono un intervento nel breve periodo, normalmente riferiti ad aree di ampio miglioramento; interventi prioritari, ugualmente importanti ma da implementare nel medio periodo e intervenendo in un più generale miglioramento dei requisiti di contesto.
- ❖ Gli interventi possono essere riferiti a una singola area della Clinical Governance, ai presupposti funzionali o trasversalmente su più aree, laddove l'intervento si ritiene debba essere strutturale o con un forte impatto sull'organizzazione generale delle attività sanitarie.
- ❖ Le modalità di intervento proposte sono di due tipologie:
 - ♦ Interventi sulle competenze: sono azioni di formazione degli operatori sulle aree della Clinical Governance, suggerite generalmente laddove il miglioramento può essere raggiunto attraverso una maggiore diffusione delle conoscenze, condivisione degli strumenti o ricerca di nuove modalità di lavoro, attraverso il confronto con letteratura scientifica o, soprattutto, coinvolgendo gli operatori in sessioni di lavoro pratico (laboratori di apprendimento, seminari di approfondimento, gruppi di studio);
 - ♦ Interventi organizzativi: sono azioni di revisione dell'organizzazione, con riferimento alle funzioni o ai ruoli aziendali, i processi di lavoro o le attività svolte; sono suggeriti laddove il miglioramento dell'area della Clinical Governance passa necessariamente da adeguamenti della struttura ai processi o alle metodologie di lavoro (ad. es: attivazione di strutture, nuove procedure,...).
- ❖ Gli interventi proposti sono accompagnati da:
 - ♦ strumenti o metodologie di lavoro: gli interventi possono prevedere la necessità di insistere su nuovi metodi, strumenti organizzativi, o ancora l'introduzione di nuovi modelli e prassi di lavoro a supporto delle attività;
 - ♦ strumenti informatici di supporto ai processi di lavoro: sono previsti quando i processi richiedono interventi più specifici sui sistemi informatici, in termini di adeguamento,

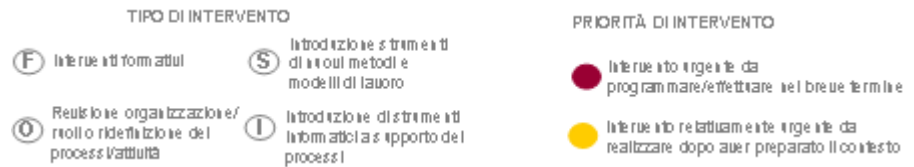
maggiore strutturazione o integrazione con tecnologie confacenti alle necessità organizzative evidenziate.

Sintesi delle raccomandazioni

- ❖ Interventi con programmazione e gestione a livello aziendale:
 - ✓ Attivazione di funzioni di staff che, attraverso l'introduzione e lo sviluppo di nuove competenze, potenzino il ruolo di governo dell'azienda, nel miglioramento continuo della qualità assistenziale gestito dalle UU.OO.;
 - ✓ estensione della copertura informatica a determinate aree di particolare interesse ad oggi non informatizzate;
 - ✓ individuazione e formazione di figure professionali specifiche per il presidio di alcune aree di interesse, con particolare riferimento alla Qualità, Clinical Risk Management e Misurazione delle performance cliniche;
 - ✓ introduzione di strumenti e figure professionali per il management e la valorizzazione delle attività di ricerca.
- ❖ Interventi diffusi e profondi sull'intera organizzazione assistenziale:
 - ✓ Promozione degli strumenti di EBM/ EBN da parte della Direzione Sanitaria e delle funzioni di staff;
 - ✓ Attivazione di azioni metodologiche e formative volte alla diffusione di strumenti o metodologie di clinical audit;
 - ✓ adozione uniforme degli strumenti di Accountability (es. estensione di alcune "best practices" presenti in azienda) e formalizzazione delle procedure che ne regolamentino l'utilizzo;
 - ✓ introduzione a livello di UU.OO. delle procedure di qualità (sistema di qualità certificato ed elaborazione di PDTA), e di valutazione performance cliniche;
 - ✓ sviluppo ed Adozione di strumenti e metodologie per la gestione preventiva del Rischio Clinico;
 - ✓ diffusione di programmi per l'addestramento ed il sostegno agli operatori sanitari volti a soddisfare i bisogni e le preferenze dei pazienti e a fornire loro il sostegno necessario per l'accesso alle informazioni appropriate.

I Principali Interventi di miglioramento suggeriti dalla metodologia ed emersi da confronto con gli esperti rilevatori

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
1	<ul style="list-style-type: none"> estensione della copertura del sistema di contabilità analitica e dell'utilizzo del sistema Clickview per la reportistica a tutte le dimensioni del controllo; sviluppo del sistema di reporting e monitoraggio di tutti gli obiettivi pre-definiti e in tutte le tipologie di UU.OO.; implementazione di un sistema di programmazione degli incontri di valutazione degli obiettivi delle UU.OO. con un relativo aumento della loro frequenza (passaggio da semestrale a trimestrale); completamento del ciclo della pianificazione e controllo promuovendo una maggiore integrazione tra l'attività gestionale in senso stretto e quella assistenziale al fine ulteriore di ottenere una reportistica più precisa delle attività effettivamente svolte nelle diverse UU.OO.; integrazione nei processi di controllo della valutazione del personale medico. 	<p>(S)</p> <p>(I)</p> <p>(O)</p>		Gestione risorse e servizi
2	<ul style="list-style-type: none"> Introduzione di un sistema di indicatori per la valutazione dei servizi ausiliari a supporto della gestione dei fornitori esterni; estensione ai servizi ausiliari interni della valutazione di performance in chiave di miglioramento. 	(S)		Gestione risorse e servizi
3	<ul style="list-style-type: none"> Razionalizzazione del ciclo della programmazione della formazione, attraverso l'adozione di strumenti finalizzati alla rilevazione dei fabbisogni e alla pianificazione dei percorsi formativi, con una maggiore attenzione ai piani di carriera personali e i relativi fabbisogni dei singoli operatori; formalizzazione, a livello azienda, di convenzioni a gruppi di lavoro nazionali ed internazionali per attività di benchmarking su diversi temi specifici. 	<p>(O)</p> <p>(S)</p>		Cultura dell'apprendimento



n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
3	Identificazione di un referente per la Ricerca e Sviluppo in staff alla Direzione Aziendale con l'iniziale compito di integrare il lavoro del Comitato Etico nel raccogliere le informazioni sulle attività di ricerca in corso, le risorse disponibili ed ulteriormente esigibili, nonché di censire e avviare relazioni più strutturate con enti esterni di ricerca. Il referente, esterno o interno sarà inoltre responsabile di un sistema per l'integrazione sistematica dei risultati della ricerca nella pratica clinica.	<p>(S)</p> <p>(O)</p>		Ricerca e sviluppo
4	Assessment sui sistemi informativi, sia sanitari che gestionali, individuando possibili aree di integrazione e strumenti di condivisione delle informazioni. Avvio dello sviluppo dei sistemi per l'estensione alle aree da completare quali: <ul style="list-style-type: none"> parte consuntiva del sistema di pianificazione e controllo, gestione dell'area servizi diagnostici, somministrazione di farmaci, dati non sensibili dei pazienti, servizio di accettazione e di emergenza con la relativa integrazione tra i due. Integrazione con la rete universitaria per l'accesso alle banche dati ed estensione alle UU.OO. delle possibilità di accesso.	(I)		Sistemi informativi, a servizio di tutte le aree della clinical governance

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
4	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Coinvolgimento del livello dipartimentale nell'organizzazione da parte dell'Azienda di Corsi di formazione specifici in materia di EBM ed EBN, per favorire la partecipazione agli stessi da parte delle diverse professioni sanitarie; al fine di integrare e valorizzare le competenze interne all'azienda, l'approccio suggerito è quello del coinvolgimento di docenti interni e di una programmazione dei partecipanti per singola UU.OO. ◆ In una prospettiva di medio-lungo periodo, supporto alla diffusione della cultura dell'Evidence Based Practice, contestualmente al proseguimento del percorso, già in atto in Azienda, di autonomia e responsabilizzazione della professione infermieristica, si propone quindi un intervento di definizione di P.D.T.A. integrati medico-infermiere, in quanto luogo di progettazione dei percorsi clinico-assistenziali, ma anche per favorire una maggiore partecipazione dei medici e degli infermieri nell'adozione della logiche Evidence Based sottostanti i P.D.T.A. 			EBM Sistemi di qualità
5	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Uniformare l'approccio all'accountability attraverso specifici strumenti (procedure aziendali ad hoc, ordini di servizio intra-dipartimentali, estensione dell'utilizzo di strumenti già consolidati in alcune UU.OO.) e prevedere un sistema di monitoraggio della loro applicazione (controlli periodici di cartelle cliniche, registri di sala operatoria) esplicitandone il collegamento con la valutazione delle performance della UU.OO.; ◆ rinnovo ed estensione delle procedure di tracciabilità delle attività infermieristiche a tutte le UU.OO.; ◆ formalizzare la tracciabilità del personale tecnico. 			Accountability Sistemi di qualità
6	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Organizzazione da parte dell'Azienda di Corsi di formazione specifici in materia di Clinical Audit (con il coinvolgimento di docenti interni ed esterni) per favorire la partecipazione agli stessi da parte delle diverse professioni sanitarie; ◆ affiancamento della Direzione Sanitaria ai Dipartimenti per la conduzione di sessioni di Peer Review ed organizzazione di workshop aziendali per il consolidamento della prassi; ◆ inserimento delle sessioni di Clinical Audit tra gli obiettivi di UUO; ◆ implementazione di un sistema per la reportistica (vs Direzione Sanitaria) delle sessioni di audit svolte; ◆ programmazione ed attuazione di Workshop semestrali improntati sulla condivisione degli approcci metodologici utilizzati e la discussione dei casi più significativi. 			Clinical Audit

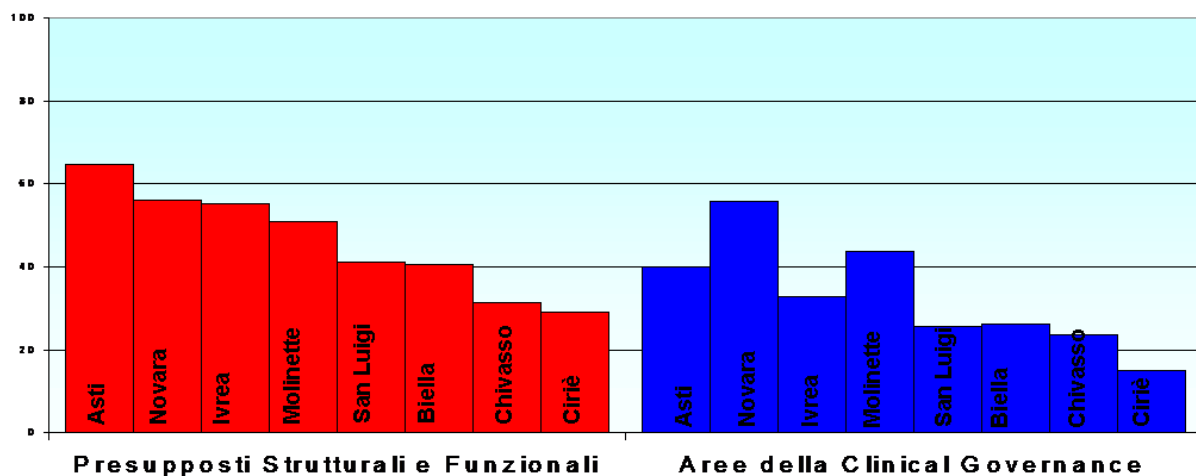
n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
10	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Elaborazione e divulgazione di uno strumento funzionale a schedare i rischi nelle singole UU.OO. al fine di promuovere la stesura di mappature dei rischi specifiche per ciascuna UU. ◆ Sviluppo e diffusione di strumenti per la prevenzione, l'individuazione e la gestione degli errori (es. procedure di rilevazione e classificazione), ◆ promozione di attività di benchmarking (sui temi di Risk Management) con strutture comparabili di rilievo nazionale e/o internazionale; ◆ strutturare e divulgare, a livello azienda, una mappatura dei rischi trasversali e comuni alla maggior parte delle UU.OO. (infezioni, cadute dei pazienti, gestione referti diagnostici, ecc.). 			Risk Management
11	<p>Uniformare l'approccio all'informazione ed alla gestione del Paziente Italiano e Straniero e loro familiari attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ l'incremento della produzione di opuscoli informativi da fornire ai pazienti prossimi alla degenza con riferimento sia alle diverse patologie che ai diversi trattamenti; ◆ l'Identificazione di meccanismi che permettano un incremento del numero dei questionari di soddisfazione compilati dai pazienti, al fine di consentire una sempre maggiore partecipazione di questi ultimi; ◆ la redazione di una procedura di gestione del rapporto con i familiari per un maggiore dialogo ed confronto; <p>Incrementare l'attenzione sul paziente attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ la programmazione ed avvio di un corso di formazione (per medici ed infermieri) specifico per lo sviluppo e la gestione della comunicazione ai pazienti con particolare riferimento a quelli complessi e a quelli coinvolti in sperimentazioni cliniche; ◆ l'organizzazione e la programmazione, laddove possibile, di sessioni dedicate al dialogo ed al confronto tra operatori sanitari ed i singoli pazienti; ◆ l'implementazione di un sistema per la gestione tempestiva ed interna alle UU.OO. delle richieste, esigenze o disappunti dei pazienti e dei loro familiari. 			Informazione e Partecipazione del Paziente/Cittadino

3.3 Sintesi dei risultati complessivi della sperimentazione in Regione Piemonte

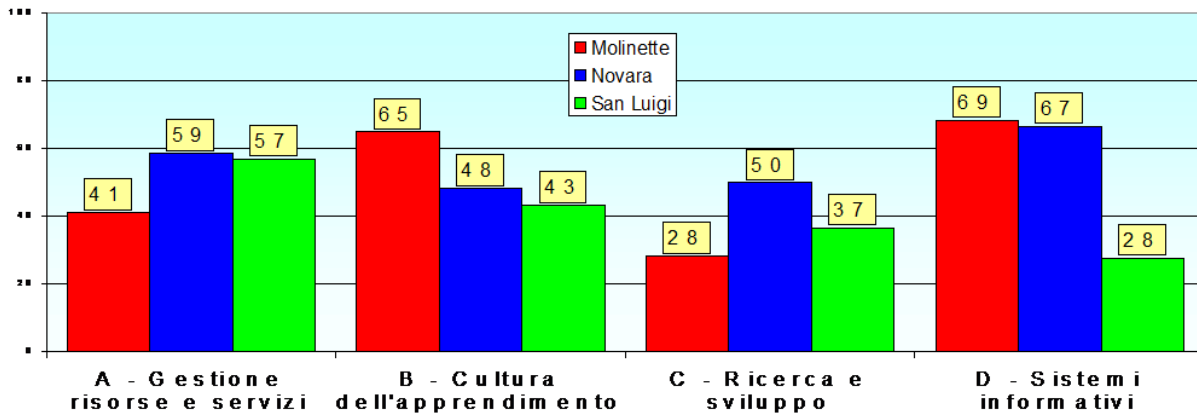
	Funzioni aziendali coinvolte	Dipartimenti coinvolti	UUOO coinvolte	Totale Interviste/Sessioni di rilevazione realizzate
Presidio di Cirié	7	4	20	27
Presidio di Ivrea	8	7	34	42
AOU San Luigi – Orbassano	9	4	33	42
AOU San Giovanni Battista	12	14	74	86
Presidio di ASTI	9	6	30	39
Presidio di Biella	7	5	30	37
Presidio di Chivasso	6	5	18	24
Azienda Ospedaliera Novara	6	16	59	65
Totale	64	61	298	362

Il contesto analizzato: i risultati per tipologia di struttura ospedaliera

- ❖ Il grafico sotto evidenzia una generale correlazione riscontrata tra i risultati nelle strutture analizzate.
- ❖ A maggiore risultato conseguito a livello dei presupposti strutturali e funzionali, è corrisposto un maggiore risultato a livello di aree della clinical governance.
- ❖ Fanno eccezione evidente due strutture di tipo universitario in cui, probabilmente, il ruolo dei clinici e l'assistenza integrata con la didattica e la ricerca favoriscono un incremento della capacità complessiva dell'organizzazione di esprimere governance sui processi assistenziali principali ivi comprese le capacità di gestione dell'attività assistenziale anche di tipo non complessa.

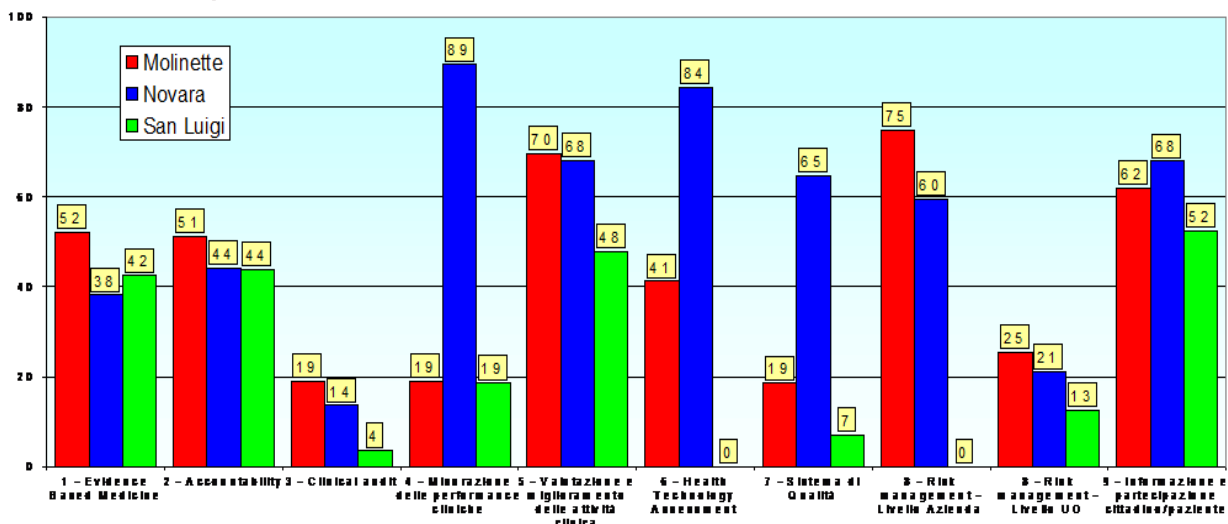


Le aziende ospedaliere universitarie: i presupposti funzionali



- ❖ I presupposti funzionali alla CG sono sviluppati in modo abbastanza omogeneo, salvo differenza che sono da ricondurre alle specificità delle singole organizzazioni e alla loro storia
- ❖ Cultura dell'apprendimento e Ricerca e Sviluppo sono le aree che richiedono interventi di miglioramento particolarmente importanti, in funzione soprattutto dei processi di integrazione ospedale – università
- ❖ I Sistemi Informativi sono generalmente bene sviluppati. Nel caso del San Luigi si evidenzia, invece, un punto di debolezza

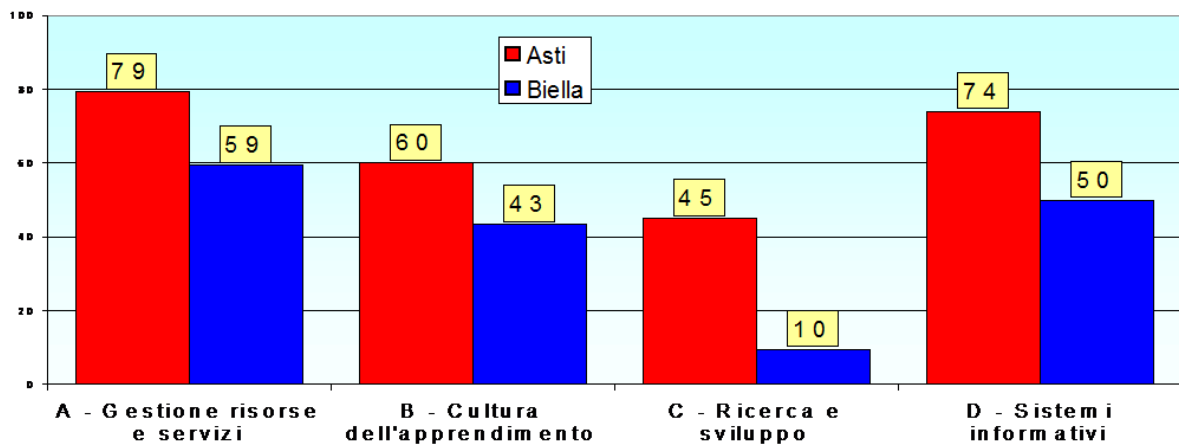
Le aziende ospedaliere universitarie: aree della Clinical Governance



- ❖ Generalmente buona appare l'attitudine ad integrare la propria esperienza con le migliori evidenze scientifiche disponibili
- ❖ Il clinical audit è in generale una pratica poco sviluppata

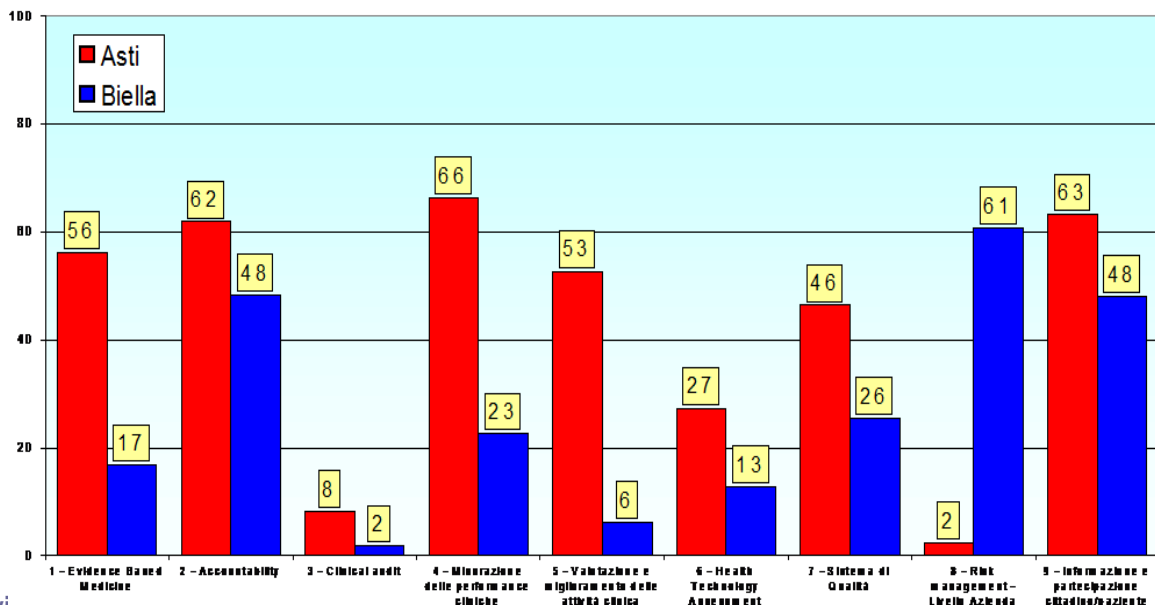
- ❖ Le valutazioni della performance non sempre sono supportate da sistemi efficaci di misurazione aziendali
- ❖ I punteggi relativi a Sistemi di Qualità rispecchiano scelte e approcci anche molto diversi fra loro, relativamente a metodologie e strumenti per il perseguimento della qualità.
- ❖ Le due strutture più grandi si sono attivate, con modalità diverse, sia nell'ambito dell'HTA che del Risk Management

Presidi di ASL a rilevanza provinciale: presupposti funzionali

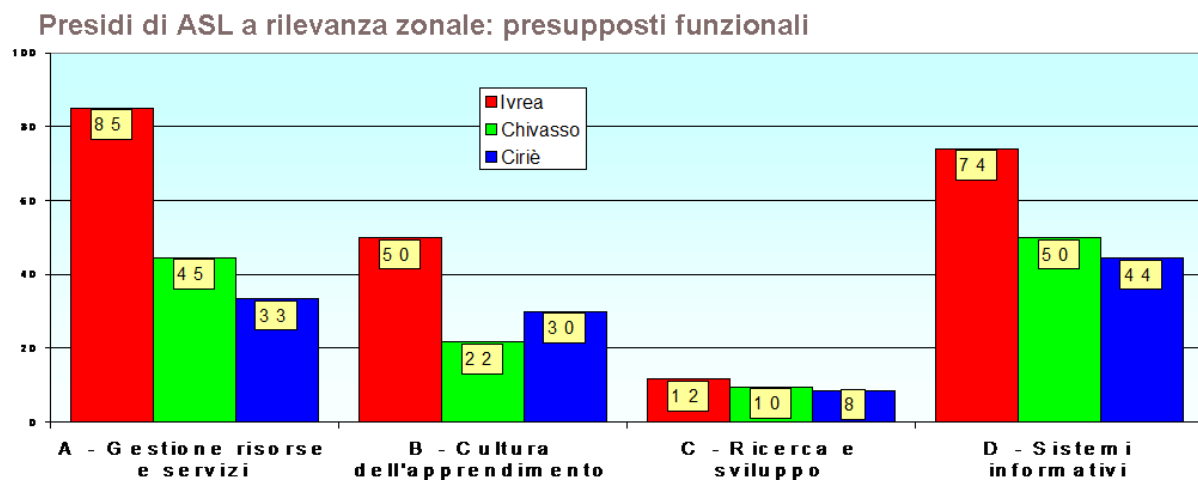


- ❖ Nei presidi a rilevanza provinciale lo sviluppo dei presupposti sembra maggiormente legata a scelte individuali delle organizzazioni
- ❖ Si riscontra una buona gestione delle risorse e dei servizi, con processi di programmazione che prevedono un buon coinvolgimento delle strutture, assegnazione di obiettivi e monitoraggio degli stessi da parte delle aziende
- ❖ L'area dei sistemi informativi è generalmente ben presidiata

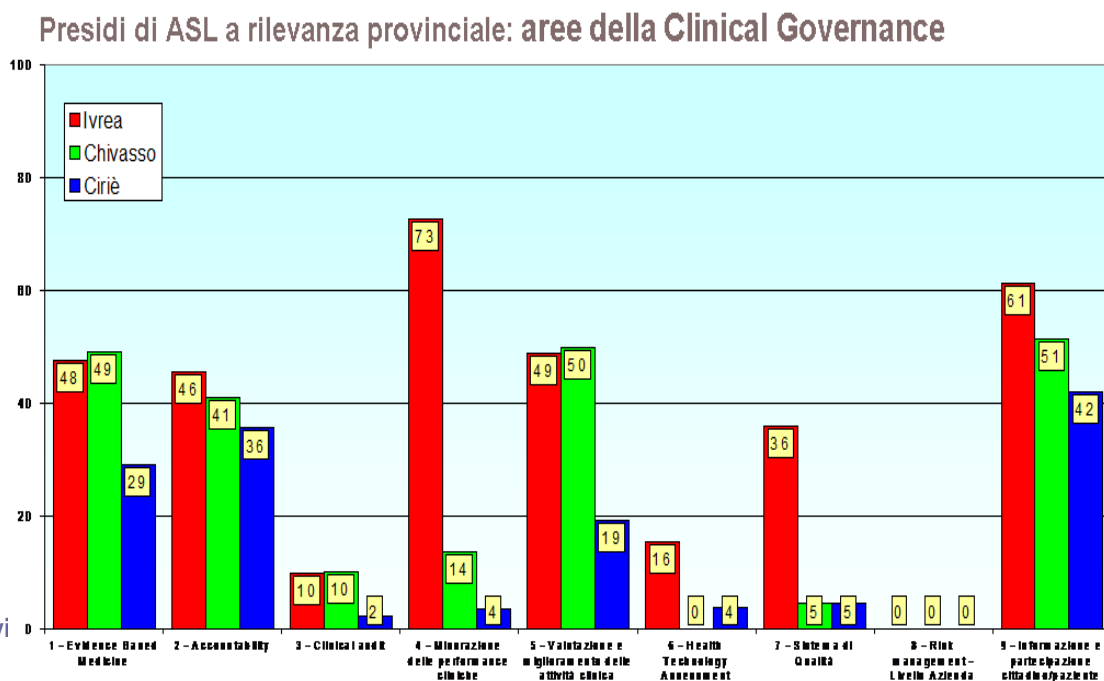
Presidi di ASL a rilevanza provinciale: aree della Clinical Governance



- ❖ Le aree della CG rispecchiano la disomogeneità dei presupposti funzionali. Le aree meglio presidiate sono l'accountability e l'informazione / partecipazione del paziente-cittadino.
- ❖ I sistemi di misurazione risultano particolarmente inefficaci, soprattutto nella rilevazione di indicatori di outcome specifici, associati a monitoraggio e obiettivi di risultato.
- ❖ L'HTA è poco sviluppato ma presente



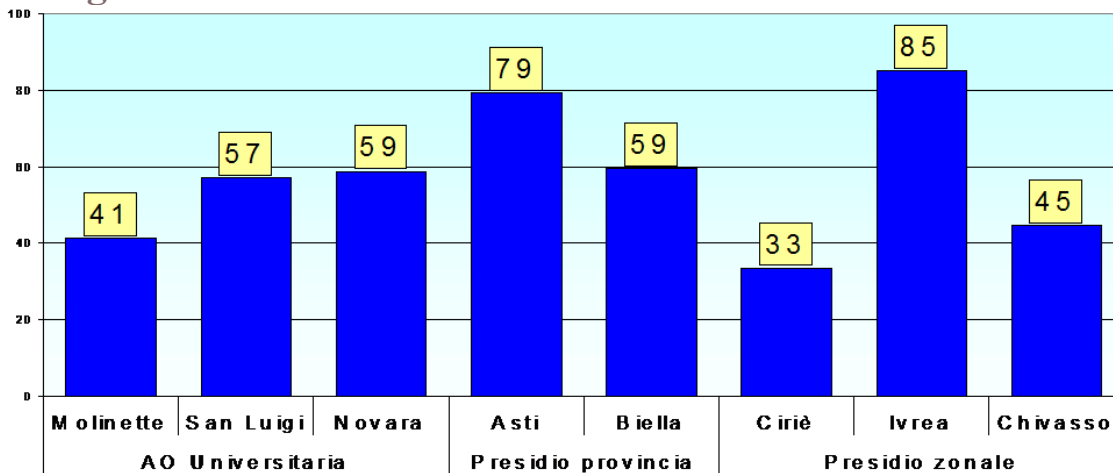
- ❖ Da premettere che i tre presidi di questo campione fanno parte ormai della stessa ASL, e rappresenta una delle più estese della Regione, fra le prime anche per posti letto ospedalieri.
- ❖ Si riscontrano importanti lacune da colmare in vista dei processi di accorpamento per tutti i presupposti della CG.
- ❖ Fa eccezione la Ricerca e Sviluppo, sostanzialmente destrutturata in tutto il contesto



- ❖ Le aree della CG sono sviluppate proporzionalmente alla dimensione del presidio
- ❖ Differenze importanti, di matrice tecnologica, si riscontrano soprattutto per l'area della misurazione della performance.
- ❖ La valutazione della performance risulta essere soprattutto un'iniziativa dei singoli clinici, svolta in modo poco sistematico e con strumenti e contenuti non condivisi con le strutture direzionali.

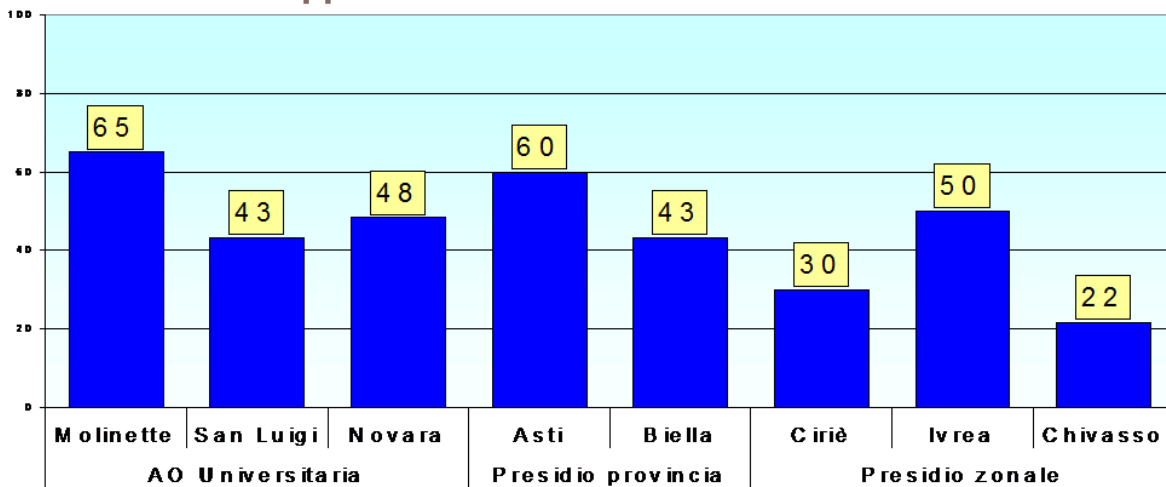
Le rilevazioni: L'analisi dei presupposti funzionali sulle 8 strutture

La gestione delle risorse e dei servizi



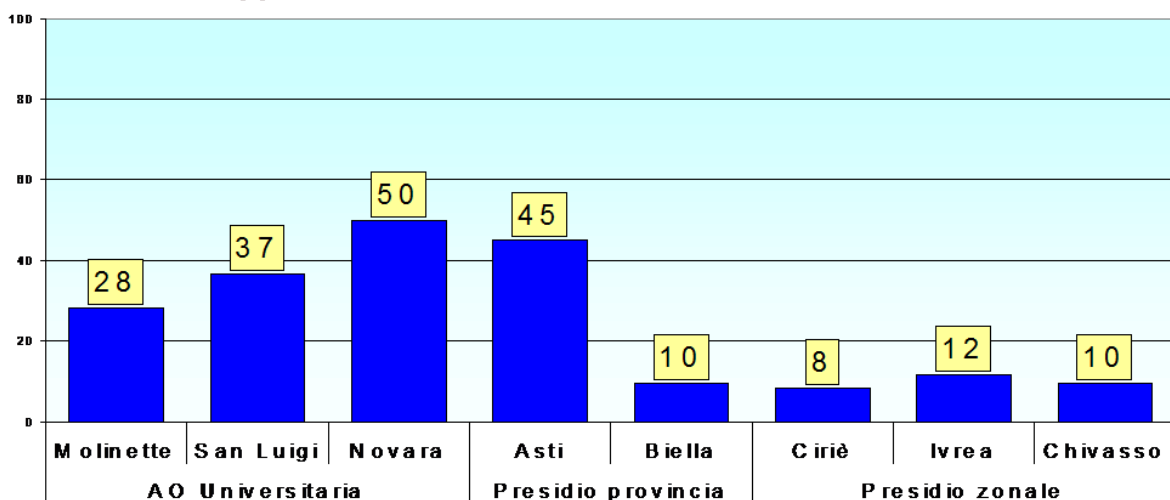
- ❖ Diverse aziende hanno introdotto logiche di programmazione e controllo a supporto della gestione
- ❖ I fronti di miglioramento sono in generale quelli relativi al miglioramento delle tempistiche, sia del budgeting sia del reporting e del controllo. A tal fine occorre sviluppare ulteriormente i sistemi informativi.

La cultura dell'apprendimento



- ❖ Tutte le aziende intervistate si sono attivate su questo presupposto
- ❖ Livelli maggiori del suo impiego sono stati riscontrati laddove le aziende si siano impegnate nella definizione di percorsi formativi per profili professionali e nella rilevazione decentrata dei fabbisogni formativi
- ❖ Quasi del tutto assente l'impiego dello strumento del benchmarking, se non per iniziative riconducibili a specifiche unità operative assistenziali.

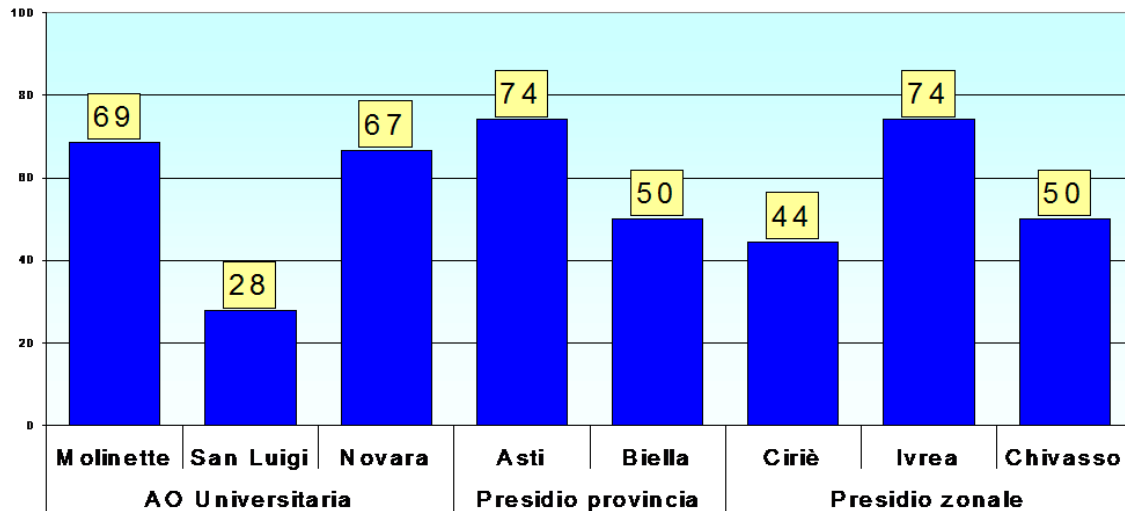
Ricerca e sviluppo



- ❖ Opportunità maggiori di miglioramento si riscontrano in generale per il presidio delle funzioni aziendali sulla ricerca, soprattutto in termini di programmazione e di supporto alle UUOO assistenziali.

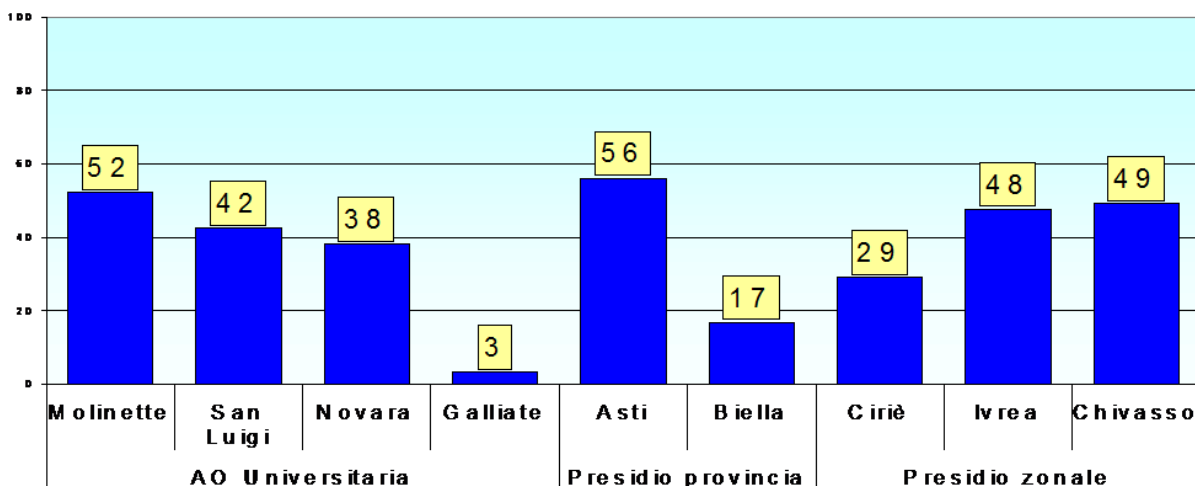
- ❖ La ricerca, laddove è sviluppata, è organizzata completamente all'interno delle UUOO, ovvero dei dipartimenti universitari.

I sistemi informativi



- ❖ Le aziende che hanno investito in sistemi per la gestione integrata dei processi di tipo sanitario hanno ragionevolmente maggiori possibilità di supportare le UUOO assistenziali nel percorso di miglioramento continuo delle performance

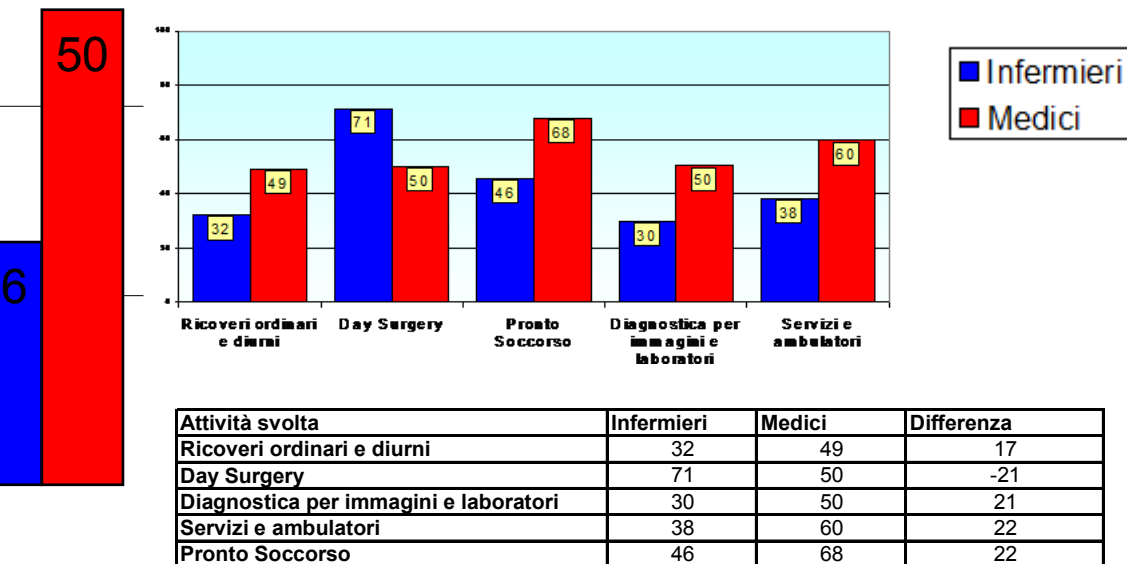
Le aree della clinical governance nelle 8 strutture analizzate



- ❖ Non si riscontra un differenziale rilevante tra presidi provinciali e zonali e Aziende Ospedaliere Universitarie

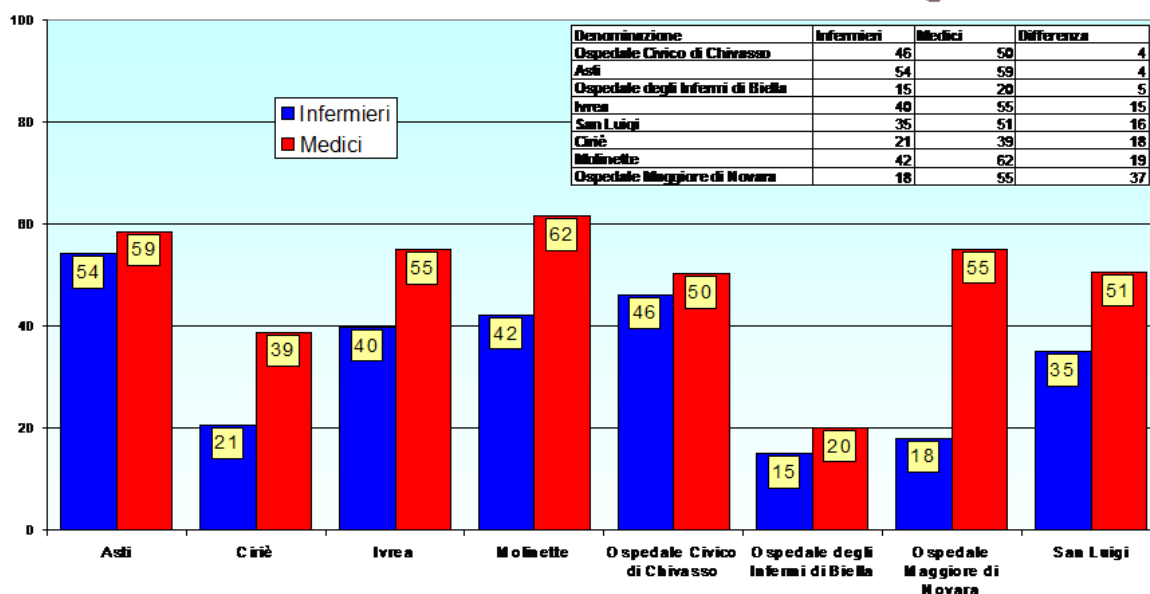
- ❖ Il ruolo dell'organizzazione nella diffusione della cultura dell'EBM è generalmente poco sviluppato o assente, in modo comune a tutte le tipologie di strutture. Risultati più alti e più bassi sembrano dipendere dalle specifiche UUOO assistenziali

Evidence Based Medicine ed Evidence Based Nursing



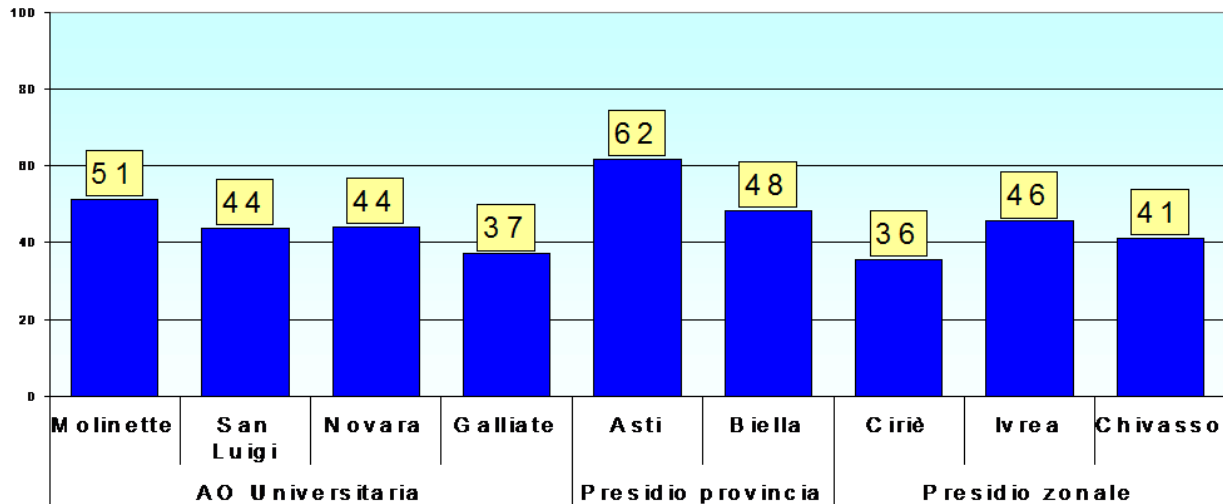
- ❖ Gap da colmare per gli infermieri comune a tutte le tipologie di attività
- ❖ Si rileva una certa tendenza dei comparti a non “sostenere” il livello di EBM dei medici. La Day Surgery è un dato il cui significato resta da approfondire
- ❖ La differenza minore è comunque con riferimento ai ricoveri (RO e DH sono assieme in questa classificazione), qui il ruolo degli infermieri è evidentemente anche più consolidato anche come pratica professionale

Evidence Based Medicine ed Evidence Based Nursing



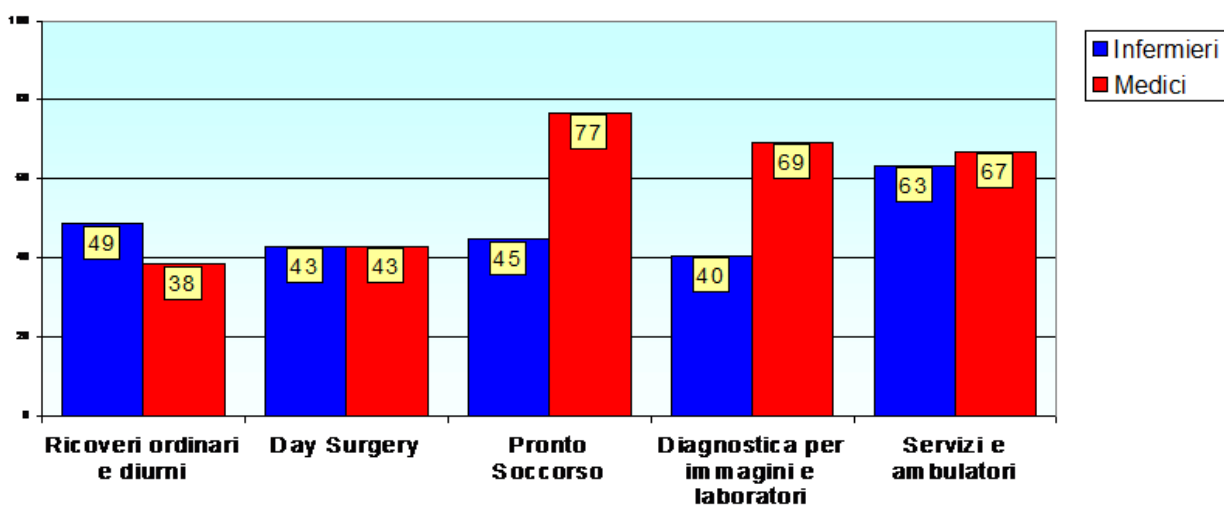
- ❖ Nella comparazione tra aziende quelle dove appare più difficile integrare e favorire lo sviluppo della professione infermieristica sono proprio quelle di tipo universitario (eccezione per Ciriè).
- ❖ Nel caso di Asti l'elevato risultato conseguito dal comparto infermieristico è da ricondurre alle iniziative formative realizzate, spesso più seguite da infermieri che dai medici stessi.

Accountability



- ❖ Non si riscontra un differenziale rilevante tra presidi provinciali e zonali e Aziende Ospedaliere Universitarie
- ❖ Il ruolo dell'organizzazione nella diffusione della cultura dell'EBM è generalmente poco sviluppato o assente, in modo comune a tutte le tipologie di strutture. Risultati più alti e più bassi sembrano dipendere dalle specifiche UUOO assistenziali

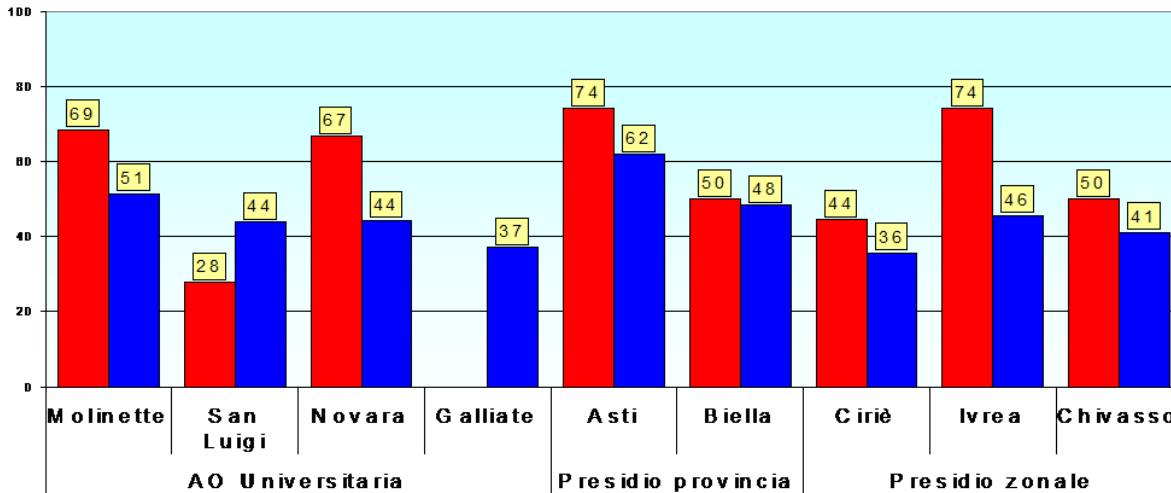
Accountability



- ❖ La rintracciabilità degli atti clinici nell'attività di ricovero è generalmente maggiore per gli infermieri.

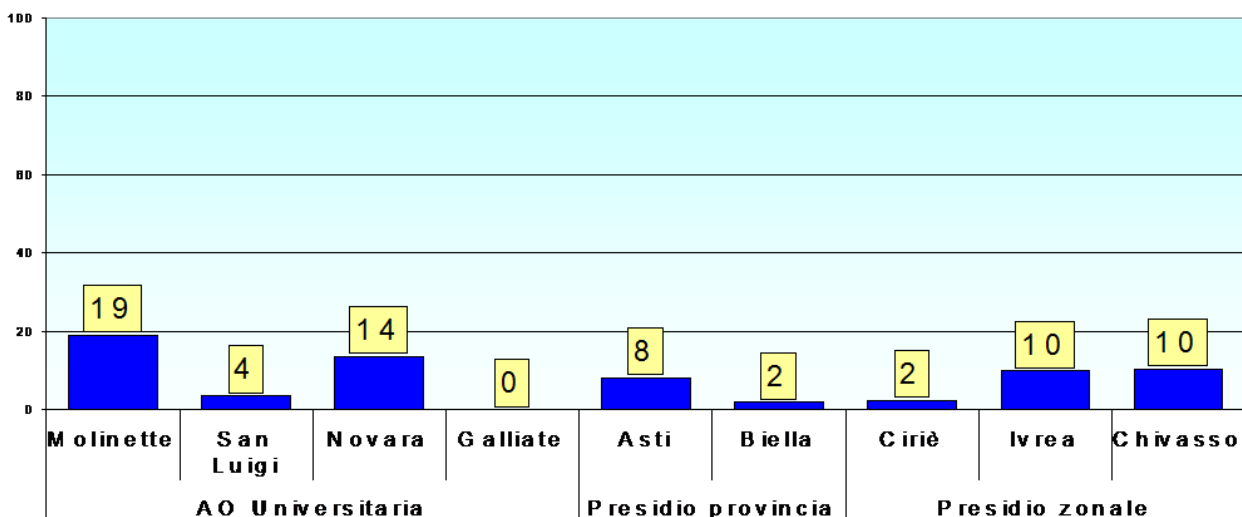
- ❖ Diagnostica e servizi sono in genere “coperti” da sistemi informatici per la tracciabilità degli atti medici, dalle fasi di pre-analisi e inoltro di richieste a quelle di refertazione. Da ciò derivano i risultati maggiori conseguiti. Il gap con gli infermieri, inoltre, è elevato perché questi gestiscono la documentazione in modo prevalentemente cartaceo e, pertanto, meno accurato.

Accountability e Sistemi informativi



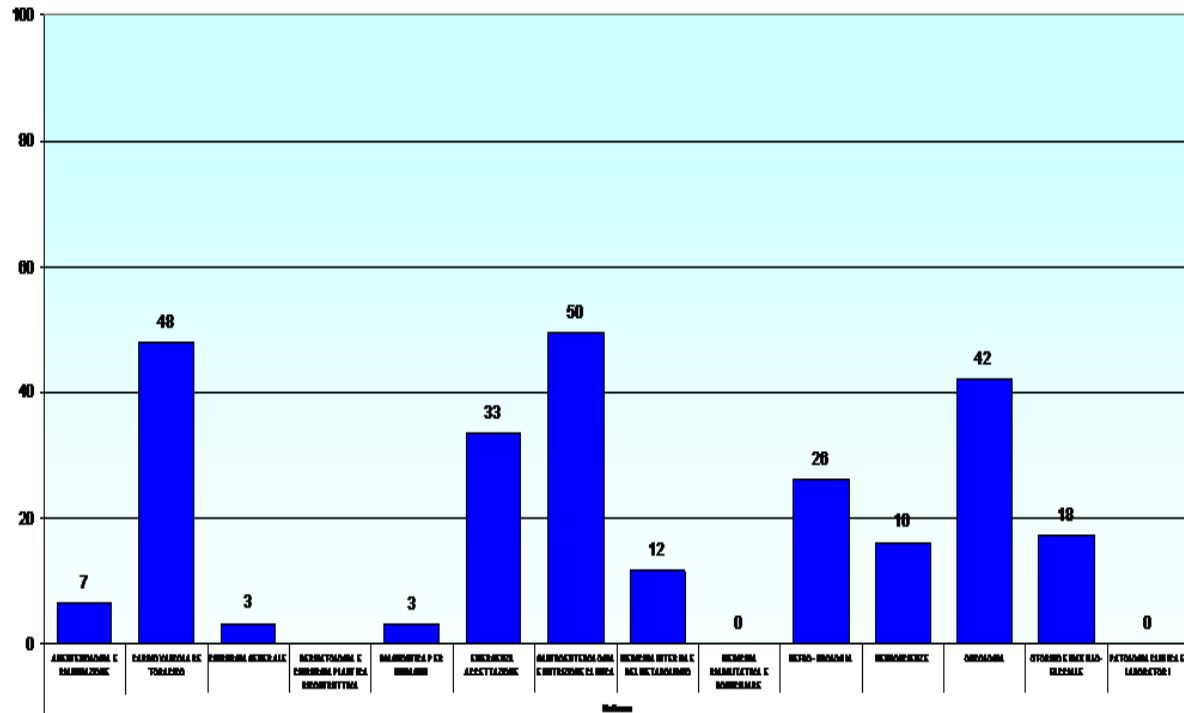
Come intuibile, è riscontrabile una significativa correlazione tra sviluppo di sistemi informativi e la pratica dell'accountability

Clinical Audit



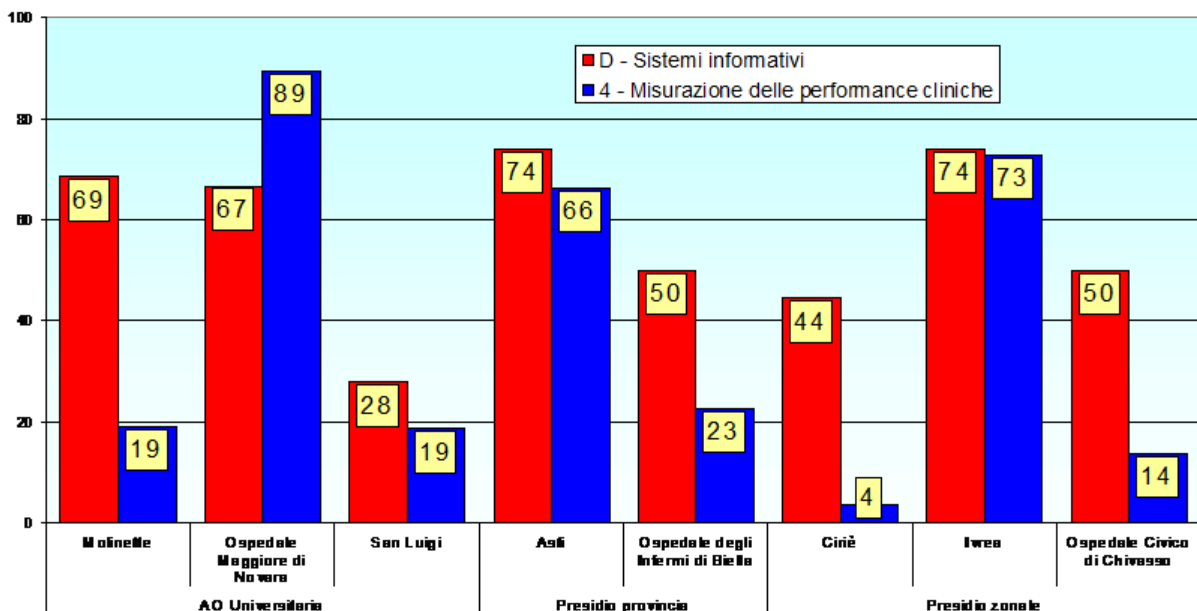
- ❖ Generalmente poco svolto, indipendentemente dalla tipologia di struttura,
- ❖ Una maggiore propensione è riscontrabile nelle strutture universitarie e negli ospedali più grandi (disponibilità di risorse, soprattutto specializzandi)

Clinical Audit (il caso di una grande azienda ospedaliera)



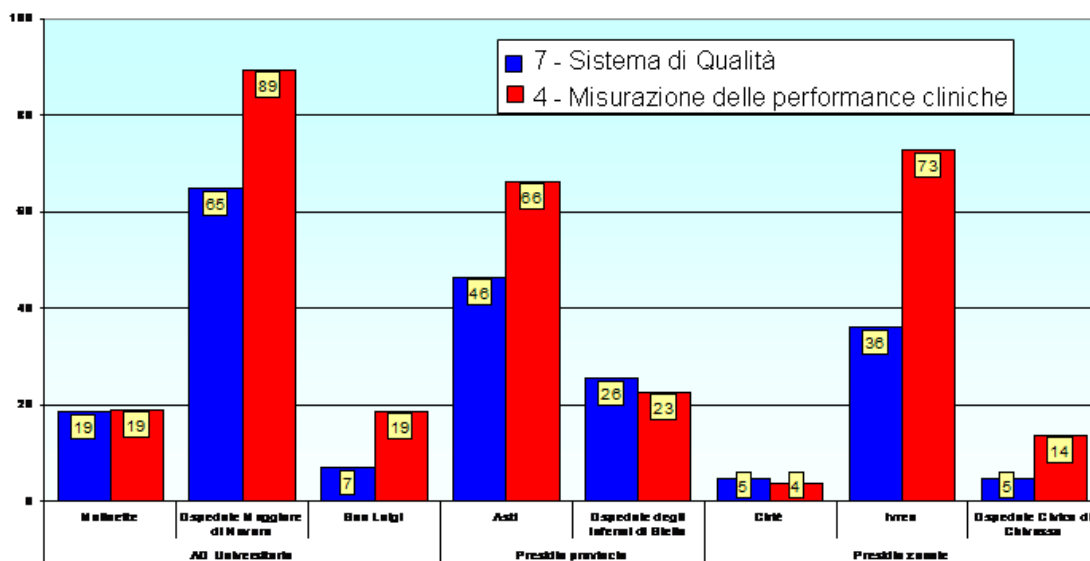
- ❖ L'Ospedale, essendo una struttura universitaria, pone maggiore attenzione alla pratica del clinical audit. Punteggi molto elevati si sono riscontrati soprattutto presso i dipartimenti di gastroenterologia, cardio vascolare toracico e oncologia.
- ❖ La variabilità è comunque molto alta tra le diverse UU.OO. ; si riscontra quindi l'opportunità di integrazione di pratiche e benchmarking tra le diverse unità operative

Misurazione delle performance cliniche e Sistemi Informativi



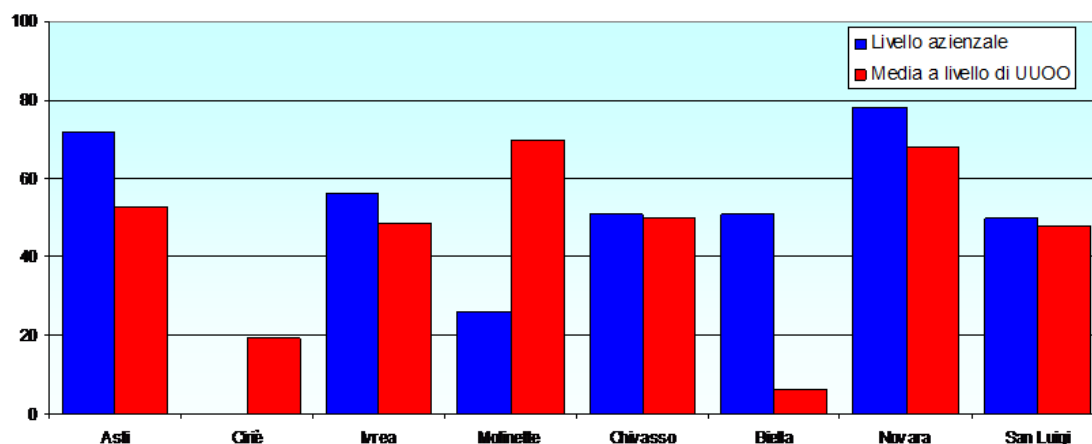
- ❖ I sistemi informativi non sempre si mostrano efficaci o funzionali alla misurazione delle performance. Mancano in genere veri e propri sistemi per il monitoraggio degli indicatori di processo di outcome sui PDTA
- ❖ Le misurazioni a livello di azienda sono maggiormente sviluppate sugli indicatori di efficienza

Misurazione delle performance cliniche e Qualità



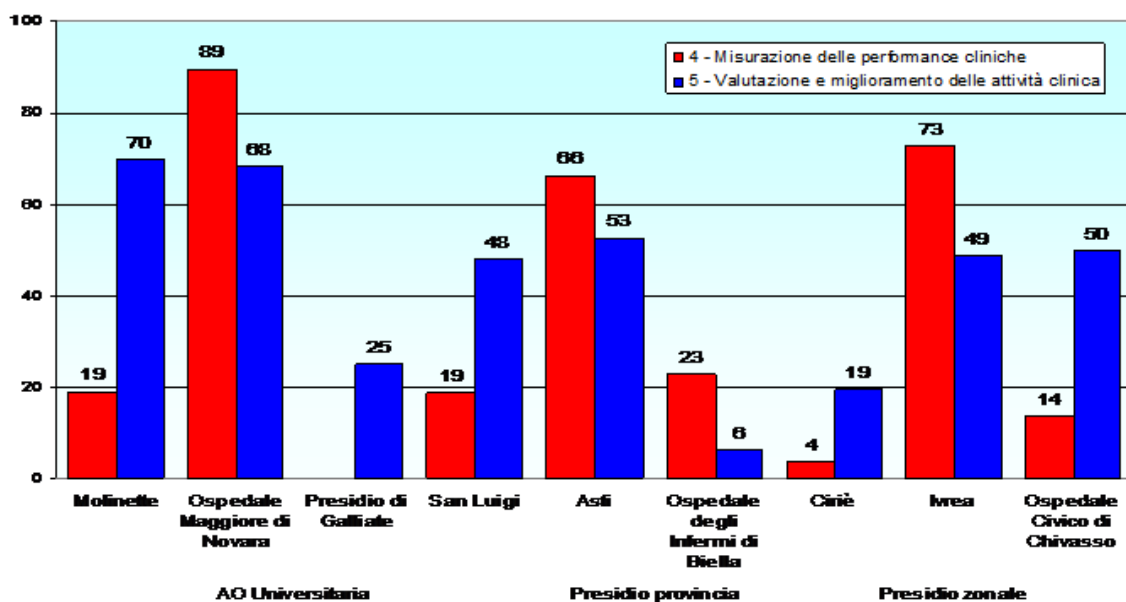
- ❖ Sistemi di qualità evoluti (anche relativamente) favoriscono una maggiore propensione alla misurazione delle performance cliniche a livello aziendale
- ❖ Fa eccezione che Novara, che ha investito molto su aspetti specifici di un sistema di qualità (standard di servizio, definizione di PDTA e misurazione delle performance cliniche)

Valutazione e miglioramento delle performance cliniche



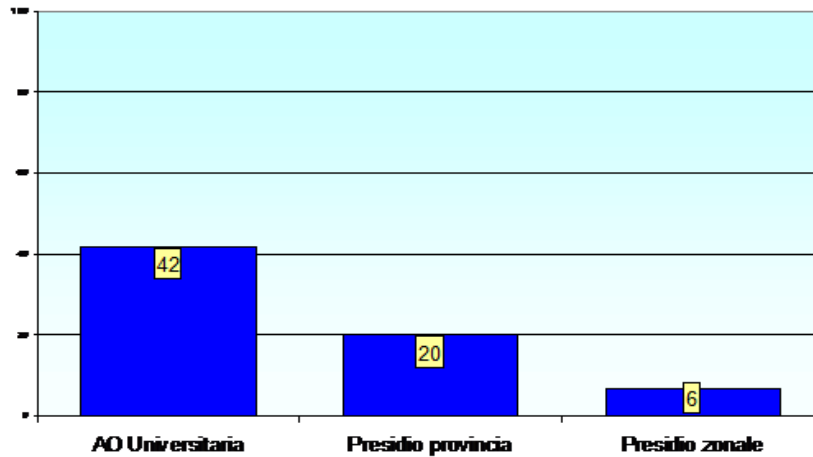
- ❖ La valutazione delle performance cliniche effettuata a livello aziendale è generalmente allineata a quella che si sviluppa a livello di UUOO
- ❖ Due eccezioni significative ed opposte:
 - ❖ Biella, dove la valutazione si ferma al livello aziendale e non coinvolge le UUOO
 - ❖ Molinette, dove sono le UUOO che praticano il miglioramento continuo delle proprie performance cliniche nonostante l'azienda non si sia ancora organizzata per fornire un supporto significativo

Misurazione e valutazione e miglioramento della performance clinica



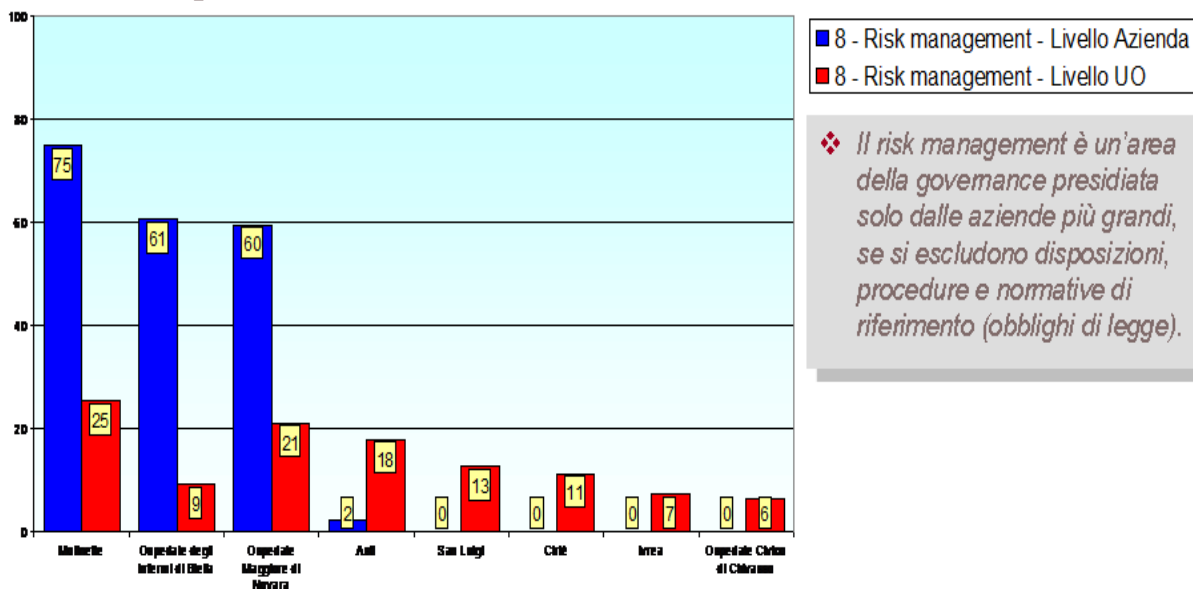
- ❖ Il rapporto fra misurazione e valutazione esprime senza dubbio il principale legame fra direzione e unità operative. In questo senso:
 - ❖ la misurazione da sola non porta a un'attività di valutazione sistematica, anche se nella maggior parte dei casi la favorisce.
 - ❖ La valutazione è spesso prerogativa dei clinici, che non condividono o sono messi poco in condizione di condividere i risultati clinici della loro attività. Le valutazioni sono in questo caso supportate da criteri o addirittura dati provenienti dall'esterno: società scientifiche e reti promosse dal sistema regionale (Polo oncologico, ma non solo).

Health Technology Assessment



- ❖ Le aziende intervistate hanno sviluppato poco competenze di HTA, di conseguenza hanno sviluppato in modo limitato modelli di analisi
- ❖ Più presente nelle aziende più grandi con maggiori esigenze di investimenti.
- ❖ Segna la differenza la presenza dell'ingegneria clinica, tuttavia questa non ha mai le competenze adatte a svolgere anche una funzione piena di HTA.

Risk Management

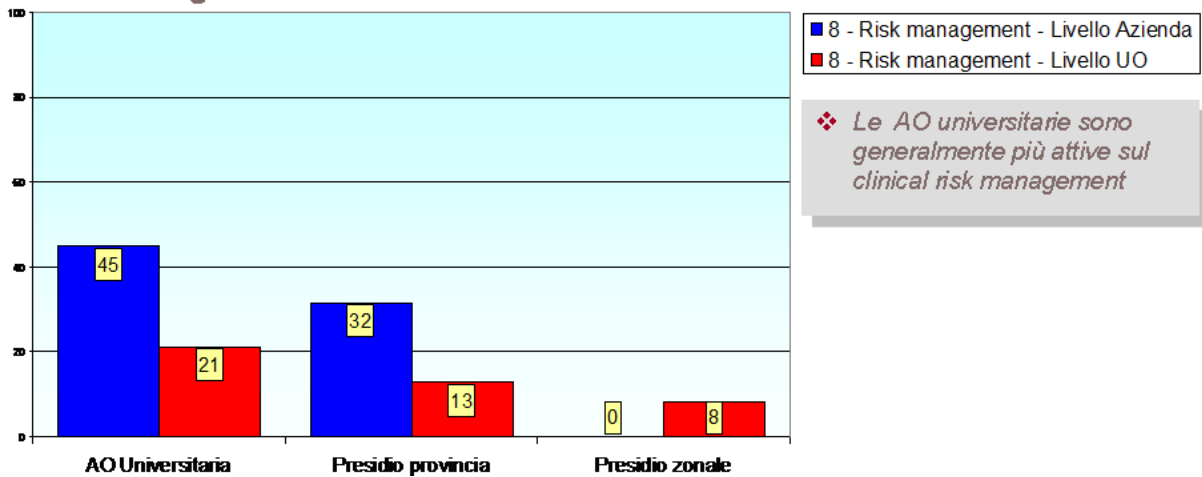


❖ Il risk management è un'area della governance presidiata solo dalle aziende più grandi, se si escludono disposizioni, procedure e normative di riferimento (obblighi di legge).

- ❖ A livello di unità operativa, si riscontra un livello leggermente superiore laddove sia presente anche un intervento dell'azienda, ma con una eccezione rilevante
- ❖ La differenza così marcata fra livello aziendale e UUOO assistenziali è data in gran parte da scogli culturali non ancora superati o superabili. Anche le schede di incident reporting sono poco utilizzate, non solo a causa dell'obbligo di denuncia (e la difficoltà a garantire l'anonimato)

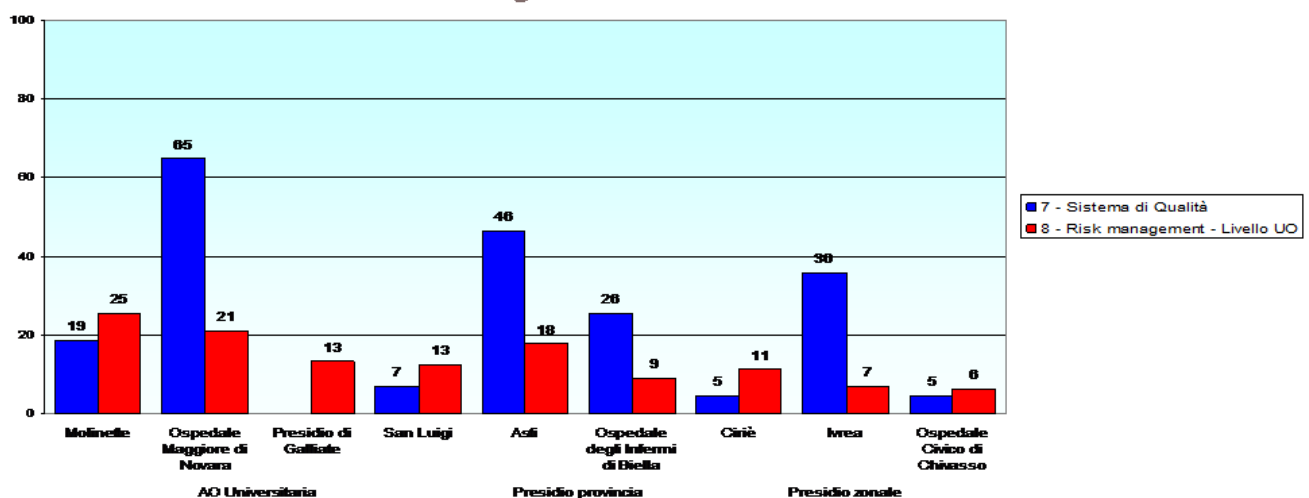
- ❖ Il moltiplicarsi di procedure e azioni generiche sul “corpus” dei medici non incidono: il lavoro extra delle Molinette in questo senso non produce risultati significativi, rispetto a Novara (benchmark).

Risk Management



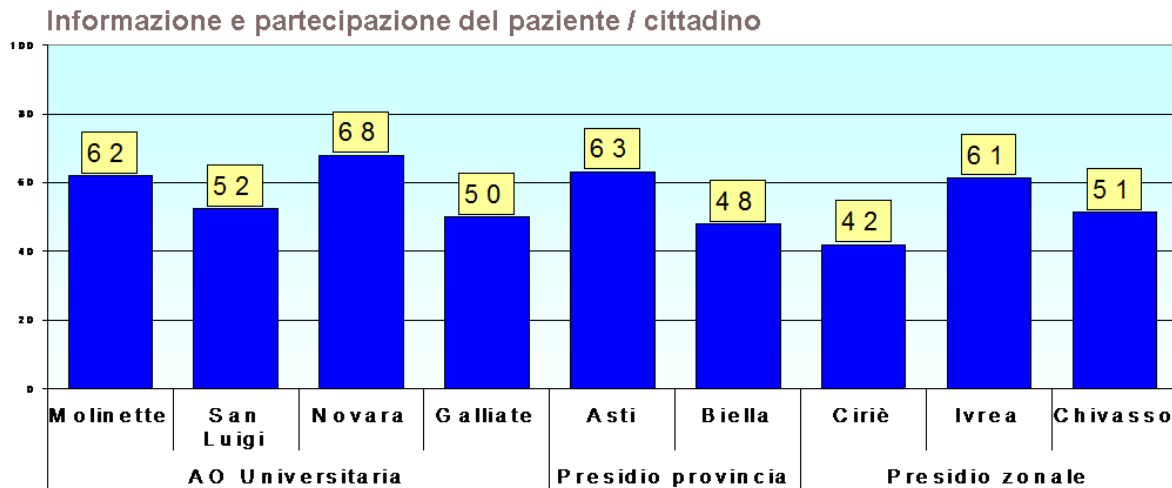
- ❖ Aumentare il lavoro svolto a livello centrale, sembra confermare questo grafico, non è efficace in termini di attitudine e capacità di gestione proattiva del rischio a livello di UO
- ❖ Il maggiore scollamento fra RM centrale e RM nelle UUOO sembra essere rappresentato da questo elemento: la gestione molto legata al contenzioso spesso porta a lavorare di più sulla gestione reattiva, mentre mancano strumenti operativi per gestione attiva: ad esempio, mappature incentrate sui PDTA, analisi delle cause organizzative o strutturali di rischio clinico
- ❖ Tra l'altro anche le azioni reattive potrebbero essere oggetto di miglioramenti significativi
- ❖ Quasi completamente assente l'uso del benchmark come strumento di miglioramento

Sistemi di Qualità e Risk Management



- ❖ La responsabilizzazione degli operatori è decisamente più marcata laddove i comportamenti possono essere maggiormente strutturati in procedure operative.

- ❖ In particolare, dove presente una certificazione ISO (o impostazione di gestione della qualità) la mappatura dei processi è svolta per l'individuazione delle non conformità (almeno in parte mappatura e non conformità sono sovrapponibili), e più in generale il linguaggio diverso favorisce un atteggiamento più positivo nei confronti della segnalazione e della gestione dell'errore.

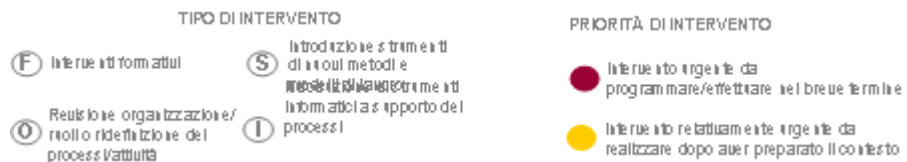


- ❖ Il livello è generalmente omogeneo
- ❖ Le AO hanno a disposizione maggiori risorse per la produzione di materiali informativi
- ❖ I presidi più piccoli sono generalmente più informali ma riescono, in diversi casi, a gestire in modo più efficace l'accoglienza

Alcuni Interventi di Miglioramento suggeriti alle strutture a seguito delle analisi: il caso di 3 presidi ospedalieri in corso di integrazione presso una ASL unica.

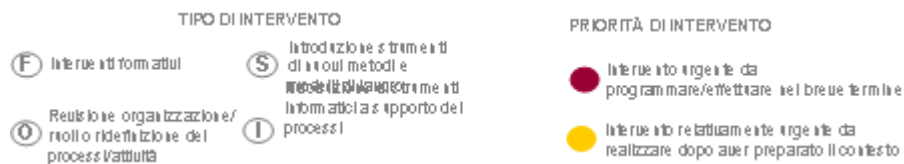
I principali interventi

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
1	Definizione del nuovo assetto organizzativo conseguente all'integrazione delle tre ASL: servizi di staff alla direzione, modello dipartimentale e articolazione dei dipartimenti ospedalieri e territoriali, e definizione delle funzioni di programmazione, erogazione dei servizi e controllo dei diversi livelli assistenziali all'interno del nuovo contesto organizzativo.	O	●	Tutte
2	Attivazione di un tavolo di coordinamento degli interventi di miglioramento sull'impiego degli strumenti della clinical governance, che riporti in prima battuta alla Direzione Sanitaria. Definisce le priorità degli interventi, il programma operativo di lavoro e verifica l'avanzamento delle attività. L'obiettivo del gruppo di lavoro sarà lo sviluppo di metodologie e strumenti di lavoro comuni ed omogenei all'interno dell'organizzazione, e l'introduzione progressiva nelle strutture operative degli strumenti tenuto conto delle attuali risorse disponibili, e della rappresentatività delle professioni sanitarie coinvolte (medici, infermieri, professioni tecnico sanitarie, figure gestionali).	O S	●	Tutte
3	Estensione del modello di programmazione e controllo (già adottato nella struttura di Ivrea) all'intera organizzazione, sia con riferimento all'utilizzo della BSC, che alla progressiva adozione degli strumenti di concertazione e definizione degli obiettivi di budget, a partire dal 2009. Sviluppo, già a partire dal 2008, di un sistema di reportistica più frequente e strutturato, soprattutto in riferimento alle aree organizzative attualmente non coperte dagli obiettivi assegnati. Implementazione di un datawarehouse per la raccolta e la gestione dei dati di reporting (disponibile a Chivasso). Avviare un processo formativo ai direttori di Dipartimento e di S.C., sia in riferimento al ruolo (di gestione), sia in relazione agli strumenti e al modello adottato dall'Azienda.	O S F I	●	Gestione risorse e servizi



n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
4	Assessment sui sistemi informativi disponibili nelle tre strutture afferenti alla ASL finalizzato alla definizione di un piano di integrazione, per valorizzare gli investimenti pregressi ed estendere le esperienze positive, in termini di strumenti adottati e di supporto ai processi clinici e gestionali. I punti di riferimento sono gli ERP sanitari e amministrativi attualmente utilizzati nell'organizzazione, costruendo piattaforme tecnologiche comuni. Con un riferimento temporale più ampio, è necessario intervenire supportando progressivamente le strutture complesse nell'utilizzo dei principali strumenti, anche in termini di accesso alle informazioni o di condivisione delle stesse.	O	●	Sistemi informativi
5	Razionalizzare il ciclo della programmazione della formazione, attraverso l'adozione di strumenti finalizzati alla rilevazione dei fabbisogni e alla pianificazione dei percorsi formativi, con una maggiore attenzione ai piani di carriera personali e i relativi fabbisogni dei singoli operatori. In questo senso potrà rivelarsi molto utile recuperare l'applicazione delle Job Description.	O S	●	Cultura dell'apprendimento
6	Definizione di uno strumento di analisi e benchmarking per le specialità mediche e chirurgiche omologhe appartenenti alle tre strutture, finalizzato alla rilevazione delle specifiche risorse (sanitarie) disponibili, pratiche e strumenti di lavoro, definizione di obiettivi condivisibili in un'ottica di sviluppo omogeneo dei livelli assistenziali.	O S	●	Cultura dell'apprendimento Misurazione e valutazione delle performance cliniche

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
7	Le attività da portare a termine nel breve periodo potrebbero essere la definizione di una banca dati di LG, e lo sviluppo di una griglia di analisi per monitorare la qualità delle LG stesse. In una prospettiva di medio-lungo periodo, supporto alla diffusione della cultura dell'Evidence Based Practice, contestualmente al proseguimento del percorso, pienamente in atto in Azienda, di autonomia e responsabilizzazione della professione infermieristica; si propone quindi un intervento di definizione di P.D.T.A. integrati medico-infermiere, in quanto luogo di progettazione dei percorsi clinico-assistenziali, ma anche per favorire una maggiore partecipazione dei medici nell'adozione della logica stessa sottostante i P.D.T.A.	S F	●	EBM
8	Interventi formativi in materia di clinical audit, anche con l'ausilio di docenti interni per la diffusione delle buone pratiche riscontrate in azienda. In virtù dell'intenso lavoro di definizione dei P.D.T.A. si propone di strutturare sessioni di audit anche trasversali, introducendo da subito una revisione della casistica svolta sul percorso. Si consiglia di reinserire l'Audit negli obiettivi aziendali, allargando l'attività anche al comparto infermieristico	F S	●	Clinical Audit
9	Definizione di un set di indicatori più strutturato, che preveda la presenza delle tre principali categorie di dato, incentrato sullo sviluppo progressivo dei PDTA e il monitoraggio della qualità clinica erogata dalle strutture: indicatori di risultato (outcome clinico), di processo (in via di definizione per quanto riguarda i P.D.T.A.) e dati economico-gestionali.	O S I	●	Misurazione e valutazione delle performance cliniche



n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
	Definizione di un programma di lavoro per l'introduzione degli strumenti di Clinical Risk Management in azienda, conseguente all'attivazione della nuova unità dedicata. Sviluppo di progetti di breve periodo finalizzati a fornire primi risultati operativi, con particolare riferimento a: -Gestione preventiva dei rischi collegati ai PDTA (mappature dei rischi, procedure di segnalazione e classificazione degli eventi avversi,); -Analisi degli errori e dei reclami, con l'obiettivo di gestire proattivamente il rapporto con i pazienti - Valutazione della qualità della compilazione della cartella clinica e della SDO, introducendo metodologie (griglie di analisi) e strumenti di rilevazione sistematici (anche in relazione ai lavori svolti a livello locale e regionale).	S F	●	Qualità e Risk Management
	Individuare professionalità specifiche per la valutazione multidimensionale delle tecnologie, anche con il supporto di strumenti operativi (check list, griglie di analisi) a integrazione delle attuali valutazioni economico-finanziarie. Estensione delle valutazioni nelle tre strutture.	S	●	HTA

4. La valutazione del livello di clinical governance nelle aziende sanitarie territoriali [180]

4.1. Stato dell'arte delle tecniche di valutazione sul governo clinico nelle aziende territoriali e il razionale per la progettazione di una metodologia ad hoc

Il ruolo del territorio e delle sue organizzazioni a garanzia di livelli assistenziali altamente qualitativi è oggi determinante. I servizi erogati, a livello territoriale, sono guidati in gran parte da una domanda più consapevole ed informata di assistenza: i cittadini assistiti, le cui necessità evolvono costantemente verso una maggiore efficacia degli interventi, esprimono aspettative sempre più elevate sulla qualità della vita, in un contesto sociale e culturale che non può più prescindere da una garanzia diffusa e radicata del diritto alla salute. Le istituzioni, dal canto loro, percepiscono come pressante l'esigenza di trovare soluzioni di sviluppo del sistema sanitario in grado di dare risposte efficaci alle richieste dei cittadini, e quindi di rielaborare i modelli di funzionamento che caratterizzano i sistemi di erogazione dei servizi: né l'approccio basato sulla programmazione pubblica, né le logiche di mercato, da soli, sembrano essere adeguati a definire un sistema di regolazione per la produzione del "bene pubblico" in sanità.

Come tali, anche in Italia, le organizzazioni sanitarie sono chiamate ad uno sforzo ulteriore verso il miglioramento della qualità delle cure primarie, una maggiore equità nell'accesso e una miglior identificazione dei bisogni e delle priorità a livello locale.

Anche in Italia, infatti, alcuni degli strumenti della Governance clinica e il loro utilizzo nell'assistenza primaria non sono in realtà una novità assoluta. Come per il Regno Unito, il Paese in cui gli strumenti della governance clinica si sono per primi sviluppati in maniera sistematica e diffusa, anche in Italia molti professionisti del territorio sono già da anni coinvolti in progetti di clinical audit, training o sviluppo di linee-guida. Tuttavia, nonostante ciò rappresenti una buona base di partenza per lo sviluppo della Governance clinica, la mancata attribuzione di un impegno condiviso, sistematico e strategico nelle organizzazioni territoriali e negli operatori di prendere parte a tali progetti, ha fatto sì che essi siano stati attuati in modo non uniforme.

La portata innovativa del concetto di Governance clinica risiede, dunque, non tanto nei suoi contenuti, quanto piuttosto nel sancire formalmente l'impegno nelle organizzazioni socio-sanitarie di realizzarlo e nel dare una visione integrata, finalizzata al miglioramento continuo della qualità, ad una serie di attività realizzatesi negli anni in modo frammentato in varie realtà locali.

Di recente, i Piani Regionali di diverse realtà italiane hanno sottolineato come il ruolo dell'assistenza socio-sanitaria territoriale assuma una crescente rilevanza nell'implementazione delle strategie regionali, ed è un ruolo che attiene sempre più da vicino la sostenibilità del sistema sanitario, in Piemonte come nel resto di

Italia. Il processo di aziendalizzazione ha visto, e tutt'ora vede, la Sanità e, in particolare, il sistema di erogazione dei servizi, mutare sensibilmente i meccanismi di governance istituzionale e – inevitabilmente – i meccanismi della governance clinica.

Tuttavia, mentre per le Aziende Ospedaliere questo processo, pur complesso e quasi mai indolore, ha portato alla definizione di infrastrutture organizzative abbastanza stabili e relativamente omogenee, per il territorio l'aziendalizzazione è un processo che in parte deve ancora trovare i propri paradigmi di funzionamento. Dal punto di vista degli strumenti della governance clinica, ciò ha facilitato l'introduzione, prima, e la sistematizzazione, ancora in via di definizione, di strumenti di miglioramento continuo innanzitutto nelle realtà ospedaliere; per il territorio questi strumenti sono ancora troppo frammentati e, talvolta, del tutto assenti, con conseguenze anche rilevanti per il rispetto di accettabili livelli di omogeneità, sia tra Regioni diverse, ma anche – da qui il fortissimo carattere locale – su un piano intraregionale. La governance clinica, in ambito territoriale, deve progettare la spinta verso il miglioramento continuo – attraverso la ricerca dell'efficienza, dell'appropriatezza e dell'efficacia e privilegiando sempre più la centralità della persona assistita – tenendo però conto che i modelli di riferimento non sempre potranno essere comparabili o riproducibili.

L'obiettivo fondamentale è, quindi, quello di dotarsi di strumenti di “diagnosi” dei modelli di governance clinica, per indagare il loro modello di maturità, la loro coerenza rispetto al Sistema Sanitario nel suo complesso, la loro capacità di innescare efficacemente l'innovazione a tutti i livelli, tecnologica ma anche professionale e organizzativa, in ultima analisi di produrre il miglioramento della qualità delle cure.

Gli strumenti di assessment – di “diagnosi” – sono senza dubbio un valido supporto per svolgere una tale analisi, a maggior ragione nel caso dell'assistenza del territorio, dove il bisogno del decisore politico in relazione ai governance clinica è innanzitutto sistematizzazione: ricomporre la specificità clinico-assistenziale del territorio, ripensare i la continuità territorio-ospedale con i nosocomi, governare l'integrazione socio-sanitaria sono obiettivi prioritari per un sistema che ha bisogno di perseguire il miglioramento continuo, ma anche anticipare la questione dell'insostenibilità economica in senso lato della Sanità Pubblica.

L'esigenza è quella di produrre, anche per il contesto territoriale, uno strumento in grado di misurare il grado di maturità degli strumenti che devono supportare il miglioramento continuo dell'assistenza, in una logica di governance, in quanto maggiormente integrata e guidata da principi comuni. L'assessment, quindi, come misura e come rappresentazione dei modelli di governance adottati, a partire dalla quale poter applicare metodologie di progettazione sanitaria, per intervenire più in profondità, attraverso specifici piani di miglioramento.

In Regione Piemonte del resto, come in altri contesti italiani e internazionali, la governance delle attività territoriali non è stata oggetto di un intervento organico di miglioramento. Sono stati implementati

interventi/progetti a macchia di leopardo, con strumenti di gestione non sempre condivisi o consolidati, che hanno prodotto forti differenziazioni tra le diverse realtà (si sono affermate eccellenze così come contesti di modesta efficacia) e differenziati livelli di servizio erogati ai cittadini.

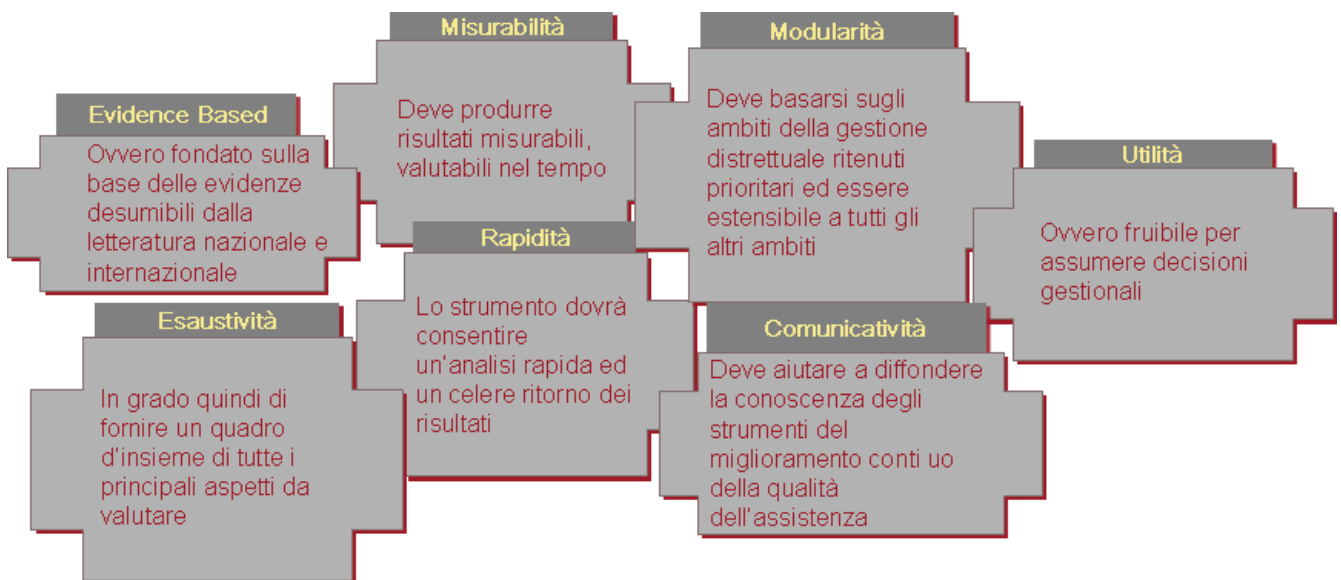
L'assessorato regionale alla sanità e l'ARESS si sono quindi posti l'obiettivo di fornire un supporto alle aziende sanitarie locali per migliorare il governo delle principali aree caratterizzanti l'assistenza sanitaria sul territorio.

A questo fine è stata programmata la progettazione e realizzazione dello strumento di misurazione del livello di implementazione degli strumenti di governance clinica in relazione appunto ai servizi socio sanitari erogati dalle strutture territoriali del sistema sanitario piemontese, descritto in questo capitolo.

In tale prospettiva Aress si è certamente avvalsa dell'esperienza maturata nel 2007 e 2008 con riferimento all'ambito ospedaliero descritto nel secondo e terzo capitolo, dove la governance clinica è un tema già consolidato, sia per quanto riguarda gli strumenti, sia in relazione alle evidenze complessivamente disponibili a livello nazionale e internazionale.

Lo strumento che si è voluto realizzare, in continuità con la metodologia ospedaliera, deve valutare l'organizzazione e gli strumenti impiegati nell'erogazione dei servizi, ma non l'efficacia dei servizi erogati (intesi come outcome).

Le caratteristiche che la metodologia deve garantire sono infatti le seguenti:



Le fasi principali della progettazione possono essere così sintetizzate:

- Supportare Aress nella progettazione, sviluppo e implementazione di uno strumento per la valutazione degli strumenti della clinical governance nell'erogazione dei servizi socio-sanitari offerti dai distretti territoriali delle ASL piemontesi
- Realizzare uno strumento applicativo di supporto alla misurazione
- Effettuare un test su una ASL pilota e valutare i correttivi da apportare per arrivare ad una versione finale dello strumento

La metodologia di applicazione delle logiche e degli strumenti della governance clinica a livello territoriale , in estrema sintesi e alla stregua della metodologia per la valutazione nelle strutture ospedaliere, è in grado di individuare i diversi strumenti della Governance clinica, li sottopone ad un processo valutativo nell'ambito di un'azienda sanitaria, e ne identifica il grado di adeguatezza per la gestione ottimale delle attività di assistenza poste in essere a favore della popolazione assistita.

Lo strumento è studiato per un utilizzo diretto in via prioritaria agli operatori professionali coinvolti nelle aziende sanitarie, sia a coloro che svolgono funzioni gestionali (Direttori Generale, Sanitario e Amministrativo delle aziende e dirigenti sanitari e dei distretti) sia a tutti coloro che abbiano un ruolo di assistenza alla persona nell'ambito del processo clinico territoriale.

A tali usufruttori fornisce:

- una indicazione delle aree da analizzare;
- una indicazione dettagliata di tutti gli elementi da analizzare per ogni area;
- una “pesatura” delle aree rispetto al governo clinico, cioè una valutazione del peso che assumono le varie aree nel determinare il rischio clinico;
- un “punteggio” relativo ai vari elementi, e quindi una indicazione comparativa del grado di criticità, all'interno della specifica Unità Operativa (U.O.) rispetto a tale elemento;
- un “punteggio” complessivo di struttura/azienda, per effettuare confronti rispetto ad un insieme di aziende / soggetti comparabili in termini di congruenza di prestazioni erogate, area di competenza clinica, di dotazioni infrastrutturali e di finalità rispetto al sistema.

In secondo luogo la metodologia per la valutazione del governo dell'azione clinico-territoriale sul cittadino assistito, è rivolta a tutte le altre strutture che operano nel sistema sanitario come ad esempio: enti finanziatori e regolatori ai vari livelli decisionali, comunità scientifica, fornitori delle aziende con riferimento agli specifici settori di attività. A tali destinatari fornisce:

- uno strumento di analisi del posizionamento delle aziende rispetto alla governance clinica;
- indicatori di raffronto ed analisi su temi specifici.

4.2. L'approccio per la strutturazione di una metodologia di valutazione a base scientifica

Come accennato per le strutture ospedaliere, la Governance clinica introduce alcuni importanti cambiamenti nella cultura dell'organizzazione sanitaria, spingendo la Direzione delle Aziende sanitarie ad assumere un ruolo attivo e ad adottare un modo diverso di lavorare di tutti gli operatori dimostrando che la leadership, il lavoro di gruppo, la comunicazione, la formazione, la responsabilizzazione professionale, la ricerca continua e la corretta elaborazione dei dati sono indispensabili per il raggiungimento dei più alti livelli di qualità, di adeguata gestione del rischio, di utilizzo pianificato e controllato delle tecnologie e di costante rilevazione della soddisfazione dell'utente.

Vari autori hanno cercato di definire in cosa consista l'implementazione della governance clinica nell'assistenza primaria al fine di individuare i fabbisogni, in termini di capacità, strumenti, risorse necessari in tale processo (Rosen, 2000; Halligan & Donaldson, 2001; Baker, 1999).

L'adozione di standard d'accreditamento, dunque, non solo deve essere raggiunta e mantenuta, ma tali standard devono essere verificati e migliorati nel tempo.

Come viene raffigurato nell'albero metaforico proposto da Chambers nel 2000, e ripreso, integrandolo da W. Ricciardi nel 2005, i presupposti strutturali e funzionali (radici dell'albero), di un management sanitario basato sui principi della Governance clinica, sono: cultura dell'apprendimento, ricerca e sviluppo, attendibilità dei dati e gestione dei servizi e delle risorse. Mentre le aree della Governance clinica (rami dell'albero) sono: evidence-based medicine, accountability, audit, performance, health technology assessment, quality, risk management e patient centeredness.

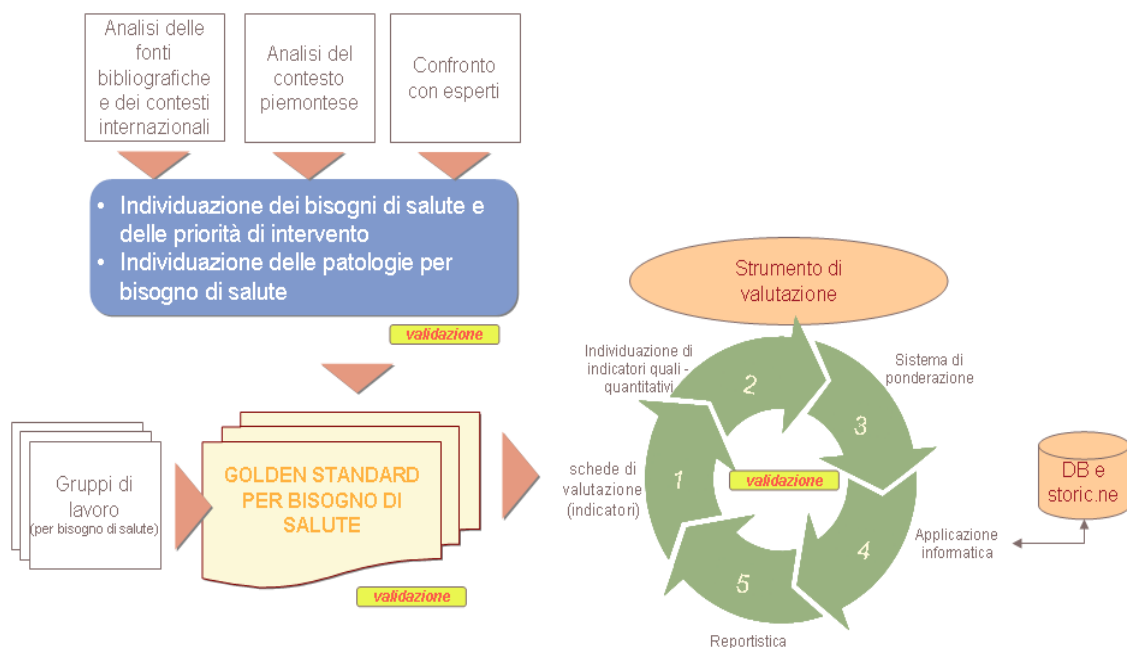
Nello specifico dell'assistenza primaria, occorre prevedere l'analisi di ambiti aggiuntivi: l'analisi dei bisogni, il marketing socio-sanitario, l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale, che appaiono trasversali sia ai rami che alle radici dell'albero e coinvolgono altri ambiti di governance oltre a quello della *primary care*.

Le fasi di ricerca e progettazione sono state caratterizzate principalmente dai seguenti passaggi fondamentali:

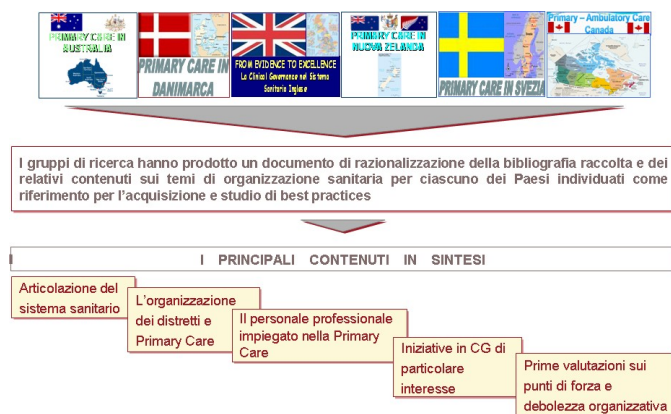


4.3. Il metodo della ricerca e progettazione dello strumento

In estrema sintesi le fasi della progettazione possono essere sintetizzate come segue:



La progettazione della metodologia è partita quindi da una analisi molto ampia, che prendeva in considerazione realtà già da tempo attive specifico ambito della governance clinica, come l’Australia, la Danimarca, il Regno Unito, la Nuova Zelanda, la Svezia e il Canada, sei fra i principali paesi comparabili con l’Italia per modello di sistema di welfare e considerati di eccellenza per lo sviluppo di modelli organizzativi nell’assistenza primaria in merito al governo delle attività socio-sanitarie erogate a livello territoriale. Analogamente al processo di ricerca alla base di Optigov, anche in questo caso la ricerca era finalizzata a individuare evidenze di correlazione fra l’utilizzo corretto e appropriato di determinati strumenti di gestione, da un lato, e l’outcome clinico-assistenziale dall’altro. Gli studi riferiti alle attività territoriali, pur prodotti in misura assai minore rispetto al contesto ospedaliero, sono comunque significativi e consentono di mettere a fuoco, anche con una certa continuità con l’ospedale, le migliori practice e gli strumenti più efficaci per ottenere miglioramenti nella qualità delle cure.



I risultati di questa ricerca hanno supportato le prime scelte metodologiche, nonché gli elementi più rappresentativi dei modelli e degli strumenti della *Primary Care*: articolazione del sistema sanitario, organizzazione dei distretti, personale e competenze, iniziative di governance clinica di rilievo, conducendo a una prima valutazione sui punti di forza e debolezza

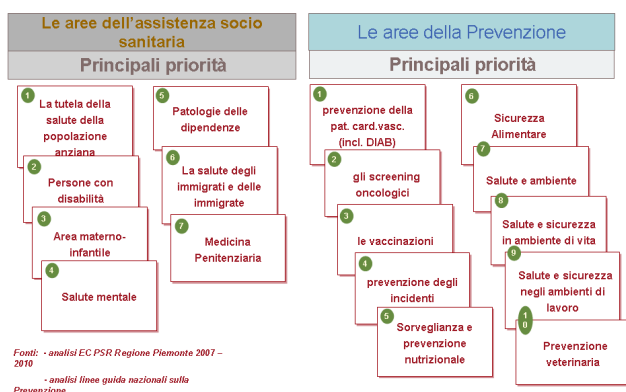
organizzativa dei vari modelli analizzati.

Questa fase del lavoro ha dato quindi il via all’impostazione successiva, a partire dalla specifiche aree di indagine, in quanto uno dei criteri è stato proprio una maggiore articolazione degli strumenti attualmente presenti, pur senza logica di sistema. Ciò ha consentito di ricercare ulteriori evidenze sul funzionamento e sull’efficacia di strumenti a livello regionale.

Il confronto con la letteratura scientifica ha fornito l’impostazione iniziale all’approccio, evidenziando la necessità di rappresentare il livello di maturità degli strumenti di governance clinica non già a partire dalle aree funzionali (codificate nei LEA), ma a partire da aree di bisogno assistenziale.

L’altro elemento strutturale dell’approccio, è dato dalla scelta di rappresentare il livello di governance clinica a partire dai Distretti, quindi dalle modalità con cui le stesse aree di bisogno

attraversano il territorio e trovano corrispondente articolazione organizzativo-funzionale nelle aziende territoriali. Lo strumento di rilevazione è stato quindi progettato prendendo come riferimento un primo gruppo di aree considerate significative e sufficientemente rappresentative dei volumi di assistenza, ma dando allo strumento la sufficiente elasticità per estendere la metodologia di assessment anche ad altre aree.



Infine, si è scelto di concentrare l'attenzione sulle aree dell'assistenza, che comprendono anche gli approcci preventivi.

Sono, quindi, state prese in considerazione le aree Materno Infantile, Anziani, Cronicità e Dipendenze, che sono quelle maggiormente rispondenti a criteri di evidenza epidemiologica, rischio percepito nella popolazione e negli

operatori e, soprattutto, che necessitano maggiormente di valutazioni del livello di governance conseguito nell'Azienda. Per ognuna è stato selezionato un campo di applicazione più specifico, rappresentativo e sufficientemente significativo:

Area del Bisogno	Ambito di applicazione
Materno Infantile	Percorso nascita
Anziani	Gestione della non autosufficienza
Cronicità	Gestione integrata del Diabete Mellito di tipo 2
Dipendenze	Tossicodipendenze

La scelta del Percorso Nascita è derivata dal fatto che si tratta di un ambito dell'assistenza critico, sia in termini di qualità delle attività realizzate, sia di ruolo determinante l'integrazione e la continuità delle cure.

Per quanto riguarda l'area Anziani, la decisione di approfondire la gestione della non autosufficienza è data, prevalentemente, dalla complessità che tale ambito presenta, sempre di più, anche in termini di appropriatezza ed economicità dei servizi, vista la domanda crescente.

L'ambito del Diabete Mellito di tipo 2, invece, è stato scelto in quanto particolarmente correlato all'esigenza di adottare modalità di gestione integrata, considerata paradigmatica per i modelli di presa in carico delle patologie croniche, sempre più rilevanti dal punto di vista epidemiologico, dei costi associati e dell'impatto sulla qualità di vita e che sono alla base, in buona parte, delle spinte al

cambiamento organizzativo dei servizi territoriali, e della loro migliore integrazione con l'ambito ospedaliero.

L'area delle Dipendenze, infine, è stata circoscritta alle tossicodipendenze, perché sono questi i servizi maggiormente sviluppati, con una esperienza organizzativa ed assistenziale significativa, e con strumenti di gestione indubbiamente più maturi.

Per tutte le aree scelte, la presenza più o meno strutturata di strumenti, normativa (nazionale o regionali), best practice gestionali (accreditamento di percorsi, ad esempio) o modalità di gestione avanzate (come il caso del diabete), ha consentito di porre in relazione le analisi svolte con le evidenze derivanti dalla letteratura scientifica.

Lo sviluppo di Disticare è stato articolato in due momenti: 1) la definizione del sistema di rilevazione; 2) la definizione del sistema di valutazione. Ognuna di queste fasi è stata supportata da strumenti di lavoro specifici.

La misurazione del livello di implementazione di strumenti di governance clinica doveva innanzitutto possedere alcune caratteristiche che potessero garantire l'efficacia nel suo utilizzo. Queste caratteristiche sono state mutate dalla metodologia, la cui configurazione di base e logiche di utilizzo sono state considerate del tutto compatibili con le finalità dello strumento Disticare.

La sua prima specificità è già stata illustrata: lo strumento è stato fondato sulla base di evidenze desumibili dalla letteratura nazionale ed internazionale. Deve dunque consentire la ricostruzione di un quadro d'insieme di tutti i principali aspetti da valutare, attraverso la misurazione di elementi valutabili nel tempo.

Infine, lo strumento di assessment deve consentire l'applicabilità e la diffusione degli strumenti di miglioramento continuo della qualità delle cure, e quindi essere fortemente orientato a supportare i processi di decision making.

Con questi presupposti si è quindi proceduto a definire, innanzitutto, il sistema di rilevazione, ossia l'insieme di item di indagine da sottoporre al processo di assessment, in relazione ai diversi livelli organizzativi, e alle specificità delle singole aree del bisogno.

L'obiettivo della fase di definizione del sistema di valutazione, è centrato sulla definizione dell'ambito di indagine e della corrispondente composizione, da perseguire attraverso l'analisi della documentazione prodotta, sia dalle ricerche scientifiche già citate, sia della raccolta sistematica di ulteriore documentazione di riferimento. A partire dall'insieme di queste due prospettive di indagine, è stato possibile articolare il set di informazioni da rilevare in schede di rilevazione strutturate. Per la definizione del sistema di rilevazione sono state sviluppate quattro attività:

1) Raccolta di documenti aziendali campione

La raccolta era finalizzata all'integrazione delle ricerche bibliografiche da fonti nazionali e internazionali sugli strumenti di governance clinica adottati a livello di assistenza territoriale (Primary Care), per facilitare la contestualizzazione degli elementi di best practice riferibili all'organizzazione di singole aziende sanitarie territoriali.

2) Ricerca degli elementi caratteristici

Attività di sistematizzazione delle informazioni e di descrizione delle singole Aree del bisogno sviluppate, in un'ottica di governance clinica, ovvero in relazione all'utilizzo di strumenti potenzialmente trasversali alle aree o, per converso, del tutto specifici per ogni Area.

3) Prima definizione degli item di indagine

Formalizzazione di un insieme definito di item da sottoporre ad assessment, e quindi da introdurre nelle schede di rilevazione.

4) Impostazione delle schede di rilevazione

Implementazione di tutte le schede di rilevazione del sistema su supporto informatico.

La definizione del sistema di valutazione non poteva essere del tutto successiva alla fase precedente, ma in parte queste attività sono state sviluppate in forte integrazione con la definizione del sistema di rilevazione.



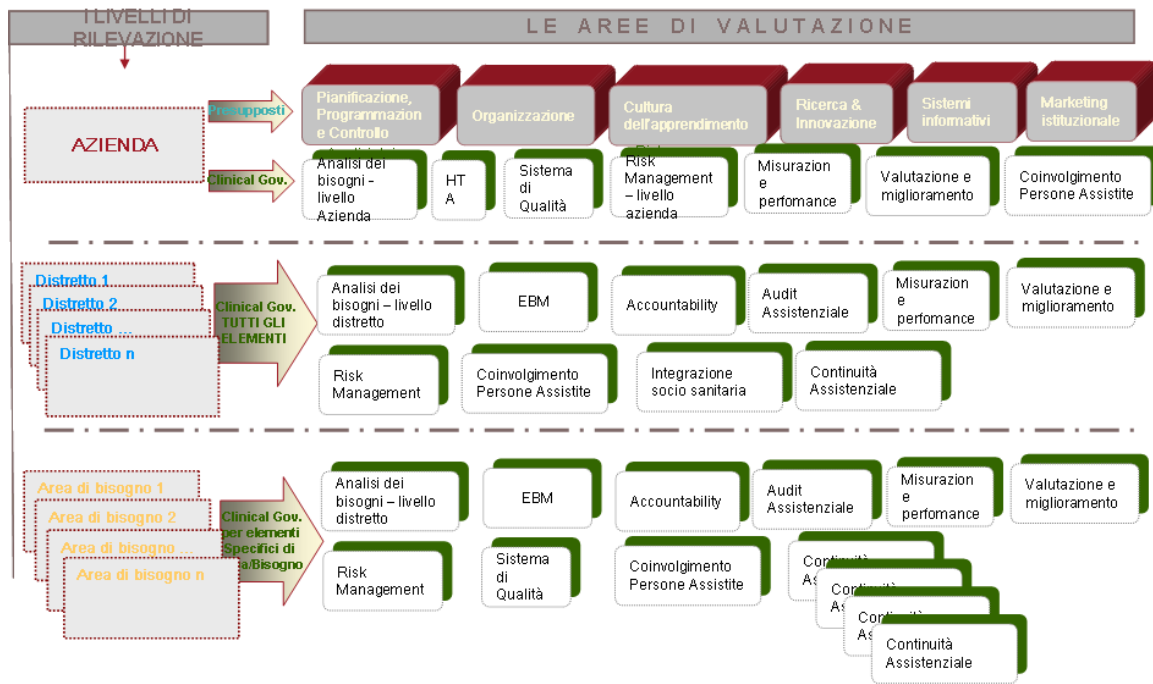
Il modello di riferimento utilizzato per l'articolazione delle aree di indagine è stato mutuato da Optigov©, con adattamenti funzionali a descrivere in modo sufficientemente esaustivo le specificità dell'assistenza territoriale. Come riportato in Figura 3, le attività individuate sono state tre: la definizione del modello di valutazione, ossia la individuazione e validazione delle aree

della governance clinica da includere nel modello, nonché la definizione dei relativi livelli organizzativi; l'individuazione degli attori da coinvolgere, ossia degli interlocutori destinatari delle interviste; l'impostazione della reportistica, ossia le modalità di rappresentazione del modello di governance e le aggregazioni più opportune per descrivere il livello di utilizzo degli strumenti.

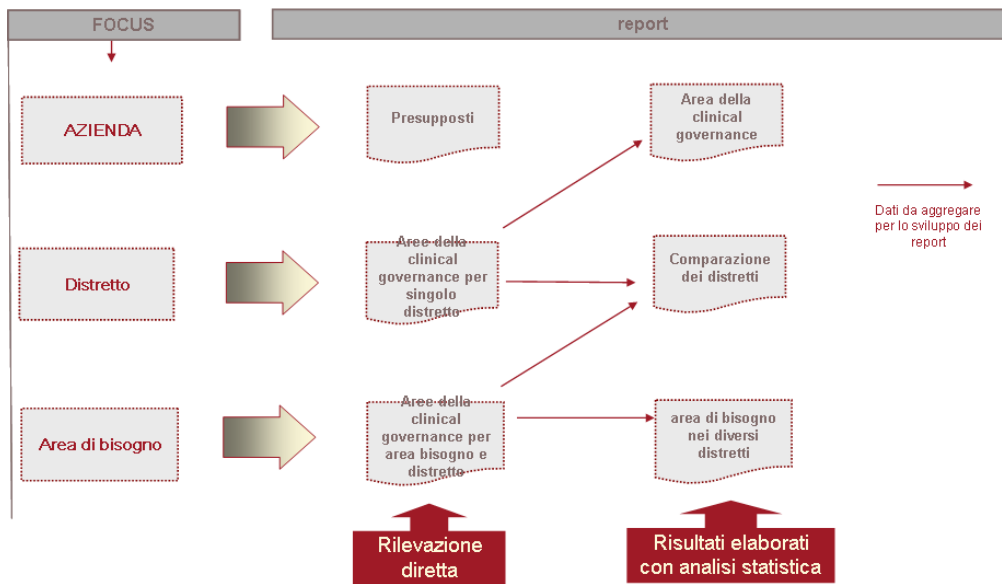
Il sistema di valutazione doveva tenere conto di due principali variabili:

- l'approccio basato sul bisogno e la domanda di salute, quindi sviluppato a partire dalle Aree del Bisogno;
- l'articolazione organizzativa dei servizi territoriali, con un ruolo centrale del Distretto nei processi di governo, ma con funzioni altrettanto importanti sia a livello centrale (funzioni di staff alla direzione), sia a livello periferico, o trasversali alla logica territoriale (integrazione orizzontale dei dipartimenti aziendali nella matrice verticale dei distretti, ad esempio con il Dipartimento Materno Infantile e le sue articolazioni funzionali distrettuali).

Il risultato è quindi costituito da un sistema che applica il processo di assessment in modo fortemente modulare, con aree di indagine rilevate su più di un livello organizzativo, con schede di rilevazione uguali (cioè con identici item di rilevazione), o con schede del tutto dedicate per declinare meglio le specificità.



Definite le modalità di sviluppo del processo di assessment – unitamente alla composizione per ogni area di indagine – si è proceduto all’assegnazione dei punteggi. Ogni scheda doveva essere riportata a un punteggio massimo di 100, per garantire la confrontabilità e, all’interno delle stesse schede,



sono stati individuati tre livelli di quesiti, che rimandano a tre livelli di punteggio diversi. Lo strumento applicativo è stato progettato per consentire l’organizzazione e

la gestione dei dati derivanti dall’applicazione delle singole schede, in modo da garantire assieme la massima granularità delle informazione, nonché criteri di aggregazione (per Distretto, per Area del Bisogno, per ASL,...) in grado di rappresentare in modo esaustivo il modello di governance e il livello di adozione degli strumenti nei vari ambiti dell’assistenza. La Figura 5 riporta lo schema logico di costruzione della reportistica a partire dai dati elaborati.

La Revisione degli item di valutazione con metodo RAND (Delphi & nominal group) è stata una tappa fondamentale per la validazione finale degli indicatori di valutazione

La fase di progettazione della metodologia Districare si è conclusa con l'applicazione del metodo di revisione strutturata attraverso il metodo RAND, articolato in 5 fasi:

- revisione sistematica della letteratura,
- predisposizione dell'audit tool (pdf),
- giudizio quali/quantitativo basato su scale espresso da un panel ristretto di esperti,
- incontri del panel, revisione individuale delle valutazioni, modifiche/integrazioni;
- validazione finale del panel di esperti allargato (comitato scientifico).

Gli oggetti della valutazione sono stati:

- l'analisi dell'articolazione dello strumento (in termini di completezza delle schede e loro correlazione),
- l'analisi delle singole domande e delle risposte relative (in termini di eventuali modifiche di contenuto o di facilità di lettura),
- la graduazione/ponderazione delle risposte.

Per la revisione dello strumento di rilevazione si è effettuata una verifica della rispondenza alla letteratura scientifica ed alla migliore pratica assistenziale, l'eshaustività e la rilevanza delle domande, e infine la rispondenza e l'applicabilità alla realtà regionale.

Di seguito due esempi di come sono state integrate / corrette le specifiche degli indicatori attraverso il metodo RAND

Attività di verifica ed effetti sullo strumento
ESEMPIO 1 : Effetto diretto a seguito dell'osservazione/suggerimento

Item dello strumento Districare prima del Metodo RAND

3 (attività di analisi dei bisogni)	a	2	Vengono svolte attività di analisi delle domande di assistenza medica di base?	Singola	3	Sì in modo strutturato e sistematico	Sì, ma in modo non strutturato od occasionalmente	No, mai
-------------------------------------	---	---	--	---------	---	--------------------------------------	---	---------

Osservazione D.ssa Gianino: "Nell'Ambito di applicazione relativamente al medico di base si parla di domanda, mentre per le altre aree si parla di bisogni. Quale differenza intercorre?"

Risposta degli altri componenti del Panel di Esperti : "Corretto. Le parole "della domanda" sono un refuso e sono state corrette"

Item di valutazione dopo il Metodo RAND

3 (attività di analisi dei bisogni)	b	2	Vengono svolte attività di analisi dei bisogni di assistenza medica di base?	Singola
-------------------------------------	---	---	--	---------

Attività di verifica ed effetti sullo strumento**ESEMPIO 2 : Effetto indiretto a seguito dell'osservazione/suggerimento**

Item dello strumento DistriCare prima del Metodo RAND

E' stata costituita una funzione responsabile dei sistemi informativi aziendali?	Si, con funzioni di sviluppo e gestione	Si, con funzioni di gestione	No
--	---	------------------------------	----

Osservazione D.ssa Gianino: "Funzione è sinonimo di Unità organizzativa o Struttura organizzativa o Funzione in senso stretto?"

Risposta degli altri componenti del Panel di Esperti : "E' da intendersi come "Funzione in senso Stretto". E' poi da specificarsi attraverso le Risposte la modalità in cui questa sia formalizzata nell'organizzazione aziendale".

Riflessione successiva indotta sugli altri componenti del Panel di Esperti : "tra le risposte vi è tuttavia una possibile incongruenza di ponderazione tra la prima e la seconda (la prima ha peso maggiore rispetto alla seconda). Non è infatti detto che per tutte le ASL possa essere di valore aggiunto svolgere funzioni di sviluppo e gestione dei Sistemi Informatici/vi rispetto allo svolgere solo gestione degli stessi. Spesso si conseguono risultati migliori e più economici affidando lo sviluppo a società esperte esterne. Con i recenti accorpamenti e riorganizzazioni delle ASL e relativo aumento della loro complessità, può invece essere di valore aggiunto avere una struttura dedicata per la gestione dei Sistemi Informativi/ci".

Item di valutazione dopo il Metodo RAND

E' stata costituita una funzione responsabile dei sistemi informativi aziendali?	Si, nell'ambito di una struttura specifica	Si, con funzioni attribuite a specifiche figure professionali	No
--	--	---	----

4.4. Le aree della clinical governance per la valutazione del governo del territorio

Un approccio evidence based, alla base della validità e replicabilità di ogni strumento, anche organizzativo, deve fondarsi su ricerche effettuate su database (Embase, Ovid, ecc.), revisioni sistematiche e trials clinici randomizzati (Cochrane Library, Pub-Med, ecc.), pubblicati su riviste e siti accreditate (ad esempio: Lancet, BMJ, NEJM,...), nonché una attenta presa visione di ciò che è messo ad oggi in atto in alcuni paesi protagonisti dell'assistenza sanitaria nei 3 continenti presi in considerazione (America, Europa, Oceania), hanno consentito di definire le seguenti aree aggiuntive/integrative di valutazione rispetto alla metodologia di sviluppo delle strutture ospedaliere:

Valutazione dei bisogni. L'attività sanitaria non può prescindere da una attenta valutazione dei bisogni di salute della popolazione, attraverso adeguati strumenti di analisi di tipo sanitario, epidemiologico e demografico. La capacità delle aziende sanitarie territoriali di organizzare la valutazione dei bisogni attiene direttamente la capacità di pianificare l'utilizzo strategico delle risorse a disposizione, rispondendo in modo più razionale ed efficace ai bisogni di servizi socio-sanitari espressione del territorio, e quindi di dare risposte appropriate in questo senso.

Evidence Based Practice (EBP). L'EBP cerca, attraverso studi clinici-assistenziali controllati, le metanalisi e gli studi osservazionali, di stabilire, partendo dalla pratica clinica, quali siano gli interventi diagnostici, terapeutici o riabilitativi più efficaci rendendo così disponibili queste informazioni ai medici, ai decisori ed ai pazienti. L'EBP è in continua evoluzione perché deve seguire il progresso continuo delle conoscenze scientifiche in campo sanitario. Esiste una evidente correlazione fra l'utilizzo dell'EBP, in tutte le specialità mediche, e il miglioramento dell'outcome del paziente perché capace di ridurre notevolmente gli errori nella pratica clinico-assistenziale. Quindi risulta evidente come l'EBP, se utilizzata correttamente, possa essere un valido strumento in tutte le articolazioni organizzative, di una azienda sanitaria territoriale, per la riduzione dei rischi inerenti all'attività stessa.

Integrazione socio-sanitaria.

Il processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e l'intersectorialità degli interventi.

Continuità assistenziale.

L'attivazione di strumenti integrati finalizzati all'accompagnamento dell'assistito nelle sue diverse fasi del bisogno, alla realizzazione di un progetto organico di "care", cioè presa in cura e presa in carico della persona lungo tutto il percorso assistenziale messo in atto dai diversi soggetti coinvolti (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, professionisti dell'assistenza socio-sanitaria, familiari).

4.5. Lo strumento metodologico sviluppato

La metodologia si basa su un questionario di rilevazione, nel seguito descritto come Clinical Governance Scorecard Methodology, finalizzato all'individuazione di progetti operativi di miglioramento correlati agli strumenti di governance clinica.

La Governance clinica Scorecard Methodology è basata sui seguenti passi:

- analizzare tutti gli elementi (presupposti strutturali e funzionali della Governance clinica e aree della Governance clinica) sulla base di un approccio strutturato e sistematico (basato su un questionario di 478 domande base),

- valutare questi elementi con un punteggio globale (valore massimo=100), formato dai punteggi parziali opportunamente considerati e ponderati,
- fornire al management della struttura analizzata suggerimenti ed indicazioni finalizzate ad avviare azioni concrete di miglioramento degli aspetti risultati più critici,
- costituire una base dati aggiornata sistematicamente con le risultanze delle analisi condotte sulle Aziende Sanitarie Locali. Ciò allo scopo di effettuare eventuali elaborazioni ed approfondimenti comparati.

L'intervento iniziale, nel quale si utilizza la Governance clinica Scorecard Methodology, viene svolto secondo le seguenti modalità:

1. si individuano le aree aziendali oggetto dell'indagine (direzione, staff della direzione, Dipartimenti, Distretti e Referenti delle singole aree del bisogno); le Direzioni Generale, Amministrativa e Sanitaria sono coinvolte nella attività di valutazione,
2. si costituiscono team misti formati da esperti medici, analisti gestionali, già formati all'utilizzo della metodologia Districare,
3. i team di lavoro acquisiscono, tramite interviste ai referenti individuati un set di informazioni predefinite, impiegando le schede di rilevazione. Effettuano inoltre, riscontri documentali oggettivi,
4. successivamente si svolgono le attività di rielaborazione delle informazioni e di produzione di sintesi delle valutazioni,
5. il risultato dell'attività è compendiato nei seguenti strumenti di analisi:
 - a. scorecard di valutazione del livello di maturità della Governance clinica,
 - b. piano degli interventi per il miglioramento,

Gli elementi analizzati sono articolati in 18 aree di analisi: 6 aree di presupposti strutturali e funzionali e 12 aree della Governance clinica. Queste ultime sono state articolate in modo da soddisfare l'esigenza di rilevare i singoli item su tutti i livelli di rilevazione pertinenti, per questo motivo alcune aree sono state duplicate su due livelli organizzativi, quello aziendale e quello dipartimentale. All'interno, inoltre, le aree di analisi contengono elementi più specifici, attinenti gli strumenti e l'organizzazione dei servizi delle singole Aree del Bisogno. In questo senso, sarà quindi necessario sottoporre la stessa scheda a più referenti per ottenere informazioni più dettagliate e raccogliere i relativi riscontri documentali.

Di seguito si riporta l'elenco delle aree, la definizione di ogni area e gli elementi oggetto di valutazione.

Aree dei presupposti strutturali e funzionali:

A - Pianificazione, Programmazione e Controllo	L'efficacia aziendale nel pianificare e programmare le attività, degli obiettivi e le risorse; la capacità di gestire gli strumenti e i processi tipici, dalla programmazione e controllo alle risorse umane, dai servizi ausiliari alle risorse strumentali (44 domande).

B – Organizzazione	La capacità aziendale di essere efficace, efficiente e garantire l'integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari, al fine di minimizzare le dissonanze organizzative nel territorio e assicurare livelli omogenei di qualità del servizio offerto. (29 domande).
C - Cultura dell'apprendimento	La gestione della crescita professionale del personale medico e assistenziale, le prassi per la diffusione delle esperienze, la capacità di attivare percorsi di miglioramento basati sull'esperienza (18 domande).
D - Ricerca e innovazione	La capacità dell'azienda di promuovere e pianificare attività di ricerca e innovarsi attraverso il trasferimento dei risultati della ricerca, propria o di terzi, per il miglioramento dell'attività assistenziale (13 domande).
E – Sistemi Informativi	La dotazione di sistemi di acquisizione e trattamento delle informazioni di carattere gestionale e sanitario e la qualità delle informazioni disponibili (21 domande).
F - Marketing Istituzionale	La capacità dell'azienda di sviluppare politiche di comunicazione efficaci e coerenti, e di monitorare la diffusione di strumenti condivisi (25 domande).

Aree della Governance clinica

1A - Analisi dei Bisogni - Livello Azienda	L'efficacia dell'azienda nell'attivare modalità di analisi e misurazione dei bisogni di salute del territorio di riferimento, attraverso il coinvolgimento strutturato di tutti i portatori di
1D – Analisi dei Bisogni – Livello distrettuale	interesse, finalizzati alla programmazione e all'organizzazione dei servizi socio-assistenziali e sanitari. (22 domande – Livello Azienda; 25 domande – Livello distrettuale).
2D - Evidence based practice	L'assistenza sanitaria basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del professionista sanitario con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo paziente (24 domande).
3D - Accountability	I sistemi di individuazione univoca dei responsabili degli atti

	clinici (medici, infermieri ed operatori sanitari) (30 domande).
4D - Audit Assistenziale	La revisione organizzata e strutturata tra pari, volta ad esaminare sistematicamente la propria attività ed i propri risultati confrontandoli con standard espliciti, al fine di migliorare la qualità e gli outcome dell'assistenza (15 domande).
2° - Misurazione delle Performance	La capacità dell'azienda e delle strutture operative di monitorare sistematicamente i risultati della pratica assistenziale in termini di efficacia (es. tasso di sopravvivenza dei pazienti in determinate condizioni), appropriatezza (giusta collocazione dell'assistenza nel tempo e nello spazio), efficienza (impiego delle risorse), qualità (es. soddisfazione del paziente) e tempi (es. tempi di chiusura delle cartelle cliniche) (18 domande).
5D - Valutazione e Miglioramento delle attività assistenziali	L'utilizzo sistematico dei sistemi di misurazione delle performance per valutare e programmare il miglioramento delle pratiche assistenziali sia da parte dell'organizzazione che del singolo professionista. (11 domande).
4A - Sistemi di qualità	La gestione formalizzata della qualità, il grado di diffusione ed utilizzazione dei manuali di qualità, l'adozione di procedure per il miglioramento continuo della qualità.(21 domande).
3° - Health Technology Assessment	La valutazione multidisciplinare focalizzata sugli effetti dell'uso delle tecnologie sanitarie (farmaci, dispositivi medici, apparecchiature, ecc...) tenendo in considerazione in maniera integrata le dimensioni tecniche, economiche, sociali, etiche, legali e culturali delle tecnologie da impiegare. (21 domande).
5A - Risk Management Livello – Azienda	Le tecniche e i metodi per la gestione del rischio, l'analisi della sinistrosità pregressa, l'individuazione dei rischi, le modalità di responsabilizzazione dei professionisti sanitari (14 domande –
6D - Risk Management - Livello distrettuale	Livello Azienda; 12 domande – Livello distrettuale).
7D - Coinvolgimento e Customer Satisfaction delle Persone Assistite	I percorsi e le modalità di confronto e dialogo, costanti e strutturati, per la partecipazione effettiva della persona e/o del suo caregiver alle decisioni cliniche assunte nell'ambito delle strutture operative assistenziali. (26 domande).
8D - Continuità assistenziale –	L'attivazione di strumenti integrati finalizzati

Livello distrettuale all'accompagnamento dell'assistito nelle sue diverse fasi del bisogno, alla realizzazione di un progetto organico di "care", cioè presa in cura e presa in carico della persona lungo tutto il percorso assistenziale messo in atto dai diversi soggetti coinvolti (mmg/pls, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali, professionisti dell'assistenza socio-sanitaria, familiari). (11 domande).

9D - Integrazione socio-sanitaria Il processo teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazione di percorsi assistenziali integrati e l'intersectorialità degli interventi. (18 domande).

1AB - Integrazione e Continuità assistenziale – Materno Infantile

2AB - Integrazione e Continuità assistenziale – Patologie croniche Il sistema integrato di accompagnamento del malato nelle sue diverse fasi del bisogno. È un progetto organico di "care", cioè presa in cura e presa in carico della persona che deve essere personalizzato nonché affrontato in maniera multidisciplinare e integrata tra professionisti socio-sanitari dell'ospedale e del territorio. (Materno infantile: 12 domande; Patologie croniche: 16; Assistenza agli anziani: 17; Dipendenze: 15).

4AB - Integrazione e Continuità assistenziale - Dipendenze

Ad ogni risposta alla singola domanda sono attribuiti dei punteggi, che vengono convenzionalmente rapportati a 100 all'interno dell'area, per migliorare la leggibilità e la confrontabilità.

Il questionario è articolato in 18 aree di rilevazione. Le prime sei sono relative alla valutazione dei presupposti strutturali e funzionali per una efficace adozione degli strumenti della governance clinica territoriale, le successive dodici sono funzionali a valutare l'effettivo livello di applicazione dei singoli strumenti. Nel dettaglio, le aree di rilevazione sono le seguenti:

- ❖ Aree dei presupposti strutturali e funzionali
 - A – Pianificazione, Programmazione e Controllo
 - B – Organizzazione
 - C – Cultura dell'Apprendimento
 - D - Ricerca e Innovazione

- E - Sistemi informativi
- F - Comunicazione e Marketing Sociale

❖ Aree della Governance clinica

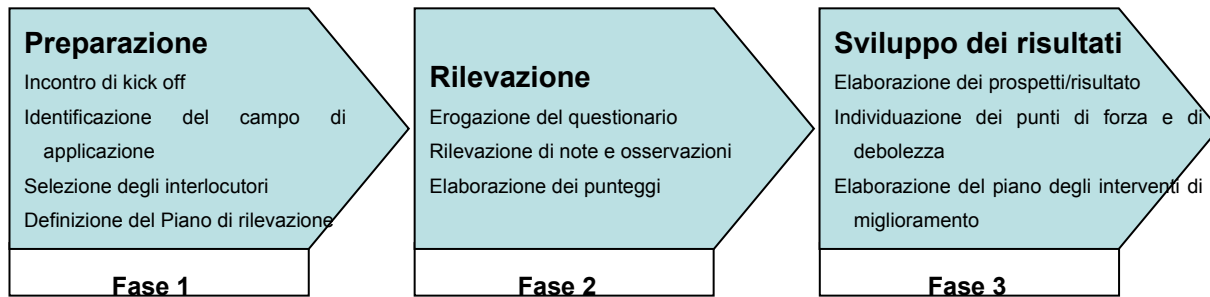
- 1 – Valutazione dei Bisogni
- 2 – Evidence Based Practice
- 3 - Accountability
- 4 – Audit assistenziale
- 5 - Misurazione delle performance cliniche
- 6 - Valutazione e miglioramento delle attività cliniche
- 7 – Sistemi di Qualità
- 8 – Health Technology Assessment
- 9 - Risk management
- 10 - Coinvolgimento e Customer Satisfaction delle persone assistite
- 11 – Integrazione socio-sanitaria
- 12 – Continuità assistenziale (per le aree del bisogno la scheda è denominata “Integrazione e Continuità assistenziale”)

Per ognuna delle aree è definita una scheda contenente un numero variabile di domande cui sono associate un numero variabile di risposte “chiuse” che l’intervistato può scegliere. Alcune delle domande prevedono la possibilità di risposte multiple.

Ad ognuna delle risposte chiuse (univoche o multiple) è associato un punteggio (score).

L'attività di valutazione sul livello di adozione degli strumenti della Governance clinica è articolata in tre fasi distinte: preparazione, rilevazione, sviluppo dei risultati.

Lo schema seguente illustra le fasi del processo.



Per ognuna delle tre fasi si descrivono di seguito le attività che saranno realizzate ed i soggetti coinvolti.

Fase 1 - Preparazione

La fase di preparazione comprende tutte le attività preliminari da realizzare al fine di poter avviare le attività di rilevazione del livello di adozione degli strumenti di Governance clinica, e in particolare:

- incontro di kick off: gli esperti organizzativi e sanitari effettuano un incontro con la direzione aziendale nel quale si illustra la metodologia, il processo ed i tempi di lavoro e si definisce l'organizzazione del gruppo di lavoro operativo identificando le responsabilità ed i compiti;
- identificazione del campo di applicazione: identificazione delle strutture o funzioni organizzative o cui deve essere erogato il questionario in funzione della rilevanza dell'attività svolta.
- selezione degli interlocutori: per ognuna delle strutture o funzioni selezionate si individua un interlocutore che abbia la necessaria visione sull'insieme dei processi assistenziali gestiti. Sono individuati, inoltre, uno o più interlocutori referenti sui temi trasversali, di carattere aziendale (es. responsabile del Sistema Qualità, responsabile del Health Technology Assessment, responsabile per i sistemi informativi);
- definizione del piano di rilevazione: elaborazione del piano di erogazione dei questionari e del calendario delle attività e dei referenti. Il piano deve essere validato dall'alta direzione aziendale.

Fase 2 – Rilevazione

La fase di rilevazione comprende le attività di erogazione dei questionari e di registrazione delle risposte nonché delle note utili alla focalizzazione dei possibili interventi di miglioramento. In particolare:

- erogazione dei questionari: gli esperti organizzativi e sanitari erogano i questionari agli interlocutori identificati e registrano le risposte “chiuse” previste dalla metodologia alimentando l'applicazione informatica apposita;
- rilevazione di note e osservazioni: gli esperti rilevatori completano la raccolta delle informazioni registrando le osservazioni degli intervistati ed i principali dati quantitativi sui processi, al fine di qualificare i risultati scaturenti dall'analisi. Le note registrate sono considerate al fine dell'elaborazione del piano degli interventi di miglioramento sviluppato nell'ambito della fase successiva;
- elaborazione dei punteggi: le elaborazioni effettuate dall'applicazione software determinano gli score per area di rilevazione (presupposti strutturali e funzionali e aree della Governance clinica), gli score per distretto e lo score a livello di azienda.

Fase 3 – Sviluppo dei risultati

La fase di sviluppo dei risultati ha la finalità di elaborare le sintesi relative al lavoro di valutazione del livello di adozione degli strumenti della Governance clinica, in particolare:

- elaborazione dei prospetti/risultato: elaborazione delle tavole di rappresentazione dei risultati conseguiti in fase di valutazione e di confronto con strutture comparabili, ciò con riferimento alle dimensioni area di rilevazione, distretti e azienda;
- individuazione dei punti di forza e di debolezza: sulla base dei risultati conseguiti in sede di valutazione e delle note rilevate con le interviste vengono identificati i punti di forza e di debolezza che caratterizzano le aree di valutazione, le unità operative e l'azienda;
- elaborazione del piano degli interventi di miglioramento: elaborazione di un documento di sintesi che illustri gli interventi da realizzare evidenziando le priorità per area di valutazione, unità operative e azienda.

4.6. La sistematizzazione degli indicatori in schede di valutazione e relativo sistema di ponderazione

- Le schede proposte sono 18.
- Le prime 6 schede (indicate come A, B, C, D, E, F) rappresentano le aree dei presupposti strutturali e funzionali per la corretta attuazione della Governance clinica.
- Le schede successive (numerate 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12) si riferiscono alle aree ed ai relativi strumenti della Governance clinica; le schede contrassegnate con “A” sono sottoposte a livello di azienda, contrassegnate con “D” sono sottoposte a livello di Distretto, contrassegnate con “AB” sono sottoposte a livello di Area del Bisogno;
- Le domande, presenti nelle schede, sono a risposta chiusa, singola o multipla.

Le domande delle schede – livelli di rilevanza

- Con la lettera **C** è stata considerata la domanda con **livello meno rilevante**; alle domande di livello C è stato attribuito un valore convenzionale pari a 8 punti;
- Con la lettera **B** è stata considerata la domanda con **livello di rilevanza intermedia**, indicata come $B=2C$; alle domande di livello B è stato attribuito un valore convenzionale pari a $2C = 16$ punti;
- Con la lettera **A** è stata considerata la domanda con **livello di maggiore rilevanza**; indicata come $A=2B$ quindi $A=4C$; alle domande di livello A è stato attribuito un valore convenzionale pari a $2B = 32$ punti;

Le risposte delle schede – peso

- Per ogni scheda sono stati individuati gli argomenti chiave, identificati nella colonna “Argomenti chiave” del Questionario e rappresentati da domande di livello A; queste domande sono finalizzate a comprendere se l’argomento sia introdotto in Azienda.
- Per ogni argomento chiave, e in ogni scheda, sono stati articolati argomenti specifici di livello inferiore (livelli B e C), che approfondiscono le modalità organizzative e gli strumenti utilizzati.
- Ogni domanda di livello A, B o C può essere “applicabile” o “non applicabile”; le domande possono essere considerate “non applicabile” qualora si stia facendo riferimento a strumenti o standard qualitativi non previsti dalla normativa (nazionale o regionale), o ancora quando non sussistano le condizioni organizzative (ad esempio, la domanda “Le Comunità montane partecipano, nella funzione delle proprie competenze, alla programmazione aziendale?” non è applicabile qualora non ci fossero Comunità Montane nel territorio di competenza).
- Il punteggio massimo raggiungibile di ogni scheda è dato dalla somma dei punteggi di tutte le domande “applicabile” della scheda stessa.
- Ad ogni domanda è associato un numero variabile di risposte, fino a un massimo di 10.
- Il punteggio delle singole risposte è assegnato in modo scalare, da un massimo dato dal valore massimo del livello (32 per il livello A, 16 per il livello B, 8 per il livello C), ad un minimo di 0; unicamente per le domande a risposta multipla, alcune opzioni possono avere pari valore.
- Per le domande a risposta multipla, il punteggio è dato dalla somma del punteggio delle singole opzioni selezionate.
- Il punteggio finale della scheda è dato dalla somma dei punteggi di ogni domanda concorrente al punteggio massimo raggiungibile (= somma dei punteggi di ogni domanda “applicabile”).
- Il punteggio di ogni singola scheda è trasformato in uno score base 100 per rendere confrontabili i risultati fra schede e aziende diverse (= “punteggio massimo raggiungibile”/”punteggio” * 100)

Destinatari delle schede

AREE	LIVELLO DI APPLICAZIONE		AREA DEL BISOGNO
	AZIENDA	DISTRETTO / DIPARTIMENTO	
A – Pianificazione, Programmazione e Controllo	SI	NO	NO
B – Organizzazione	SI	NO	NO
C – Cultura dell'Apprendimento	SI	NO	NO
D - Ricerca e Innovazione	SI	NO	NO
E - Sistemi informativi	SI	NO	NO
F - Comunicazione e Marketing Sociale	SI	NO	NO
1 – Valutazione dei Bisogni	SI	SI	NO
2 – Evidence Based Practice (EBM, EBN, EBP)	NO	SI	SI
3 – Accountability	NO	SI	SI
4 - Audit Assistenziale	NO	SI	SI
5 - Misurazione delle Performance	SI	NO	NO
6 - Valutazione e Miglioramento della qualità dell'assistenza	NO	SI	SI
7 - Sistemi di qualità	SI	NO	NO
8 - Health Technology Assessment	SI	NO	NO
9 - Risk Management	SI	SI	NO
10 - Coinvolgimento e Customer Satisfaction delle persone assistite	NO	SI	SI
11 - Integrazione socio-sanitaria	NO	SI	NO
12 - Continuità assistenziale	NO	SI	SI
12 - Integrazione e Continuità assistenziale	NO	NO	SI

Riepilogo delle schede e dei pesi

Area	Domande A	Domande B	Domande C	Totale Domande
A - Pianificazione, Programmazione e Controllo	14	28	2	44
B- Organizzazione	13	14	2	29
C- Cultura dell'apprendimento	11	7	0	18
D - Ricerca e Innovazione	6	7	0	13
E - Sistemi informativi	12	9	0	21
F - Marketing Istituzionale	14	11	0	25
1A - Analisi dei Bisogni - Livello Azienda	9	13	0	22
1D - Analisi dei Bisogni - Livello Distrettuale	12	13	0	25
2A - Misurazione delle Performance	12	6	0	18
3A - HTA	17	4	0	21
4A - Sistema di Qualità	8	13	0	21
5A - Risk Management Livello Azienda	10	4	0	14
2D - Evidence based practice	10	11	3	24
3D - Accountability	10	10	10	30
4D - Audit Assistenziale	10	4	1	15
5D - Valutazione e Miglioramento delle attività assistenziali	7	4	0	11
6D - Risk Management	6	4	2	12
7D - Coinvolgimento delle Persone Assistite	11	10	5	26
8D - Continuità assistenziale	5	6	0	11
9D - Integrazione socio-sanitaria	10	7	1	18
1AB - Integrazione e Continuità assistenziale - Materno infantile	8	4	0	12
2AB - Integrazione e Continuità assistenziale - Patologie croniche	8	8	0	16
3AB - Integrazione e Continuità assistenziale - Assistenza agli anziani	11	6	0	17
4AB - Integrazione e Continuità assistenziale - Dipendenze	7	8	0	15
Totali	241	211	26	478

Strumento di rilevazione: Matrice complessiva schede/aree/intervistati

MATRIX	Interviste LIVELLO AZIENDA	interviste di distretto			area di bisogno 1 - materno infantile -			area di bisogno 2 - patologie croniche -			area di bisogno 3 - anziani -			area di bisogno 4 - dipendenze -		
		distretto 1	distretto 2	distretto ...	distretto 1	distretto 2	distretto ...	distretto 1	distretto 2	distretto ...	distretto 1	distretto 2	distretto ...	distretto 1	distretto 2	distretto ...
A - Pianificazione, Programmazione e Controllo	Responsabile del CdG															
B - Organizzazione	Direttore Sanitaria - Responsabile Qualità															
C - Cultura dell'apprendimento	Responsabile HR															
D - Ricerca e innovazione	Direttore Sanitaria															
E - Sistemi informativi	Responsabile SI															
G - Comunicazione e Marketing Sociale	Responsabile URP e Direzione Sanitaria															
1 - Valutazione dei Bisogni - Azienda	Staff Dir. Sanitaria															
1 - Valutazione dei Bisogni - distretto																
2 - Evidence Based Practice (EBM, EBN, EBP)	media rilevate nel distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
3 - Accountability	media rilevate nel distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
4 - Audit Assistenziale	media rilevate nel distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
5 - Misurazione delle Performance	Direttore San e Staff	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
6 - Valutazione e Miglioramento della qualità dell'assistenza	Direttore San e Staff	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
7 - Sistemi di qualità - area di bisogno	Resp. Qualità				resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
8 - Health Technology Assessment	Dir. San e Staff															
9 - Risk Management - Azienda	Staff Direzione sanitaria															
9 - Risk Management - Distretto																
11 - Coinvolgimento e Customer Satisfaction delle persone assistite	staff dir. sanitaria	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno
12 - Integrazione dell'assistenza	coordinatore socio- sanitario	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto												
13 - Continuità delle cure	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto	resp. di distretto												
14 - Integrazione e Continuità delle cure - differenziata per area di bisogno	responsabile ospedale				resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno	resp. per area di bisogno di bisogno

Le schede di rilevazione e relativi punteggi per la ponderazione

A- Pianificazione, Programmazione e Controllo																							
L'efficacia aziendale nel pianificare e programmare le attività, dgl obiettivi e le risorse, la capacità di gestire gli strumenti e i processi tipici, dalla programmazione e controllo alle risorse umane, dai servizi ausiliari alle risorse strumentali	Tipologia domanda	Numero scelte	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10		Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10
Pianificazione Strategica																							
L'Azienda si è dotata di una funzione organizzativa per attività di pianificazione?	Singola	3	Si, nell'ambito di una struttura specifica	Si, con funzioni attribuite a specifiche figure professionali	No									32	16	0							
Se sì, chi tipo di competenza hanno tali risorse professionali? (possibile risposta multipla)	Multipia	6	Economia/Gestione delle aziende e dei servizi sanitari	Medici di direzione/esperti di sanità pubblica	Altre figure Socio-Economiche e ingegneristico-Gestionali	Statistico/Epidemiologiche	Altre competenze tecnico-ingegneristiche	Altre figure mediche e tecnico-sanitarie						4,8	3,2	3,2	2,4	1,6	0,8				
E' stato sviluppato un piano strategico triennale?	Singola	3	Si, aggiornato nell'anno in corso	Si, per il triennio in corso	No, nel 2017 non vi è alcun documento che guidi la strategia aziendale									32	16	0							
Se sì, chi è stato coinvolto nelle attività di analisi e formulazione del piano?	Multipia	6	La Direzione Sanitaria	Il collegio di Direzione	I singoli responsabili di Dipartimento	responsabili di Distretti	La funzione di staff/Consulenti esterni							2,66666667	2,66666667	2,66666667	2,66666667	2,66666667	2,66666667				
Se sì, quest'ultimo a chi è stato comunicato formalmente all'interno dell'Azienda?	Multipia	4	Comunicato alla Direzione Strategica	Comunicato a tutti i dirigenti di primo livello	Comunicato a tutti i dipendenti e collaboratori	Comunicato ai sindacati								4	4	4	4						
Se sì, quest'ultimo a chi è stato comunicato formalmente all'esterno dell'Azienda?	Multipia	7	Comunicato alla Regione	Comunicato a tutti gli enti locali	Comunicato a tutti gli MMG e loro rappresentanza	Comunicato ai soggetti privati accreditati	Comunicato ai rappresentanti del terzo settore	Comunicato ad associazioni di pazienti/cittadini	Comunicato ad altre rappresentanze sociali					2,26574286	2,2657429	2,2657429	2,26574286	2,2657443	2,26574286	2,2657429			
Se sì, sono state effettuate attività di analisi dell'ambiente interno (punti di forza e di debolezza es... offerta di servizi, competenze, organizzazione, ...)?	Singola	3	Si, in modo sistematico	Si, occasionalmente	No									16	8	0							
Se sì, sono state effettuate attività di analisi dell'ambiente esterno? (minacce/opportunità es... pressione su riduzione dei bisogni, della normativa, ecc.)	Singola	3	Si, in modo sistematico	Si, occasionalmente	No									16	8	0							
Se sì, sono stati individuati obiettivi strategici espliciti e misurabili?	Singola	3	Si, per ogni attività strategica	Si, per alcune attività strategiche	No									16	8	0							
Se sì, gli obiettivi sono dedicati in tutto-obiettivi ed azioni specifiche?	Singola	3	Si, per ogni attività strategica	Si, per alcune attività strategiche	No									16	8	0							
Se sì, quali sono i contenuti del piano strategico in termini di obiettivi? (possibile risposta multipla)	Multipia	7	Aree di bisogno	Evoluzione dei servizi di erogare	Qualità dei servizi	Relazioni esterne (con enti, aziende, partner)	Tecnologia	Organizzativa (processi interni)	Di risultato economico/finanziario					2,26574286	2,2657429	2,2657429	2,26574286	2,2657443	2,26574286	2,2657429			
Se sì, è stata formulata una pianificazione economico-finanziaria di lungo periodo coerente con gli obiettivi individuati?	Singola	3	Si	Parzialmente	No									16	8	0							
Se sì, sono stati coinvolti gli organismi di programmazione regionale e le ASL/ATS territoriali per la definizione degli obiettivi?	Singola	3	Si, con meccanismi di coordinazione sistematici	Si, in parte (il dialogo non è strutturato)	No									16	8	0							
Integrazione della programmazione con il livello territoriale																							
L'Azienda ha partecipato con pieno strutturarsi alla predisposizione dell'ultimo Piano Sanitario Regionale?	Singola	3	Si, in modo strutturato e istituzionale	Si, in modo marginale o in alcuni elementi specifici	No									32	16	0							
L'Azienda ha collaborato alla redazione del Piano di Zona o equivalente ex Legge 328/2000?	Singola	3	Si, per intero in corso	Si, per la maggior parte dei distretti	No									32	16	0							
Se sì, i distretti hanno partecipato definizione del Piano di Zona?	Singola	4	Si, tutti i distretti	Si, alcuni distretti	No									16	10,66666667	5,33333333	0						
Se sì, quali altri soggetti hanno partecipato alla definizione integrata del Piano di Zona?	Multipia	5	Conferenza dei sindaci	Comunità montane (se presenti nel territorio)	Singoli Comuni/municipi	Polizia	Rappresentanti del terzo settore							3,2	3,2	3,2	3,2	3,2					
Se sì, si è mai realizzato degli Accordi di programma "ASL-Comuni" quale strumento premiato per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria?	Singola	3	Si	In parte	No, mai									16	8	0							
La conferenza dei sindaci partecipa, nella funzione delle proprie competenze, alla programmazione aziendale?	Singola	3	Si, in modo sistematico	Si, occasionalmente	No, mai									32	16	0							
La Comunità montane partecipa, nella funzione delle proprie competenze, alla programmazione aziendale? (può essere non applicabile in caso di assenza delle comunità montane)	Singola	3	Si, in modo sistematico	Si, occasionalmente	No, mai									32	16	0							
Sistema di programmazione (budgeting)																							
E' implementato un sistema di programmazione e controllo?	Singola	4	Si, completamente	Si, con copertura della gran parte delle strutture operative	Si, con copertura di alcune strutture operative	No								32	21,33333333	10,66666667	0						
Se sì, chi tipo di competenza hanno le risorse che li lavorano?	Multipia	6	Economia/Gestione delle aziende e dei servizi sanitari	Altre figure Socio-Economiche e ingegneristico-Gestionali	Medici di direzione/esperti di sanità pubblica	Statistico/Epidemiologiche	Altre competenze tecnico-ingegneristiche	Altre figure mediche e tecnico-sanitarie						4,8	3,2	3,2	2,4	1,6	0,8				
Se sì, sono stati definiti gli obiettivi espliciti?	Singola	3	Si, completamente	In parte	No									16	8	0							
Se sì, quali sono le tipologie di obiettivi attribuiti alle strutture operative assistenziali? (possibile risposta multipla)	Multipia	4	quantitativi di tipo sanitario	qualitativi di tipo sanitario	economici	organizzativi								2	2	2	2						
Se sì, l'attribuzione di obiettivi e risorse alle unità operative avviene attraverso un processo negoziale formalizzato?	Singola	3	Si, completamente	Si, in parte	No									8	4	0							
Se sì, il sistema di programmazione è correlato alla definizione degli investimenti?	Singola	3	Si, completamente	Si, in parte	No									16	8	0							
Se sì, il processo di programmazione è supportato da una procedura informatizzata?	Singola	3	Si, completamente	Si, in parte	No									16	8	0							
Se sì, l'Azienda ha predisposto un budget riferito alle attività distrettuali?	Singola	3	Si, completamente	Si, in parte	No									16	8	0							
Se sì, quale è stata la modalità di definizione del Budget Distrettuale?	Singola	3	Approccio bottom up a partire dal distretto ed in condivisione con la Direzione	Approccio Top Down sulla base di valutazioni della Direzione Aziendale	Non è stata definita una modalità omogenea per la definizione del budget di distretto									16	8	0							
Sistema di reporting																							
Controllo strategico																							
Vengono effettuate attività di controllo sul raggiungimento degli obiettivi strategici triennali?	Singola	3	Si, con report sistematici	Si, occasionalmente	No, mai									32	16	0							
Se sì, il controllo avviene attraverso il monitoraggio di indicatori di risultato specifici?	Singola	4	Si, per tutti gli obiettivi	Si, per la maggior parte degli obiettivi	Si, per alcuni obiettivi	No								16	10,66666667	5,33333333	0						
Se sì, con quale periodicità avviene il controllo strategico degli obiettivi?	Singola	4	almeno una volta per trimestre	almeno una volta per semestre	almeno una volta per anno	No								16	10,66666667	5,33333333	0						
Se sì, chi è coinvolto nella valutazione dei risultati?	Multipia	4	Direzione Strategica	Il collegio di Direzione	Le funzioni di staff									4	4	4	4						
Controllo di gestione																							
E' stato implementato un sistema di controllo di gestione?	Singola	4	Si, esteso a tutte le attività dell'Azienda	Si, per la maggior parte delle attività dell'Azienda	No									32	21,33333333	10,66666667	0						
E' stato attivato un monitoraggio dei costi per centri di responsabilità?	Singola	4	Si, per tutti i costi	Si, per la maggior parte di tipologie di costi	Si, per alcuni costi	No								32	21,33333333	10,66666667	0						
Se sì, quali attività analitiche hanno i centri di costo?	Multipia	3	Articolati per tutte le strutture complesse e semplici	Articolati per Distretti o Dipartimento	Articolati per livello di assistenza									6,4	6,4	4							
Per quali delle seguenti attività assistenziali svolte in Azienda è stato attivato un flusso informativo di dati gestionali?	Multipia	6	Attività dei singoli Distretti	Attività dei singoli Dipartimenti	Attività dei convenzionati esterni	Attività dei MMG	Consumo di farmaci							5,33333333	5,33333333	5,33333333	5,33333333	5,33333333	5,33333333				
E' stato implementato un sistema di monitoraggio della correttezza e dell'efficienza dei dati gestionali?	Singola	4	Si, per tutti i flussi informativi	Si, per la maggior parte dei flussi informativi	Si, per alcuni flussi informativi	No								16	10,66666667	5,33333333	0						
E' stato attivato un sistema di reporting?	Singola	4	Si, per tutte le aree di attività	Si, per la maggior parte alcune aree di attività	Si, per alcune attività	No								32	21,33333333	10,66666667	0						
Se sì, quali dati sono contenuti nel sistema di reporting? (possibile risposta multipla)	Multipia	4	Quantitativi di tipo sanitario	Qualitativi di tipo sanitario	Economici	Organizzativi								4	4	4	4						
Se sì, quali è l'estensione del sistema di reporting?	Singola	4	Monitoraggio di tutti gli obiettivi	Monitoraggio della maggior parte degli obiettivi	Monitoraggio di alcuni obiettivi	No								16	10,66666667	5,33333333	0						
Se sì, con quale periodicità viene trasmesso il report?	Singola	4	prevalentemente mensile	prevalentemente trimestrale	prevalentemente semestrale	annualmente								16	12	8	4						
E' stata redatta report specifici per la valutazione dei risultati con i responsabili della attività/distretto?	Singola	6	Si, trimestralmente	Si, semestralmente	Si, annualmente	Si, con alta periodicità	No							32	25,6	19,2	12,8	6,4	0				
Se è presente un budget riferito al distretto, chi è coinvolto nella valutazione dei risultati?	Multipia	5	Direzione Strategica	Collegio di direzione	Direzione di distretto	MMG	Altri							6,4	6,4	6,4	6,4						

B-Organizzazione		Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10
La capacità aziendale di essere efficace, efficiente e garantire l'integrazione dei servizi sanitari e socio sanitari, al fine di minimizzare le dissonanze organizzative nel territorio e assicurare livelli omologhi di qualità del servizio offerto.											
Struttura e finalità della funzione organizzativa											
1. L'azienda ha formalizzato l'Atto Aziendale?	Sì, approvato nell'anno in corso										
2. È stato formalizzato e comunicato in pieno il piano di organizzazione aziendale (piano dell'Atto Aziendale)?	Sì, comunicato a tutti i livelli dell'organizzazione										
3. È stata formalizzata la funzione organizzativa?	Riduzione										
4. Se sì, copre le funzioni territoriali (sia direzionali che gestionali)?	Sì, per tutte le funzioni										
5. L'azienda ha individuato un'area specificamente dedicata alla verifica e alla manutenzione degli strumenti di organizzazione aziendale (piano di organizzazione, organigramma, taccuino organizzativo)?	Sì, nell'ambito di una struttura specifica										
6. Se sì, qual è la frequenza di revisione/modifica degli strumenti di organizzazione aziendale?	Semestrale										
7. Se sì, il sistema è stato individuato e descritto l'ambito di responsabilità della singola struttura?	Sì, per tutte le strutture semplici, complesse e dipartimenti										
Condizionamento e controllo organizzativo											
1. L'azienda ha attivato un organismo di condizionamento delle funzioni di staff di direzione?	Sì										
2. L'azienda ha attivato un organismo di condizionamento delle attività dei Direttori?	Sì										
3. L'azienda ha attivato un organismo di condizionamento delle attività dei Dipartimenti?	Sì										
4. Con quali frequenza il collegio di direzione è consultato sulle tematiche afferenti alla clinical governance aziendale?	Semestrale										
5. Se sì, talmente e a quali tematiche della clinical governance viene consultato il collegio di direzione?	Analisi dei bisogni di salute										
Organizzazione e Qualità Clinica Assistenziale											
1. L'azienda ha individuato una funzione specifica per la gestione dell'implementazione e dell'applicazione di processi clinici assistenziali?	Sì, nell'ambito di una struttura specifica										
2. Se sì, sono state adottate procedure o strumenti specifici per la descrizione / disegno dei percorsi clinici assistenziali?	Sì, per tutti gli ambiti assistenziali										
3. Se sì, la definizione dei PDTA è stata effettuata con riferimento a:	Tutte le procedure assistenziali										
4. Se sì, la definizione dei percorsi clinico-assistenziali è prevista (riduzione e assegnazione di responsabilità alle varie fasi)?	Sì, sempre										
5. Se sì, con procedura formalizzata (formulata attraverso disposizioni di servizio)?	Sì, a volte										
6. Se sì, con procedura formalizzata, su quale tipo di supporto è tracciabile tale responsabilità?	Entrambi										
7. In base ai dati di efficacia di accordi / contratti con strutture accreditate è prevista la verifica della garanzia di qualità di strutture sanitarie partner?	Sì										
Processi professionali											
1. Sono stati implementati processi di valutazione del personale sanitario?	Sì, per tutte le categorie professionali										
2. Se sì, quali sono gli ambiti delle valutazioni?	Qualitativi										
3. Se sì, quale è il numero di professionisti sanitari oggetto dei processi di valutazione?	Tutto il personale Sanitario										
4. Se sì, sono stati attivati percorsi di miglioramento sulla base delle valutazioni?	Sì, in parte										
5. Altre valutazioni dei professionisti sanitari sono correlate sistemi di incentivazione economica?	Sì										
Processi gestionali											
1. Sono stati implementati processi di valutazione del personale non sanitario e amministrativo-gestionale?	Sì, per tutte le categorie professionali										
2. Se sì, quali sono gli ambiti delle valutazioni?	Qualitativi										
3. Se sì, quale è il numero di personale non sanitario e amministrativo-gestionale oggetto dei processi di valutazione?	Tutto il personale non Sanitario										
4. Se sì, sono stati attivati percorsi di miglioramento sulla base delle valutazioni?	Sì, in parte										
5. Altre valutazioni dei professionisti sanitari sono correlate sistemi di incentivazione economica?	Sì										

[illegible]

[illegible]

169

170

1A - Analisi dei Bisogni - Livello Azienda																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
L'approccio sistematico basato sul metodo epidemiologico affinché il servizio sanitario utilizzi le risorse a sua disposizione per migliorare la salute della popolazione target nel modo più efficiente.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Organizzazione																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
Tipo domanda	Numero scelte	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Singola	3	Si, nell'ambito di una struttura specifica	Si, con funzioni attribuite a specifiche figure professionali	No						32	16	0																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		

172

2A - Misurazione delle Performance												
<p>Organizzazione</p> <p>La capacità dell'azienda e delle strutture operative di monitorare sistematicamente i risultati dell'assistenza in termini di efficacia (es. tasso di sopravvivenza dei pazienti in determinate condizioni), appropriatezza (giusta collocazione dell'assistenza nel tempo e nello spazio), efficienza (impiego delle risorse), qualità (es. soddisfazione del paziente) e tempi (es. erogazione delle prestazioni, attesa)</p>	Numero schede	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10	
	3	SI, nel ambito di una struttura specifica	SI, con funzioni attribuite a specifiche figure professionali	No								
	5	Mezzo di direzione esperti di sanità pubblica	Statistico/Epistemologiche	Economiche (Gestionali)	Tecnico-Ingegneristiche	Altre figure mediche o tecnico-sanitarie						
	4	SI, con sistemi che integrano tutti gli ambiti di attività	SI, con sistemi che integrano la maggior parte degli ambiti di attività	No								
	4	SI, per tutti i servizi	SI, per la maggior parte dei servizi	No								
	3	Sistema informativo aziendale	Strumenti di Office automation (informatica individuale - e s. es. excel, access...)	Cartaceo								
	3	SI, completamente	SI, in parte	No								
	4	SI, per tutti i servizi	SI, per la maggior parte dei servizi	No								
	4	Trimestrale	Semestrale	Annuale								
	4	SI, sistematicamente con aggiornamenti almeno annuali	SI, sistematicamente con frequenza superiore all'anno	No								
3	Docenti interni ed esterni	Docenti esterni	Docenti interni									
Dimensioni della misurazione												
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
4	Durata della prestazione	Tempo incoerenti fra richiesta ed erogazione della prestazione	Tempo di attraversamento del/risultato processo	Intervallo di tempo tra le prestazioni erogate								
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
4	SI, per tutte le attività	SI, per la maggior parte delle attività	SI, per alcune attività	No mai								
3	Qualità di risorse tecniche e professionali impiegate	Consumo di farmaci	Consumo di materiale sanitario									

174

175

176

20 - Evidence based practice - Distretti																						
Tipo domanda	Numero scelte	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10	
L'assistenza sanitaria basata sull'integrazione dell'esperienza clinica del professionista sanitario con la migliore evidenza scientifica disponibile applicata alle caratteristiche ed ai valori del singolo assistito																						
	Singola	3	Si, in modo strutturato e sistematico	Si, in modo non strutturato ed occasionale	No, mai								32	0								
	Multipia	5	Diffusione strutturata di linee guida	Previdio di attività formative da ufficio per l'elaborazione di PDTA	Organizzazione e ricerca delle fonti bibliografiche (db abbonamenti, repertories,...)	Feedback informativi							2,66666667	2,66666667	2,66666667	2,66666667	2,66666667	2,66666667				
	Multipia	5	Assistenza ambulatoriale	Medicina di base	Residenzialità	Assistenza domiciliare (dell'assistente)	Altri ambiti (Pediatria, Psichiatria)						5,33333333	5,33333333	5,33333333							
	Multipia	5	Azioni	Patologia Cornea	Dipendenza	Medicina infantile	Pediatria						16	8	0							
	Singola	3	Si, in modo articolato e diffuso	Si, in modo occasionale	No, mai								32	16	0							
	Singola	3	Si, in modo articolato e diffuso	Si, in modo occasionale	No, mai								10,66666667	5,33333333								
	Multipia	2	Docenti esterni al distretto	Docenti interni al distretto									32	16	0							
	Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								16	8	0							
	Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								3	3	1	1						
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							32	16	0								
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								32	16	0								
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali	No, mai								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	3	Si, per tutte le strutture accreditate	Si, solo per le proprie strutture accreditate (no private)	No								32	21,33333333	10,66666667	0							
Singola	3	Si, completamento	Si, in parte	No								16	10,66666667	5,33333333	0							
Singola	4	Medici	Infermieri	Psicologi	Altre figure professionali							3	3	1	1							
Singola	3	Si, sempre in modo strutturato e sistematico	Si, mai in modo sporadico ed occasionale	No, mai								32	16	0								
Singola	4	Si, con verifiche condotte su tutte le figure professionali	Si, con verifiche condotte sulla maggior parte delle figure professionali</																			

178

[illegible]

5D - Valutazione e Miglioramento delle attività assistenziali												
L'utilizzo sistematico dei sistemi di misurazione delle performance per valutare e programmare il miglioramento delle pratiche assistenziali sia da parte dell'organizzazione che del singolo professionista	Tipo domanda	Numero scelte	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10
Implementazione, ambito e strumenti												
Vengono effettuate analisi di valutazione delle performance misurate?	Singola	4	Si, sempre	Si, quasi sempre	Si, a volte	No, mai						
Se sì, la valutazione della performance è finalizzata a:	multipia	7	Valutazione e programmazione attività distrettuali	Valutazione degli scostamenti di budget e / o riduzione dei costi	Valutazione ed incentivazione del personale dirigente non apicale	Valutazione del Direttore del Distretto e/o dei responsabili delle strutture territoriali	Valutazione degli erogatori accreditati o convenzionati (es. MMG)	Comunicazione attraverso gli strumenti di accountability				
Se sì, quale tipologia di valutazioni sono condotte?	multipia	5	Valutazione delle performance con riferimento agli obiettivi del distretto	Valutazione delle performance con riferimento agli obiettivi delle singole strutture territoriali o dei MMG	Benchmarking fra le prestazioni di ambiti di attività comparabili	Valutazioni sugli andamenti (trend) delle prestazioni	Confronti strutturati con standard di riferimento esterni al distretto					
Se sì, quali strumenti sono utilizzati per supportare la valutazione delle performance?	Singola	3	Prevalentemente sistemi informativi aziendali	Prevalentemente strumenti di office automation autonomi	Prevalentemente supporti cartacei							
Metodologia e contenuti ed efficacia												
Quali delle seguenti modalità di valutazione della performance delle attività territoriali vengono applicati?	multipia	6	Audit interni a livello di struttura ambulatorio	Gruppi di valutazione/revisione tra pari (peer review)	Viste valutative esterne presso le strutture	Analisi attraverso indicatori auto compilati	Analisi attraverso indicatori suggeriti dalla direzione aziendale	Altro (specificare)				
Vengono effettuate attività di valutazione delle performance relative a output e efficienza gestionale?	Singola	3	Si, in modo strutturato	Si, ma in modo non strutturato	No, mai							
Se sì, quale periodicità hanno tali analisi?	Singola	5	Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Altra periodicità					
Vengono effettuate attività di valutazione delle performance relative agli outcome clinici?	Singola	3	Si, in modo strutturato	Si, ma in modo non strutturato	No, mai							
Se sì, quale periodicità hanno tali analisi?	Singola	5	Mensile	Trimestrale	Semestrale	Annuale	Altra periodicità					
Quali tra le seguenti fonti di dati vengono utilizzati per la valutazione della performance dei singoli professionisti del territorio?	multipia	4	Indicatori standardizzati individuati in collaborazione con gli stessi professionisti	Questionari sulla qualità percepita degli assistiti	Indicatori esterni selezionati dalla direzione aziendale su base internazionale/nazionale	Reclami/denunce degli assistiti						
Le attività di valutazione innescano efficaci processi di feedback?	Singola	4	Si, sempre	Si, la maggior parte delle volte	Si, alcune volte	No, mai						

60 - Risk Management												
Domanda	Tipologia domanda	Scala	Risposta 1	Risposta 2	Risposta 3	Risposta 4	Risposta 5	Risposta 6	Risposta 7	Risposta 8	Risposta 9	Risposta 10
Al interno del Distretto, è stata effettuata una mappatura dei rischi esistenti?	Singola	3	SI	SI, parziale e/o in via di completamento	No							
Se sì, la mappatura è stata comunicata ai professionisti coinvolti?	Singola	4	SI, a tutti i professionisti	SI, alla maggior parte dei professionisti	SI, ad alcuni professionisti	No						
Al interno del Distretto, sono state definite procedure specifiche per la classificazione e riduzione degli errori?	Singola	3	SI, completamente	SI, in parte	No							
È stato messo in atto un sistema di incidenti reporting?	Singola	3	SI	SI, in parte	No							
Se sì, il sistema è	Multiplo	2	Informalizzato	Cartaceo								
Se sì, il sistema è stato comunicato a tutti i professionisti sanitari?	Singola	3	SI, completamente	SI, in parte	No							
Se sì, è stato messo in atto con procedura formalizzata?	Singola	2	SI	No								
Qual è il livello di segregazione degli eventi da parte dei professionisti sanitari operanti nel distretto?	Singola	4	Alto	Medio	Basso	Assente						
Gli eventi segnalati sono analizzati?	Singola	3	Strutturato e continuo	SI, in modo occasionale	No, mai							
Se sì, i risultati delle analisi sono utilizzati per strategie di riduzione dell'errore?	Singola	3	SI, in modo continuo	SI, in modo occasionale	No, mai							
Sono stati definiti percorsi di benchmarking con distretti comparabili e di eccellenza in merito alla rilevazione e riduzione degli eventi e/o degli errori?	Singola	3	SI, in modo continuo	SI, in modo occasionale	No, mai							
Viene effettuata attività formativa per la minimizzazione del rischio e/o per l'ADE (Adverse Drug Events) nella gestione farmacia (Es. ambulatorio, RSA, Singola AD)?	Singola	3	SI, in modo continuo	SI, in modo occasionale	No, mai							

182

[illegible]

[illegible]

185

186

187

188

189

5. La sperimentazione della metodologia realizzata

La finalità della rilevazione condotta è stata duplice: da un lato la valutazione del livello di introduzione degli strumenti di Governance Clinica in Azienda; dall'altro, la verifica della metodologia e della sua rispondenza alla realtà di una ASL pilota (ASL di CUNEO) rispetto a quanto già testato a livello scientifico. I risultati sui singoli strumenti del governo clinico sono stati sviluppati in base al questionario della metodologia a monte della rilevazione.

La sperimentazione del questionario così applicato, oltre ai risultati specifici per l'ASL e per la singola area di rilevazione, ha fornito indicazioni anche per alcune integrazioni metodologiche e di contenuto del questionario stesso.

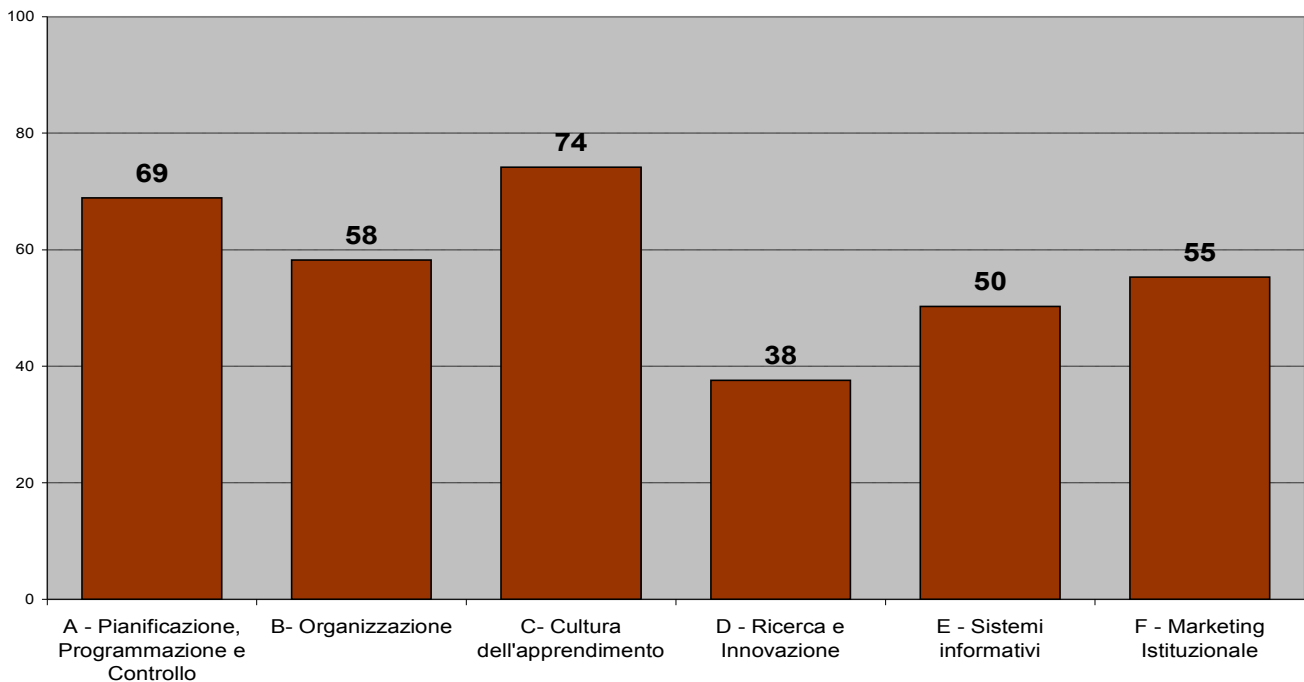
La rilevazione ha evidenziato al gruppo di lavoro anche la necessità di rivedere l'impostazione di alcune aree di analisi (ad es. l'Evidence Based Practice o l'Accountability), alla luce di difficoltà oggettive da parte dei Distretti a fornire un quadro esaustivo in relazione all'adozione degli strumenti considerati – difficoltà da ricondurre al ruolo istituzionale dei Distretti stessi, e non a lacune delle Direzioni.

In alcuni casi si è proceduto a una “normalizzazione” dei dati, tenuto conto, appunto, dell'inapplicabilità di alcuni elementi dei questionari agli intervistati; le differenze nei punteggi ottenuti da tale normalizzazione devono essere lette innanzitutto come uno spunto di riflessione per il gruppo di lavoro sull'impostazione della metodologia di rilevazione, tuttavia si considera che l'applicabilità o non applicabilità di alcuni elementi ai Distretti possa essere fonte di approfondimento anche per l'Azienda – in relazione, ad esempio, alle modalità di gestione o alle competenze assegnate (formalmente o informalmente) ai Distretti. Tali elementi sono stati comunque raccolti nell'ambito del Manuale di Rilevazione sviluppato a supporto dell'adozione della metodologia .

Sebbene non sia sempre stato esplicitato nei commenti, i rilevatori hanno tenuto conto della delicata fase di accorpamento che accompagna questo momento dell'organizzazione; questa considerazione è importante, anche perché una rilevazione condotta in un periodo di profondo cambiamento organizzativo pone comunque alcune difficoltà nella costruzione di una fotografia attendibile, soprattutto in relazione alla piena visibilità dell'intervistato su una realtà aziendale complessa ed in evoluzione.

Anche in ragione di questo elemento, si è considerato di dare maggiore peso a interventi di miglioramento tesi a segnalare, se non l'esigenza, sicuramente un punto di attenzione sugli sviluppi futuri, che devono assolutamente tenere conto di differenze anche profonde nelle modalità di introduzione e implementazione di strumenti di Clinical Governance. In questo senso, i punteggi presentati indubbiamente rispecchiano un lavoro già avviato di introduzione di strumenti di governo clinico, ma che può essere supportato da ulteriori elementi sia di metodo, sia di processo o di contenuti specifici da integrare.

5.1 I risultati delle rilevazione sulle aree dei presupposti strutturali e funzionali



- ❖ Il livello di sviluppo di queste aree è discreto, tenuto conto del processo di accorpamento che, evidentemente, deve ancora portare a maggiore uniformità; ciò è vero soprattutto per quanto riguarda i sistemi informativi e il marketing istituzionale.
- ❖ I punti di forza sono rappresentati dal sistema di PPC e dalla Cultura dell'Apprendimento, supportati entrambi da una buona organizzazione.
- ❖ L'area della ricerca e innovazione è ancora poco presidiata e richiederà un intervento per assicurare un governo più efficace delle iniziative di ricerca e un supporto centralizzato per la valorizzazione dei risultati della stessa.

Pianificazione, programmazione e controllo

- ❖ Il Piano Strategico è formalizzato secondo il modello regionale ed ha una copertura triennale; nell'elaborazione del Piano dovrebbero essere (maggiormente) coinvolti medici esperti di direzione e sanità pubblica, oltre a una partecipazione più sistematica di organismi di programmazione regionale e/o altre ASL/ASO limitrofe; gli obiettivi individuati sono misurabili, non sempre però sono declinati in sotto-obiettivi e azioni specifiche.
- ❖ L'Azienda partecipa attivamente alla stesura dei documenti di programmazione territoriali (Piani di Zona), con un buon livello di coinvolgimento dei Distretti; tuttavia, si rileva una necessità di maggiore partecipazione alla programmazione aziendale anche da parte di Comunità Montane e Conferenza dei Sindaci (nell'ambito delle loro competenze).

- ❖ La procedura di budget è formalizzata, e l'individuazione degli obiettivi segue un processo "bottom up" che assicura una appropriata partecipazione alla definizione degli stessi; i sistemi di controllo sono coerenti e rilevano adeguatamente gli indicatori correlati agli obiettivi strategici e annuali di budget, con produzione di reportistica dettagliata; risulta da implementare la misurazione di elementi di tipo qualitativo – sanitario, attraverso, soprattutto, l'individuazione e la rilevazione strutturata di indicatori di outcome.
- ❖ Nel sistema di programmazione e budgeting (così come nel Piano Strategico) manca un piano degli investimenti sistematico, correlato alle previsioni pluriennali ed a quelle annuali, con una area di attenzione legata al rischio di non coerenza degli interventi infrastrutturali e di attrezzature con le esigenze di sviluppo e funzionamento dell'Azienda, in termini di ruoli svolti e, soprattutto, da svolgere in futuro.
- ❖ Per il sistema di controllo, si rilevano le carenze già indicate con riferimento alla programmazione e budgeting e correlate alla mancanza di un sistema strutturato e articolato di indicatori di outcome relativi alle prestazioni erogate.
- ❖ Il sistema di PPC richiede, così come altre funzioni di staff, l'adempimento ad un debito informativo rilevante da parte delle Unità Organizzative della ASL. Si ritiene indispensabile effettuare un intervento (formativo e di migliore definizione di alcuni strumenti) sia a livello di staff di direzione, sia a livello di unità operative (di Distretto e di Dipartimento) per meglio chiarire le informazioni necessarie all'adempimento delle loro funzioni, con evidenza delle priorità e dei tempi.

Organizzazione

- ❖ Il principale punto di forza è rappresentato dall'evoluzione del sistema di valutazione del personale, sia sanitario che amministrativo, che copre adeguatamente tutte le dimensioni della valutazione; un punto di miglioramento, in prospettiva, è l'introduzione di elementi maggiormente misurabili anche in riferimento alla dimensione sanitaria – qualitativa (outcome), che dovrà andare di pari passo con l'introduzione di obiettivi in questo senso anche in sede di budget; inoltre, emerge la necessità di attivare la definizione di percorsi di miglioramento del personale in base agli esiti delle valutazioni effettuate.
- ❖ Per quanto riguarda, invece, il presidio del cambiamento organizzativo, si ravvisa ancora uno spostamento significativo verso gli aspetti formali; in questo senso, sarà utile rafforzare una funzione di governo unitaria per la gestione degli strumenti dell'organizzazione (Atto Aziendale, Organigramma, Funzionigramma), al fine di assicurare maggiore coerenza sostanziale nell'attribuzione di compiti e responsabilità alle strutture dell'organizzazione (Distretti, Dipartimenti e strutture afferenti). In questo senso, appare necessario attivare una funzione organizzativa specifica per la manutenzione dell'organizzazione e la verifica dell'efficacia degli strumenti formali.

- ❖ Si è riscontrata la presenza di un tavolo di coordinamento dei Distretti, che ha facilitato, nel periodo di accorpamento, l'unificazione dei processi e, in prospettiva, rappresenta una sede di confronto e sviluppo dell'organizzazione; invece, sarà utile attivare un coordinamento equivalente per lo sviluppo delle attività delle funzioni di staff (anche in collegamento con il commento espresso per l'area PPC).

Cultura dell'apprendimento

- ❖ L'organizzazione della formazione risulta strutturata, pur con la necessità di lavorare ulteriormente per uniformare questo settore in funzione dell'accorpamento aziendale.
- ❖ Il budget disponibile è appropriato, e consente di rispondere adeguatamente alle esigenze formative.
- ❖ Ad oggi la programmazione della formazione è ancora annuale, in prospettiva l'orizzonte temporale è previsto sia allargato al triennio.
- ❖ L'Azienda sta attivando, per l'anno a venire, percorsi formativi sulle principali tematiche del governo clinico: risk management, audit clinico, mappatura delle competenze, valutazione individuale; inoltre, troveranno continuità i progetti formativi incentrati sull'analisi del cambiamento organizzativo.
- ❖ In prospettiva, emerge la necessità di integrare maggiormente la formazione alla valutazione del personale, attraverso la strutturazione di percorsi di crescita individuali, ad oggi assenti.
- ❖ A supporto di tale integrazione, sarà utile completare la mappatura delle competenze professionali, anche attraverso l'introduzione di strumenti sistematici di rilevazione dei fabbisogni e delle capacità espresse, al fine di dotare le strutture di staff di strumenti maggiormente evoluti di gestione dello sviluppo del personale, nonché di supporto alla programmazione della formazione.
- ❖ Si è riscontrata, inoltre, la necessità di rafforzare i percorsi di benchmarking con strutture comparabili e/o di eccellenza, sia in relazione all'organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, sia in merito all'efficacia e all'analisi dei risultati della pratica assistenziale.

Ricerca e innovazione

- ❖ Una struttura di trasferimento dei risultati della ricerca scientifica non è ancora attivata, è invece stata riscontrata una funzione per il coordinamento della valutazione e approvazione delle proposte di ricerche scientifiche da avviare. In questo senso, sarà utile rafforzare tale funzione, al fine di attribuirle compiti in relazione alla stesura di piani di valorizzazione della ricerca, sia con riferimento al miglioramento dell'assistenza, sia con riferimento ad eventuali aspetti economico – finanziari.
- ❖ Emerge la necessità di implementare procedure organizzative per rafforzare il trasferimento dei risultati della ricerca, anche di terzi, non solo attraverso iniziative di pubblicizzazione (eventi sono già ad oggi organizzati), ma anche attraverso l'attivazione di strumenti (quali ad esempio

repositories sui sistemi informativi) volti alla diffusione, e a supportare il miglioramento dei servizi (ad es. per l'elaborazione dei percorsi di cura, identificazione di bisogni, attivazione di servizi innovativi, ...).

- ❖ L'Azienda partecipa ad attività di ricerca con altri partner, non ancora con un prevalente ruolo di capofila. Tuttavia, si è riscontrata, anche grazie a un contesto in questo senso favorevole, un buon utilizzo dei finanziamenti privati locali (Fondazioni) per accedere a risorse finanziarie aggiuntive, finalizzate sia alla conduzione di progetti di ricerca, sia all'acquisto di attrezzature.
- ❖ In merito alla valorizzazione dei risultati della ricerca, si suggerisce di attivare modalità maggiormente formali di condivisione dei risultati stessi, nell'ambito di riunioni strutturate a livello di Distretto e di Dipartimento.

Sistemi informativi

- ❖ I sistemi informativi sono apparsi in piena evoluzione, alla luce del processo di accorpamento; in tale contesto, si ritiene che l'assenza di un Piano di Implementazione formalizzato possa rappresentare un elemento di criticità, anche in funzione della verifica e del monitoraggio dell'efficacia dei sistemi informativi in relazione ai processi organizzativi e dell'assistenza, soprattutto distrettuale e in riferimento alle logiche dell'integrazione.
- ❖ Ad oggi, il sistema sembra essere ancora molto incentrato sulla gestione dei flussi legati ai debiti informativi, mentre più deboli appaiono le soluzioni che offrono strumenti gestionali a supporto delle attività cliniche, quali, ad esempio, la disponibilità di banche dati condivise per l'evidence based medicine, raccolte strutturate e organizzate di linee guida e protocolli, raccolte di pubblicazioni scientifiche.
- ❖ Sebbene il sistema informatico sia supportato dalla presenza di un datawarehouse, questo non appare aperto a fonti informative istituzionali esterne (dati socio – demografici, epidemiologici regionali, integrazione con dati ISTAT).
- ❖ È stata riscontrata la necessità di approfondire le analisi funzionali sulle fonti di dati per la costruzione dei flussi, in quanto le modalità di rilevazione non sempre sono omogenee e, comunque, affidabili in termini di informazioni raccolte e trasmesse.
- ❖ È appropriato, invece, il livello di sicurezza e protezione adottato nei sistemi.

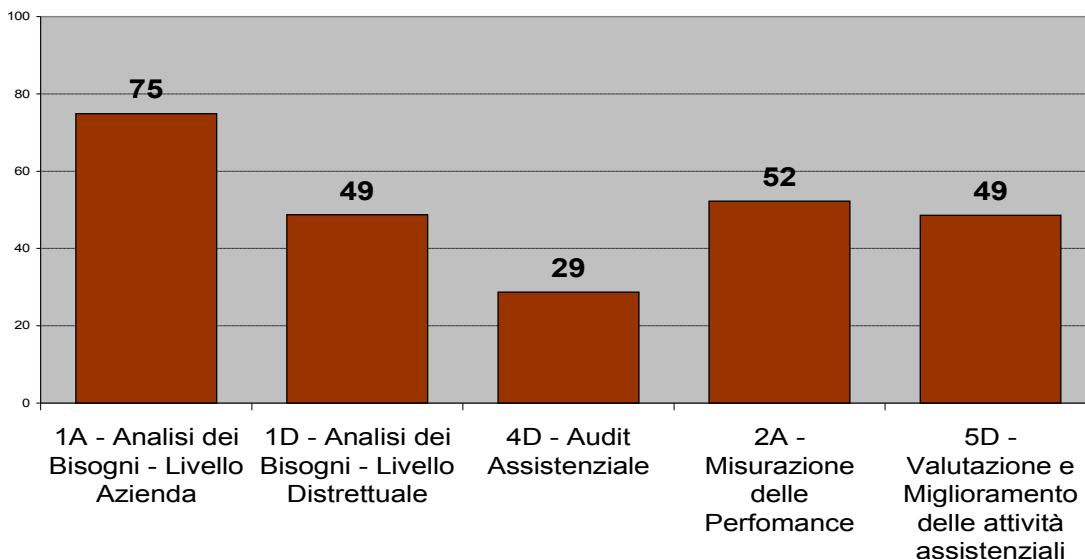
Marketing istituzionale

- ❖ L'Azienda ha individuato una funzione per l'elaborazione dei piani di comunicazione interno ed esterno, tuttavia tali strumenti non sono ancora stati implementati e formalizzati.
- ❖ L'Azienda ha attivato soprattutto i canali di comunicazione più tradizionali (URP, front office), mentre il sito web, ancora in fase di allestimento, ad oggi consente di accedere a informazioni

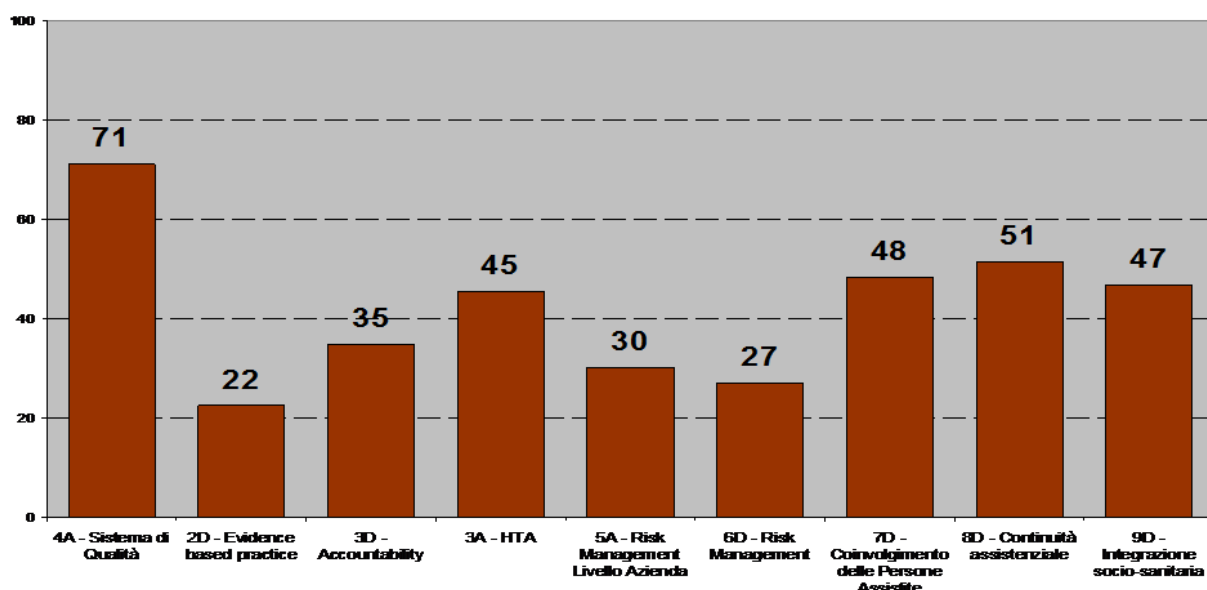
sull'organizzazione dei servizi, ed è stato adeguato alla normativa in ordine alla trasparenza ed al diritto di accesso agli atti della pubblica amministrazione.

- ❖ L'Azienda ha attivato rilevanti attività di comunicazione ed informazione rivolte ai principali stakeholders, in particolare cittadini e altre PPAA. Tuttavia, tale comunicazione dovrà essere ulteriormente rafforzata alla luce del processo di accorpamento, soprattutto in relazione alla necessità di attivare funzioni di monitoraggio dell'efficacia della comunicazione stessa.
- ❖ Emerge la necessità di investire maggiormente nella carta dei servizi, che ad oggi appare essere sviluppata parzialmente.
- ❖ L'Azienda non ha ancora formalizzato strumenti di rendicontazione sociale.

5.2 I risultati delle rilevazioni per le aree della clinical governance



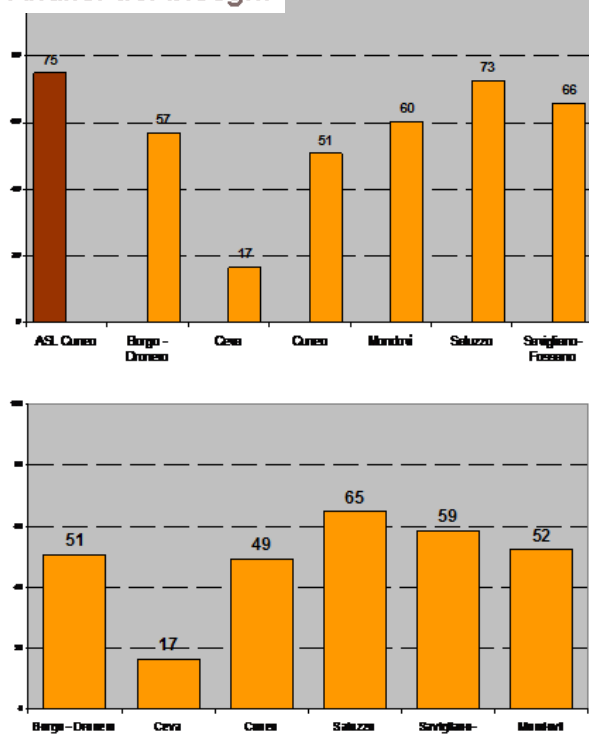
- ❖ I risultati relativi a queste aree di indagine rispecchiano una certa disomogeneità, dovuta principalmente all'adozione di strumenti non sempre sistematica e diffusa in egual misura nell'organizzazione.
- ❖ Relativamente all'analisi dei Bisogni si è riscontrato un "corto circuito" organizzativo, per il quale non era chiaro il ruolo dei Distretti rispetto al servizio, ormai centralizzato, di epidemiologia. Ciò ha evidenziato modalità anche molto diverse di valutazione dei bisogni, con intensità e qualità delle analisi anche molto diverse tra loro.
- ❖ L'Audit Assistenziale è uno degli strumenti che richiederà maggiori attenzioni in chiave di introduzione più efficace nell'ambito dei Distretti e dei singoli servizi, in relazione sia alla condivisione delle metodologie, sia agli oggetti delle valutazioni.



- ❖ Molte aree necessitano di sviluppo, anche se gli strumenti di governance sono conosciuti e adottati, pur se in modo parziale.
- ❖ Il sistema qualità, in particolare, è risultato sviluppato, e può essere orientato affinché fornisca maggiore supporto, fungendo da “perno” anche per lo sviluppo delle altre aree, in particolare per il Risk Management (tutto da costruire), l’EBP (ha bisogno di strumenti più centralizzati) e il Clinical Audit (nel grafico precedente, si evince l’adozione di modalità eterogenee ed estese solo ad alcuni ambiti dell’assistenza).

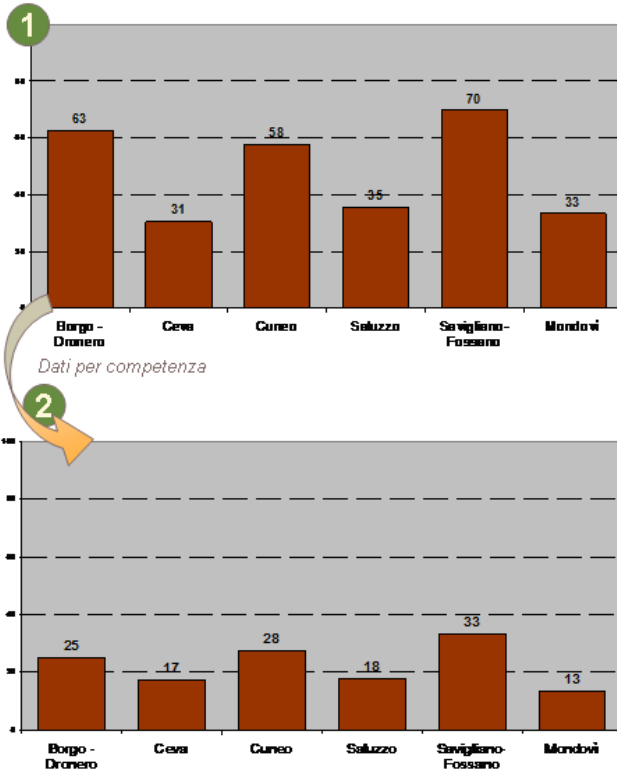
Le singole aree di analisi

Analisi dei bisogni



- ❖ L'analisi dei bisogni, a livello Aziendale, è presidiata dalla S.S. Epidemiologia, afferente al Dipartimento di Prevenzione; a supporto, la struttura si avvale del servizio epidemiologico sovrazonale. Tale funzione trasversale si integra con la competenza dei Distretti, definita dall'Atto Aziendale come quella avente il compito di "definire e governare i fabbisogni complessivi di assistenza della popolazione residente sul territorio di riferimento" (art. 39).
- ❖ Analisi sono svolte in modo strutturato, prevalentemente in seno all'elaborazione dei PEPS e dei Piani di Zona; l'orizzonte temporale delle analisi è generalmente annuale.
- ❖ Gli ambiti di analisi meno strutturati risultano essere quelli delle patologie cronico - degenerative e dei bisogni di assistenza psichiatrica; per tutti gli ambiti, le analisi, solo occasionalmente, si affiancano in modo strutturato e sistematico ad analisi del quadro socio-economico, e non sempre sono correlate all'analisi dell'offerta di servizi.
- ❖ Tuttavia, l'analisi dei bisogni appare essere supportata da adeguati strumenti e metodologie, con accesso a banche dati, anche aziendali, e con il coinvolgimento degli stakeholders della Comunità di riferimento.
- ❖ I risultati delle analisi sono finalizzati alla loro distribuzione, nonché condivisi sia con la Direzione Strategica, sia con i Distretti e i Dipartimenti; tuttavia, ad oggi, risulta ancora debole la funzione di coordinamento da parte del servizio epidemiologico, e la sua partecipazione ad attività di analisi, svolte a livello distrettuale, non è sempre uniforme e strutturata, se non per ambiti specifici, come, ad esempio, l'elaborazione dei PEPS.

Evidence Based Practice

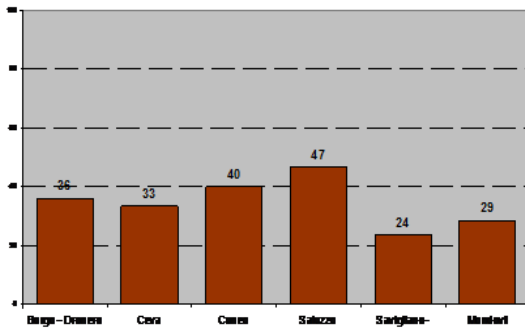


❖ I grafici riportati, letti congiuntamente, presentano il quadro relativamente agli strumenti di evidence based practice:

❖ Il grafico (1) riporta i punteggi considerando unicamente le professioni direttamente afferenti il Distretto, ossia medici ed infermieri dipendenti. I risultati appaiono assai disomogenei e, in generale, evidenziano la necessità di rafforzare e uniformare maggiormente l'accessibilità a strumenti di aggiornamento e consultazione, da affiancare a specifici programmi formativi (anch'essi non presenti in modo sistematico e diffuso per gli operatori).

❖ Il grafico (2), invece, riporta i punteggi "normalizzando" la competenza, vale a dire equiparando il mancato governo relativamente a talune professioni a una risposta nulla. Per descrivere meglio nell'ottica della governance clinica distrettuale o sviluppo dei temi dell'EBP, si è proceduto ad un rielaborazione della scheda, alla luce dei risultati dello studio pilota, trasformando la rilevazione sull'applicazione dell'EBP tra le figure professionali in una rilevazione concentrata sui livelli assistenziali prevalenti nel Distretto.

Accountability

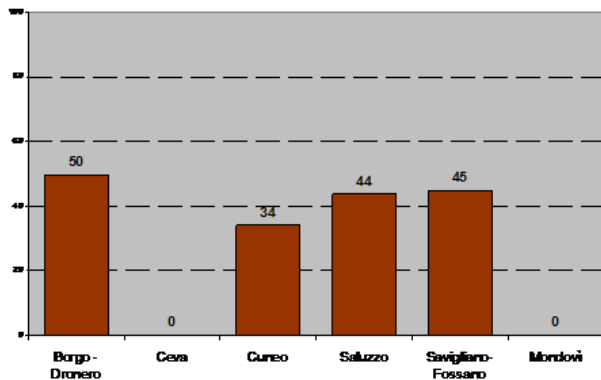


❖ Anche in questo caso, confrontando con la metodologia adottata a proposito dell'EBP, due grafici "per competenza" e "normalizzato", si consegue una più efficace interpretazione dei risultati sul tema del governo e degli strumenti adottati per la rintracciabilità degli atti assistenziali.

❖ In generale, si è riscontrata attenzione per la qualità nella compilazione della cartella clinica/assistenziale. La presenza della firma del responsabile formale dell'atto assistenziale è ricorrente, pur senza l'adozione di cartelle informatizzate, né di procedure specifiche, salvo in alcuni ambiti o distretti.

❖ Emerge, tuttavia, la necessità di un approfondimento sul ruolo del Distretto nel governo della rintracciabilità, come evidenziato dal grafico (2). Anche in questo caso, sembra opportuno riferirsi ai livelli assistenziali, più che alle competenze delle singole professioni. Infatti, si è riscontrato che il Distretto non ha, e probabilmente non può avere, un ruolo determinante, se non attraverso una maggiore integrazione / cooperazione con i Dipartimenti competenti e/o con i singoli servizi assistenziali (ad es. promuovendo o coordinando attività di monitoraggio e verifica della corretta compilazione della documentazione clinica nei diversi ambiti dell'assistenza).

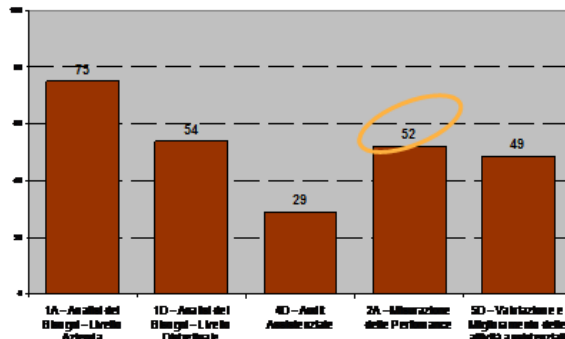
Audit Assistenziale



- ❖ A livello di Distretti aziendali, l'unico ambito dove è stata riscontrata un'attività di audit organizzata, strutturata e sistematica è risultato essere quello dell'assistenza agli anziani.
- ❖ Tuttavia, anche in questo caso, si è rilevata la necessità di strutturare e rendere metodologicamente più robusti gli audit clinico - assistenziali, estendendo, da un lato, la partecipazione (ad oggi solo gli infermieri sono coinvolti in questo senso) e, dall'altro, adottando metodologie e strumenti di valutazione con riferimento a casistiche più rappresentative, e non solo in relazione a singoli casi o episodi di assistenza.

- ❖ Se dalle interviste con i responsabili di aree/distretti si pone la necessità di puntare sull' audit assistenziale come volano di sviluppo delle logiche della governance clinica sul territorio, si pone la necessità di condividere e implementare, a partire da progetti aziendali/territoriali di formazione e training, l'attivazione e/o il miglioramento delle attività di audit assistenziale.
- ❖ Emerge la necessità di improntare le attività sulla definizione degli aspetti metodologici e su un utilizzo condiviso e sistematico dei risultati della valutazione per la crescita delle organizzazioni sul miglioramento continuo della qualità assistenziale.

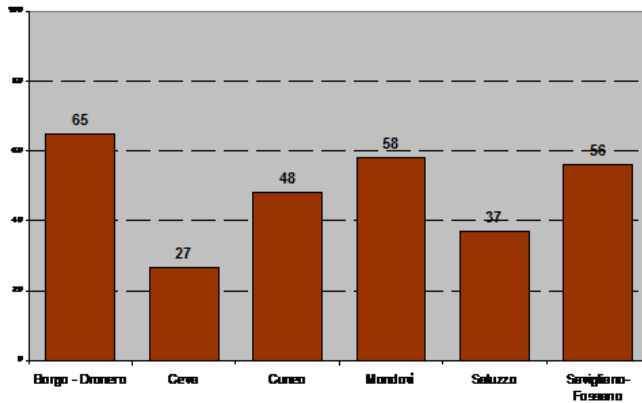
Misurazione della performance



- ❖ La funzione di misurazione della performance è oggi attribuita alla S.C. Programmazione e politiche di budget e alla S.C. Controllo di Gestione; l'Azienda ha quindi individuato un set di indicatori, costantemente misurati e sottoposti alla valutazione sia della Direzione Strategica, sia dei servizi attraverso reportistiche dettagliate. Tuttavia si rileva la necessità di integrare maggiormente i sistemi di raccolta ed elaborazione dei dati.

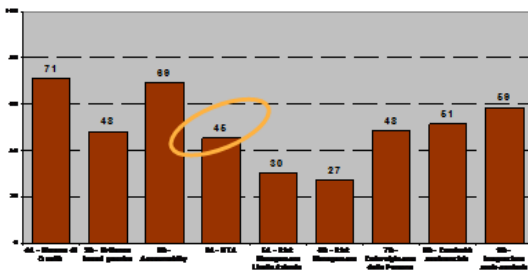
- ❖ Ad oggi, infatti, i flussi risultano standardizzati (la produzione di dati è supportata dalla presenza di un datawarehouse che consente il calcolo degli indicatori), ma la frequenza della rilevazione e della distribuzione della reportistica è ancora correlata all'esigenza di risposta al debito informativo aziendale / regionale. In prospettiva, sarà necessario intervenire affinché il sistema di misurazione delle performance riesca a ricomprendere le informazioni per il debito informativo, ma che, in modo autonomo, riesca a produrre un set di informazioni maggiormente finalizzate alla gestione e al miglioramento delle attività assistenziali.
- ❖ La necessità di sviluppare un sistema maggiormente articolato e finalizzato alla gestione è testimoniata anche dall'attuale dimensione della misurazione. Quest'ultima risulta ancora sbilanciata verso le dimensioni quantitative di produzione (volumi, tempi), mentre dovrà essere rafforzata la rilevazione relativamente alle dimensioni dell'outcome, dell'appropriatezza clinica e organizzativa, nonché la rilevazione della soddisfazione dell'utenza.

Valutazione e miglioramento delle attività assistenziali



- ❖ Dal grafico si evince una certa eterogeneità di questa area, da ricondurre alle modalità di utilizzo delle misurazioni della performance, più che alla disponibilità di strumenti o metodologie di valutazione.
- ❖ La valutazione della performance è finalizzata, innanzitutto, alla programmazione delle attività, in modo diffuso in tutti i Distretti. I risultati delle valutazioni sono anche utilizzati, soprattutto con la pubblicazione nella "Relazione sanitaria" o in documenti equivalenti, per la comunicazione/rendicontazione dell'attività agli stakeholders locali.
- ❖ Gli strumenti della valutazione della performance sono stati finora applicati più in riferimento alla quantità che alla qualità delle prestazioni. Questo vale per la valutazione del personale e, finora in maniera meno strutturata, degli erogatori accreditati (più per i professionisti in convenzione, come i MMG, che per le strutture).
- ❖ Si registra, infine, la tendenza a fare ricorso ad indicatori definiti e proposti dal livello centrale. Meno strutturato è l'impiego di indicatori auto-compilati a livello dello stesso ambito della valutazione.

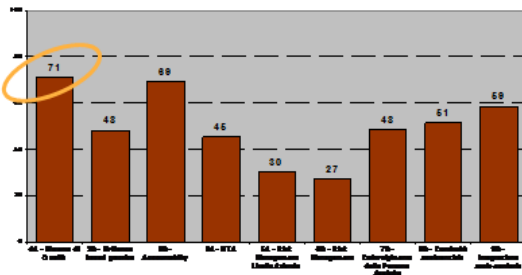
Health Technology Assessment



- ❖ Le metodologie di HTA sono state progressivamente introdotte in Azienda, attraverso la partecipazione dell'Ingegneria Clinica al gruppo regionale sull'HTA, nonché attraverso la consultazione di report, soprattutto nazionali (Trento, Udine).
- ❖ Le richieste di acquisto sono valutate da commissioni multidisciplinari istituite ad hoc, cui partecipano, solitamente, oltre alla stessa Ingegneria Clinica, la Fisica Sanitaria, il servizio RSPP, l'Ufficio Acquisti, la S.C. Infezioni Ospedaliere.

- ❖ Tuttavia, le valutazioni più strutturate riguardano essenzialmente i presidi ospedalieri, dove insiste la più alta concentrazione di tecnologie e dove, tra l'altro, opera una figura specializzata (bioingegnere), cui sono state attribuite le funzioni aziendali di HTA.
- ❖ È di interesse, per lo sviluppo del sistema, il dato di una "apertura" ad aspetti della valutazione sociale per campagne ed interventi territoriali come lo screening.
- ❖ Inoltre, è interessante rilevare come, sia pur sinora poco sviluppata l'attività di HTA sul territorio, l'Azienda sia integrata in maniera continuativa con i gruppi di lavoro regionali in materia (es. vaccini e farmaci).
- ❖ È da verificare l'introduzione di una scheda uniforme di HTA in fase di acquisizione – sostituzione delle tecnologie e la portata del coinvolgimento delle logiche dell'HTA all'interno della definizione e discussione del budget aziendale.

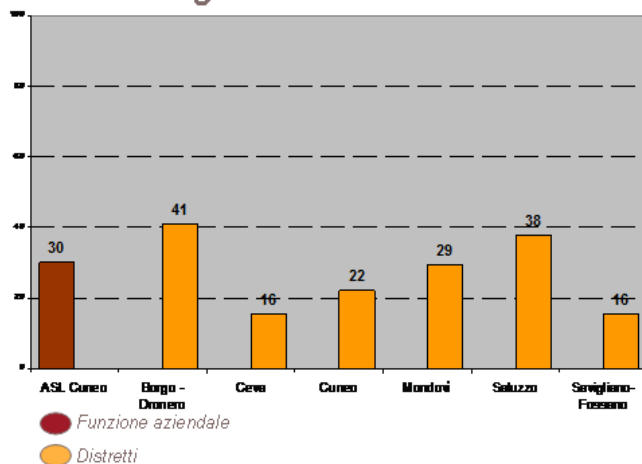
Sistema Qualità



- ❖ L'Azienda ha attivato un sistema di gestione della qualità, di cui è responsabile una struttura interaziendale (S.C. Ufficio Qualità con sistema di gestione per la qualità integrato tra ASL CN1 ed ASO S. Croce e Carlo di Cuneo). Oltre all'organico dedicato, l'Azienda ha individuato alcuni referenti a livello di assistenza distrettuale, a livello dipartimentale e di singoli servizi.
- ❖ La Politica della Qualità è ricondotta ai contenuti dell'Atto Aziendale e, in particolare, alla mission dell'Azienda. Tuttavia, non è stato riscontrato un documento di programmazione specificatamente dedicato, teso a illustrare obiettivi ed attività relative, articolazione del sistema per la qualità e sua finalità.

- ❖ I processi aziendali sono stati parzialmente descritti, con individuazione di indicatori monitorati in relazione al sistema degli obiettivi. I documenti relativi al sistema di qualità sono resi disponibili su supporto informatico ed è attivo un sistema per assicurare l'utilizzo delle versioni più aggiornate.
- ❖ La certificazione ISO 9001:2000 è presente in due strutture aziendali, una di staff (Formazione) e una territoriale (S.C. Cure Palliative). Per il 2010 è prevista una prima estensione ad altre strutture assistenziali, soprattutto ospedaliere.
- ❖ L'Azienda sta applicando in via sperimentale l'accreditamento istituzionale dei Distretti, inoltre ha già avviato l'accreditamento sui percorsi diagnostico terapeutici.

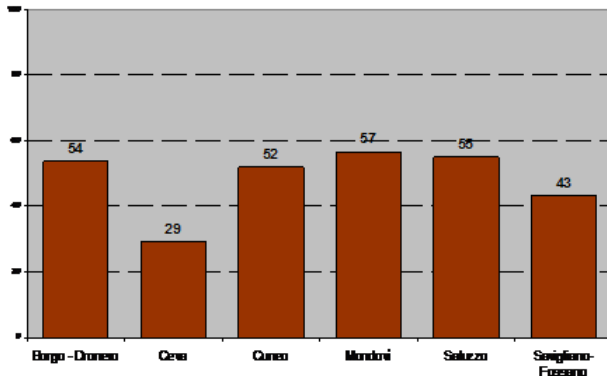
Risk management



- ❖ L'Azienda ha di recente attivato la funzione di Risk Management con formalizzazione di una Struttura Complessa in staff alla Direzione Sanitaria.
- ❖ La rilevazione registra, pertanto, una situazione in fieri, con una implementazione disomogenea, sia nelle articolazioni territoriali, sia nella strutturazione di strumenti specifici di gestione del rischio clinico. Ad esempio, non è stata riscontrata l'esistenza della mappatura di rischi specifici.
- ❖ Inoltre, a fronte della previsione in queste settimane di un protocollo per la segnalazione degli eventi avversi, ad oggi esiste unicamente un sistema di segnalazione delle cadute da letto. In riferimento all'analisi degli errori, non si registrano azioni strutturate. Sono state, invece, condotte sporadiche analisi sulle possibili cause (root cause analysis sugli eventi sentinella).

- ❖ L'Azienda ha, ad oggi, attivato alcune iniziative formative, ma non ancora in modo sistematico per tutto il personale assistenziale; una strutturazione di corsi in questo senso è prevista per l'anno prossimo.
- ❖ Si riscontra la necessità di articolare un piano di sviluppo del Risk Management, soprattutto in riferimento ai meccanismi di coordinamento con l'Ufficio Qualità (gestione procedurale), con la funzione di budgeting (assegnazione di obiettivi specifici) e con il Sistema Informativo Direzionale (attivazione di flussi informativi, ampliamento dell'incident reporting, distribuzione di reportistica specifica).

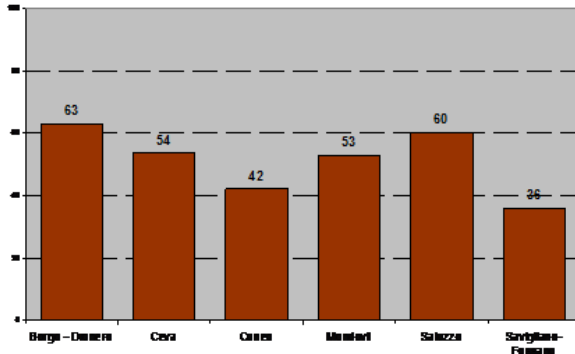
Coinvolgimento delle persone assistite



- ❖ A livello di distretto si rileva, in generale, lo sviluppo di un sistema adeguato dei metodi e delle procedure di comunicazione ed informazione. I sistemi sono diffusi in maniera strutturata per quanto riguarda la comunicazione verbale tra gli operatori e in buona parte degli ambiti assistenziali.
- ❖ La figura del case manager, seppur non sempre istituzionalizzata, è presente, soprattutto per l'area anziani. Inoltre, il paziente è messo in condizione di contattare agevolmente il case manager, ove necessario.

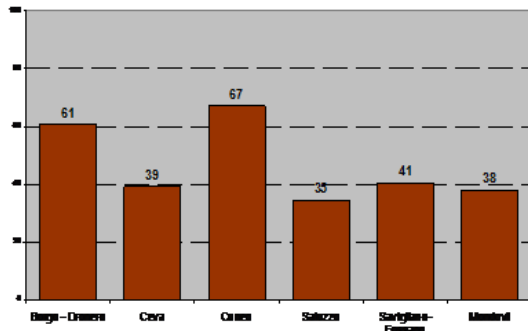
- ❖ La fase di dimissione risulta essere curata, le informazioni sono fornite in modo efficace.
- ❖ Meno strutturati risultano essere i meccanismi di gestione dei rapporti tra curante e familiari e/o altri caregivers. E' ancora poco diffusa, se non proprio assente, la pratica della sistematica rilevazione della qualità percepita, specie nella prospettiva del paziente.
- ❖ Interessante è la funzione di "filtro" dei Distretti relativamente ai reclami dei pazienti; il Distretto, infatti, si prende carico direttamente delle richieste in questo senso, facilitando la comunicazione e, all'evenienza, la risoluzione di problemi specifici.

Continuità assistenziale



- ❖ In generale emerge che i protocolli/procedure condivisi tra ospedale e territorio, di cui tutti i distretti intervistati hanno sottolineato l'importanza, sono stati finora applicati sporadicamente, non per tutte le tipologie di pazienti dimessi, ma per i cosiddetti pazienti "fragili", come previsto dal DGR 72.
- ❖ Il coinvolgimento dei professionisti del territorio nella definizione dei percorsi assistenziali e dei piani di cura è eterogeneo. Non sempre la partecipazione ad un'attività di definizione e gestione dei percorsi assistenziali è accompagnata dalla redazione di un documento formalizzato.
- ❖ Sono risultate poco strutturate le attività di monitoraggio e verifica della qualità legata alla continuità assistenziale.
- ❖ Le informazioni sui ricoveri sono trasmesse ai MMG attraverso il paziente. Questo meccanismo dovrebbe essere integrato da altri canali (invio per email o lettera direttamente al medico curante), tuttavia l'azienda dovrebbe, a tal proposito, definire ed uniformare procedure a rispetto della privacy dell'assistito.
- ❖ I sistemi informativi non sono ancora integrati se non per ambiti estremamente specifici e solo in pochi distretti.

Integrazione socio - sanitaria

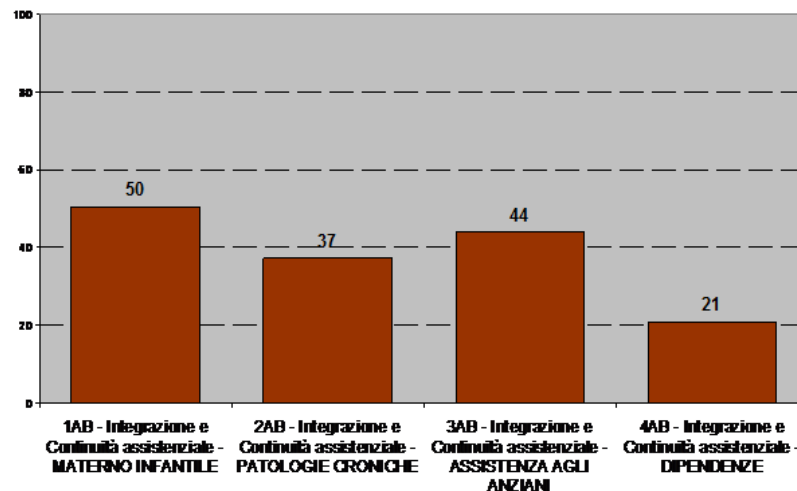


- ❖ Il perseguimento di meccanismi che garantiscano l'unitarietà tra interventi sociali e sanitari e tra momenti ed attori dell'assistenza è garantito da uno sforzo di individuare, nei percorsi di cura, meccanismi formalizzati di integrazione.
- ❖ Questi riguardano, prevalentemente, l'ADI, le RSA-RAF e le strutture per disabili.
- ❖ I tentativi di individuare momenti di integrazione trovano riscontro nella costituzione di network formalizzati multidisciplinari e multi - professionali di operatori sanitari e sociali, allo stato attuale, in verità, ancor sporadici.

- ❖ I servizi di trasporto per le persone assistite sono già stati unificati in tutta l'azienda con l'adozione di un protocollo e di procedure uniformi.
- ❖ La partecipazione di distretti a programmi di inserimento lavorativo è eterogenea e dipende dalla relazione di questi con gli enti gestori o altri dipartimenti aziendali.
- ❖ I gruppi di cure primarie non sono attivi allo stesso modo su tutti i distretti: in alcuni, i lavori sono già molto avanzati, ed i gruppi funzionano; in altri territori, invece, è ancora necessario intervenire.

5.3 Esempio di rilevazione sulle aree di bisogno

Integrazione e continuità assistenziale - Aree del Bisogno



- ❖ La rilevazione ha evidenziato ancora una certa debolezza ed eterogeneità nell'adozione di strumenti di Clinical Governance in relazione alle aree del bisogno.
- ❖ Sono risultate più strutturate le aree dove vi è stato un intervento regionale (Materno Infantile) o nazionale (Diabete) oppure laddove l'area è particolarmente normata a livello legislativo (Anziani).
- ❖ Tuttavia, anche queste aree scontano ancora la necessità di sviluppare con maggiore efficacia i percorsi assistenziali anche da un punto di vista di strumenti di gestione, integrandosi con i diversi livelli dell'organizzazione. Ciò emerge con evidenza per l'area delle Dipendenze, dove sussiste importante componente sociale, che richiede riflessioni più attente, appunto, in chiave di gestione dei percorsi.

5.4 I principali interventi di miglioramento

Dalla rilevazione emerge, in generale, l'esigenza di incidere maggiormente, anche alla luce del processo di accorpamento (che, da un punto di vista organizzativo, è ancora in corso), sull'uniformità nella diffusione e nell'adozione degli strumenti di Clinical Governance.

In questo senso, si è riscontrato un ambiente pro-attivo e già orientato alle logiche della Clinical Governance; ciò potrà favorire sia il consolidamento, sia il trasferimento delle best practice ad oggi riscontrate.

La strategia generale di intervento proposta si basa su una maggiore focalizzazione sui processi aziendali, in primis assistenziali, ma anche amministrativi e, in generale, organizzativi.

Ciò dovrà consentire una migliore analisi del sistema informativo, determinante soprattutto per una rilevazione più efficace di dati e indicatori relativi la qualità dell'assistenza erogata; inoltre, tale analisi dovrà facilitare la strutturazione di informazioni non necessariamente incentrate sull'assolvimento di un debito informativo, ma più orientate a supportare l'introduzione di tutti gli strumenti di Clinical Governance (ad es. l'Evidence Based Practice, l'Audit, la Valutazione e il Miglioramento delle attività assistenziali).

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
1	<p>Il sistema di PPC richiede, così come altre funzioni di staff, l'adempimento ad un debito informativo rilevante da parte delle Unità Organizzative della ASL. Si ritiene indispensabile effettuare un intervento (formativo e di migliore definizione di alcuni strumenti) sia a livello di staff di direzione, sia a livello di unità operative (di Distretto e di Dipartimento), per meglio chiarire le informazioni necessarie all'adempimento del debito informativo aziendale e regionale, con evidenza della tipologia di informazioni richieste, delle priorità e dei tempi.</p> <p>Tale analisi dovrà essere supportata dall'Ufficio Qualità, per la parte inerente la mappatura dei processi aziendali, amministrativi e assistenziali (v. intervento specifico), e dall'ufficio Programmazione e Politiche di Budget per l'individuazione degli indicatori da misurabili e da misurare; in questo modo sarà possibile ricostruire il quadro complessivo del suddetto debito informativo e, anche, del fabbisogno informativo da parte dei Distretti e dei Dipartimenti.</p> <p>L'individuazione degli indicatori, inoltre, dovrebbe essere maggiormente orientata alla rilevazione di indicatori di outcome, sull'appropriatezza e i tempi di attraversamento nel processo assistenziale, oltre che, come attualmente già richiesto, informazioni sui volumi delle prestazioni.</p>			PPC

TIPO DI INTERVENTO



Informazione formativa



Revisione organizzativa/roll o ridefinizione del process



Introduzione strumenti di lavoro



Introduzione di strumenti informativi a supporto del process




PRIORITÀ DI INTERVENTO




Intervento urgente da programmare/effettuare nel breve termine



Intervento relativamente urgente da realizzare dopo aver preparato il contesto

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
2	<p>Si è riscontrata la presenza di un tavolo di coordinamento dei Distretti, che ha facilitato, nel periodo di accorpamento, l'unificazione dei processi e, in prospettiva, rappresenta una sede di confronto e sviluppo dell'organizzazione.</p> <p>Alla luce della complessità organizzativa che caratterizza l'Azienda, si ravvisa la necessità di formalizzare anche una sede di coordinamento delle funzioni di staff alla Direzione, al fine di orientare maggiormente lo sviluppo delle attività facendole convergere coerentemente verso gli obiettivi strategici individuati.</p> <p>Inoltre, sarà necessario istituire una funzione dedicata alla manutenzione dell'organizzazione, deputata non solo all'aggiornamento dei documenti formali (atto aziendale, ad es.), ma impegnata a verificare la coerenza organizzativa fra atto formale e il piano dell'organizzazione reale.</p> <p>Tale funzione dovrà, in sostanza, garantire il corretto funzionamento di tutti gli strumenti organizzativi (quali il Dipartimento, i Comitati, ...), quindi l'appropriatezza delle loro "dotazioni" (quali i sistemi informativi), in funzione del raggiungimento degli obiettivi sanitari ed assistenziali individuati sia nel piano strategico, sia nel budget annuale.</p>	 		Organizzazione

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
3	<p>L'elemento di sviluppo più rilevante riscontrato in quest'area è il maggiore collegamento della formazione alla valutazione del personale, attraverso la strutturazione di percorsi di crescita individuali, ad oggi assenti.</p> <p>A supporto della programmazione della formazione, inoltre, sarà utile concludere la mappatura delle competenze professionali (job description), finalizzandola all'analisi delle competenze espresse / mancanti e, quindi, all'individuazione di bisogni formativi individuali.</p> <p>Si è riscontrata, inoltre, la necessità di rafforzare i percorsi di benchmarking con strutture comparabili e/o di eccellenza, sia in relazione all'organizzazione e alla gestione dei servizi sanitari, sia in merito all'efficacia e all'analisi dei risultati della pratica assistenziale.</p>			Cultura dell'apprendimento
4	<p>L'area della R&S non risulta ad oggi strutturata, tuttavia sono state riscontrate soluzioni organizzative, quali la gestione centralizzata dei finanziamenti delle Fondazioni, o la funzione per il coordinamento della valutazione e approvazione delle proposte di ricerche scientifiche da avviare.</p> <p>Da rafforzare, quindi, risulta essere soprattutto il meccanismo di valorizzazione dei progetti di ricerca, ossia l'attivazione di procedure a supporto della definizione di piani per la valorizzazione dei risultati della ricerca prodotta. Tale attività sarà evidentemente da raccordare anche con una più esplicita pianificazione strategica delle attività di ricerca da condurre, nonché una funzione di negoziazione dei contratti con terze parti.</p>	  		Ricerca e sviluppo

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
5	Relativamente al sistema informativo aziendale, si suggerisce di elaborare un Piano di Sviluppo, oggi assente, che prenda in considerazione in modo integrato, da un lato, la dotazione informatica / informativa aziendale, dall'altro i processi di assistenza sul territorio. Inoltre, tale Piano dovrà consentire di adottare una logica di gestione non solo incentrata sull'assolvimento di un debito informativo, ma più orientata a fornire soluzioni di supporto alla gestione delle attività cliniche, quali, ad esempio, la disponibilità di banche dati condivise per l'evidence based practice, di raccolte strutturate e organizzate di linee guida e protocolli, e di raccolte di pubblicazioni scientifiche.			Sistemi informativi
6	L'Azienda ha attivato rilevanti attività di comunicazione ed informazione rivolte ai principali stakeholders, in particolare cittadini e altre PPAA. Tale comunicazione deve essere ulteriormente rafforzata alla luce del processo di accorpamento in atto, soprattutto in relazione alla necessità di attivare processi di monitoraggio dell'efficacia della comunicazione. Emerge la necessità di investire maggiormente nella carta dei servizi che, ad oggi, appare essere sviluppata parzialmente. Infine, in linea con i progetti regionali, si suggerisce di avviare una progettualità per l'introduzione di strumenti di rendicontazione sociale (bilancio sociale), al fine di dotare l'Azienda di uno strumento di gestione della comunicazione che favorisca lo sviluppo di attività in ambiti specifici del marketing.			Marketing Istituzionale

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
7	Coerentemente con l'intervento individuato per i Sistemi Informativi, la misurazione della performance deve essere maggiormente orientata a supportare la gestione, oltre che la programmazione, delle attività assistenziali. In questo senso, si suggerisce di avviare un lavoro di progettazione per l'individuazione, a livello di singole strutture complesse e in funzione dei percorsi assistenziali, dei principali indicatori di processo e di esito, sviluppando un sistema di reportistica coerente. Tale approccio consentirà di razionalizzare i flussi di informazioni, orientandoli verso finalità condivise e maggiormente esplicite.			Misurazione della performance
8	Si riscontra la necessità di articolare un Piano di sviluppo del Risk Management, soprattutto in riferimento ai meccanismi di coordinamento con l'Ufficio Qualità (gestione procedurale), con la funzione di budgeting (assegnazione di obiettivi specifici) e con il Sistema Informativo Direzionale (attivazione di flussi informativi, ampliamento dell'incident reporting, distribuzione di reportistica specifica). In secondo luogo, e in funzione degli obiettivi individuati con il Piano di sviluppo del risk management, sarà necessario attivare un tavolo di lavoro per impostare l'implementazione degli strumenti specifici per quest'area, da introdurre a tutti i livelli dell'organizzazione. In aggiunta, si raccomanda di attivare un percorso formativo rivolto a tutto il personale sanitario e finalizzato a verificare la piena coerenza del Piano di sviluppo del Risk Management con le competenze professionali necessarie a gestire gli strumenti e le metodologie proposte nell'ambito del Piano stesso.			Risk Management

N	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
9	<p>Relativamente al sistema di gestione della qualità si suggerisce di rafforzare la mappatura dei processi aziendali, amministrativi e sanitario – assistenziali, quale strumento di supporto delle attività di monitoraggio previste nel sistema di gestione e controllo, e quale strumento di supporto dello sviluppo dei sistemi informativi.</p> <p>Per quanto attiene, invece, gli strumenti adottati per il miglioramento continuo dell'assistenza, si suggerisce di esplicitare maggiormente i principi guida e le grandi aree di sviluppo del sistema qualità nel suo complesso, al fine di dotare la funzione di uno strumento di comunicazione e condivisione più efficace (ad es. attraverso la predisposizione di un apposito Manuale).</p>	S F	●	Sistema Qualità
10	<p>L'HTA è presidiata in Azienda, ma copre sostanzialmente le valutazioni delle tecnologie adottate a livello ospedaliero. Si suggerisce di valutare le modalità di sviluppo dello specifico strumento dell'HTA anche per l'ambito territoriale, differenziando eventualmente approcci ed elementi operativi in funzione della tipologia di tecnologia / processo o ambito assistenziale.</p> <p>Si consiglia, in particolare, di rafforzare il collegamento con la procedura di budgeting relativa all'adozione del piano degli investimenti, al fine di rendere maggiormente coerente l'allocazione delle risorse.</p>	S F I	●	HTA

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
11	<p>Per quest'area si è riscontrata, più che la necessità di introdurre specifici strumenti, l'esigenza di aprire una attenta riflessione sui meccanismi di coordinamento, sul ruolo e sulla funzione che l'Ufficio Epidemiologico, di recente accorpato, deve svolgere nei confronti, innanzitutto, dei Distretti.</p> <p>Per quanto attiene gli strumenti, invece, si suggerisce di avviare un'analisi sul tipo di informazioni e di dati necessari allo sviluppo delle analisi del bisogno, al fine, successivamente, di sviluppare sistemi informativi aziendali sulle modalità di integrazione dei flussi.</p> <p>Infine, si suggerisce di individuare un set minimo di informazioni da elaborare con maggiore frequenza per la produzione di una reportistica sistematica e organizzata con riferimento allo specifico argomento.</p>	S O I	●	Analisi dei bisogni
12	<p>Nonostante la rilevazione non abbia fornito indicazioni chiare sull'adozione di strumenti di EBP da parte dei singoli professionisti, emerge, comunque, la necessità di avviare un processo strutturato di introduzione, a livello aziendale, di modelli e procedure di rilevazione e adozioni di buone pratiche assistenziali. Tale processo potrà essere avviato attraverso specifici interventi formativi ed adozione di strumenti informatici / informativi adeguati alle diverse categorie professionali operanti nell'ambito dell'Azienda.</p>	S F I	●	Evidence Based Practice

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
13	<p>Attività di revisione della casistica sono state riscontrate, con modalità e intensità anche molto diverse tra loro. Ciò porta a suggerire di intervenire, come per altro già previsto a livello aziendale, innanzitutto a livello formativo, accordandosi prima sulla metodologia da adottare a livello aziendale, e in secondo momento sugli ulteriori strumenti operativi e di funzionamento organizzativo che dovranno essere implementati per introdurre efficacemente modalità sistematiche di audit.</p> <p>Si suggerisce quindi di attivare un primo tavolo di lavoro e un progetto sperimentale per la stesura di un manuale aziendale di audit, parallelamente verificando il livello di informatizzazione delle informazioni a supporto delle analisi della casistica individuata; tale attività deve essere condotta con il supporto delle evidenze emergenti dall'analisi dei sistemi informativi, e a seguito dell'individuazione degli indicatori di processo e di esito per singoli percorsi assistenziali.</p>	S F	●	Clinical Audit

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
14	<p>Relativamente agli strumenti per la valutazione e al miglioramento delle attività assistenziali si raccomanda di concordare, ad esempio in sede di coordinamento dei Distretti, le modalità e le dimensioni della valutazione. Ciò consentirebbe, una maggiore omogeneità e confrontabilità fra le Direzioni di Distretto.</p> <p>Le modalità di valutazione dovranno essere standardizzate anche a partire dall'analisi sui sistemi di misurazione, individuando, quindi, gli indicatori maggiormente significativi da monitorare sistematicamente.</p> <p>Si suggerisce, inoltre, di concordare le modalità di attuazione e sugli interventi di miglioramento, a seguito delle valutazioni svolte; l'individuazione di aree / interventi di miglioramento dovrebbe integrarsi con il sistema di budget, laddove i progetti siano collegati ad obiettivi di miglioramento nel breve – medio periodo. Ciò renderebbe l'implementazione dei progetti di miglioramento più coerente con le risorse allocate e, prima ancora, con il Piano degli Investimenti.</p> <p>Si raccomanda, infine, di definire una Linea Guida aziendale sul sistema di valutazione delle attività assistenziali, finalizzato a evidenziare le dimensioni della valutazione, a presentare un sistema di reportistica articolato e sistematico, ed a illustrare le modalità di presentazione dei progetti di miglioramento.</p>			Valutazione e miglioramento delle attività assistenziali

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
15	Intervento prioritario in questo ambito risulta essere l'attivazione di un sistema diffuso di rilevazione della soddisfazione dell'utente, ad oggi non riscontrato. Si suggerisce di implementare un sistema in grado di rilevare la soddisfazione anche a 30 giorni, finalizzata a rilevare, soprattutto, alcuni elementi più specifici utili alla valutazione dell'outcome / esito.			Coinvolgimento delle persone assistite
16	<p>Si sono riscontrate due aree importanti di miglioramento: i sistemi di monitoraggio della qualità della continuità assistenziale e i sistemi informativi di supporto.</p> <p>Relativamente ai sistemi di monitoraggio, si suggerisce di attivare, in via sperimentale ed iniziando dai percorsi più rilevanti, un progetto per la mappatura delle dimensioni più significative da sottoporre a monitoraggio sistematico.</p> <p>A tale primo progetto andrà collegata un'analisi sui sistemi informativi per verificare tempi di realizzazione. Si suggerisce, in questo senso, di avviare le analisi a partire dagli esistenti protocolli per la continuità, anche come occasione per verificare l'efficacia della mappatura e valutare le differenze eventualmente esistenti tra Distretti.</p>			Continuità assistenziale

n	INTERVENTO	Tipo di intervento	Priorità di intervento	Aree della clinical governance impattate
17	<p>Quest'area è risultata essere, in particolare, presidiata attraverso le convenzioni o i protocolli stipulati fra Azienda, Enti Gestori ed eventualmente Aziende Ospedaliere. Tuttavia, alla fase di formalizzazione non sempre corrisponde un lavoro "sul campo", di analisi dei percorsi di cura o di individuazione di competenze / risorse in funzione delle attività programmate. Soprattutto, è risultato debole l'utilizzo di sistemi informativi integrati, a supporto della gestione dei processi assistenziali.</p> <p>In questo senso, si suggerisce di rafforzare l'attività di analisi dei percorsi e, parallelamente, avviare un approfondimento sui fabbisogni informativi, al fine di orientare maggiormente la raccolta e l'elaborazione dei dati, eventualmente estendendo le convenzioni anche all'utilizzo e allo sviluppo di tali strumenti.</p>			Integrazione socio-sanitaria

Bibliografia

1. Wright J, Smith ML, Jackson DR: **Clinical governance: principles into practice.** *J Manag Med* 1999 , **13**(6):457-65.
2. Wilson J: **Clinical governance.** *Br J Nurs* 1998 , **7**(16):987-8.
3. Roland M, Campbell S, Wilkin D: **Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement?** *J Manag Med* 2001 , **15**(3):188-201.
4. Department of Health: **The New NHS modern. dependable.**
[<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/newnhs/contents.htm>] *webcite*
5. Scally G, Donaldson LJ: **The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England.**
BMJ 1998 , **317**(7150):61-5.
6. Deighan M, Bullivant J: **NHS Clinical Governance Support Team. Re-energising Clinical Governance through Integrated Governance.**
Clin Chem Lab Med 2006 , **44**(6):692-3.
7. Perkins R, Pelkowitz A, Seddon M: **EPIQ. Quality improvement in New Zealand healthcare. Part 7: clinical governance--an attempt to bring quality into reality.**
N Z Med J 2006 , **119**(1243):U2259.
8. SteelFisher GK: **International innovations in health care: quality improvements in the United Kingdom.**
Issue Brief (Commonw Fund) 2005 , **833**:1-16.
9. Trabacchi V, Pasquarella C, Signorelli C: **Evolution and practical application of the concept of clinical governance in Italy.**
Ann Ig 2008 , **20**(5):509-15.
10. NHS Scotland, Educational Resources: **Clinical Quality Improvement.** [http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/documents/clinical_quality_improvement_to_1997.pdf] *webcite*
11. Assessorato Sanità Regione Emilia Romagna: **Piano Sanitario Regionale 1999-2001.**
[<http://www.regione.emilia-romagna.it/sanita/psr/index.htm>] *webcite*
12. Halligan,A. Donaldson,L. Implementing clinical governance: turning vision into reality.
BMJ 2001;322:1413-7
13. Freeman T, Walshe K: **Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England.**
Qual Saf Health Care 2004 , **13**(5):335-43. Allen P: **Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care.**
BMJ 2000 , **321**(7261):608-11.
14. Gualtiero Ricciardi, Alessandro Campana, Katia Del Gigante, Giovanna Giannetti, Giuseppe La Torre, Virgilio Ritzu, Giacomo Samuelli: **Optigov, Optimizing health care governance, metodologia di valutazione del governo clinico** (Copyright 2006).
15. Roberto Grilli, Loretta Casolari: **La Gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, Cap 1. Il Pensiero Scientifico Editore, 2004**
16. Dahm P.; **Evidence-based medicine in prostate cancer: where do we stand in 2006?**; *Curr Opin Urol.* 2006 May;16(3):162-7.
17. Kavanagh, Darina MS, RN, CPHQ; Connolly, Phyllis PhD, APRN, BC, CS; Cohen, Jayne DNSc, RNC; **Promoting Evidence-based Practice: Implementing the American Stroke Association's Acute Stroke Program**; *Journal of Nursing Care Quality.* 21(2):135-142, April/June 2006.
18. Holleman, Gerda MScN RN; Eliens, Aart MScN RN; van Vliet, Marjolein PhD RN; van Achterberg, Theo PhD RN; **Promotion of evidence-based practice by professional nursing associations: literature review**; *Journal of Advanced Nursing.* 53(6):702-709, March 2006.

19. Aarons, Gregory A.; Sawitzky, Angelina C.; **Organizational Culture and Climate and Mental Health Provider Attitudes Toward Evidence-Based Practice**; Psychological Services. 3(1):61-72, February 2006.
20. Sales, Anne MSN, PhD, RN; Smith, Jeffrey PhD; Curran, Geoffrey PhD; Kochevar, Laura PhD.; **Models, Strategies, and Tools: Theory in Implementing Evidence-Based Findings into Health Care Practice**; Journal of General Internal Medicine. 21 (Supplement 2):S43-S49, February 2006.
21. Schilling K, Wiecha J, Polineni D, Khalil S.; **An interactive web-based curriculum on evidence-based medicine: design and effectiveness**. Fam Med. 2006 Feb;38(2):126-32.
22. Genuis, Stephen J. MD FRCSC DABOG ; Genuis, Shelagh K. MLIS, BscOT; **Exploring the continuum: medical information to effective clinical practice *. Paper II. Towards aetiology-centred clinical practice**; Journal of Evaluation in Clinical Practice. 12(1):63-75, January 2006.
23. Kovner AR, Rundall TG.; **Evidence-based management reconsidered**; Front Health Serv Manage. 2006 Spring;22(3):3-22.
24. Jin Chen, Jing Li, Bi-rong Dong; **Effect of teaching evidence-based medicine in medical postgraduates**; cochrane collaboration > colloquia > abstracts > Melbourne 2005.
25. Lenzen, Mattie J. ; Boersma, Eric; Scholte op Reimer, Wilma J.M.; Balk, Aggie H.M.M.; Komajda, Michel; Swedberg, Karl; Follath, Ferenc; Jimenez-Navarro, Manuel; Simoons, Maarten L.; Cleland, John G.F.; **Under-utilization of evidence-based drug treatment in patients with heart failure is only partially explained by dissimilarity to patients enrolled in landmark trials: a report from the Euro Heart Survey on Heart Failure**; European Heart Journal. 26(24):2706-2713, December 2005.
26. Sanders, Steven H. PhD; Harden, R. Norman MD; Vicente, Peter J. PhD.; **Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Interdisciplinary Rehabilitation of Chronic Nonmalignant Pain Syndrome Patients**; Pain Practice. 5(4):303-315, December 2005.
27. Hosking, D.J.; Geusens, P.; Rizzoli, R.; **Osteoporosis therapy: an example of putting evidence-based medicine into clinical practice**; Qjm. 98(6):403-413, June 2005.
28. Rapp, Charles A. Ph.D.; Bond, Gary R. Ph.D.; Becker, Deborah R. M.E.D.; Carpinello, Sharon E. R.N., Ph.D.; Nikkel, Robert E. M.S.W.; Gintoli, George M.S.; **The Role of State Mental Health Authorities in Promoting Improved Client Outcomes through Evidence-Based Practice**; Community Mental Health Journal. 41(3):347-363, June 2005.
29. Yan, Andrew T. MD; Yan, Raymond T. MD; Liu, Peter P. MD; **Narrative Review: Pharmacotherapy for Chronic Heart Failure: Evidence from Recent Clinical Trials**; Annals of Internal Medicine. 142(2):132-145, January 18, 2005.
30. Sinclair, J C; **Evidence-based therapy in neonatology: distilling the evidence and applying it in practice**; Acta Paediatrica. 93(9):1146-1152, 2004.
31. Wasserfallen, Jean-Blaise; Berger, Alexandre; Eckert, Philippe; Stauffer, Jean-Christophe; Schlaepfer, Jurg ; Gillis, Dominique; Cornuz, Jacques; Schaller, Marie-Denise; Kappenberger, Lukas; Yersin, Bertrand; **Impact of medical practice guidelines on the assessment of patients with acute coronary syndrome without persistent ST segment elevation**; International Journal for Quality in Health Care. 16(5):383-389, October 2004.
32. Mastorovich, Mary Jane MS, RN; **In the Interest of Patients: An Evidence-based Assessment of the Safety of Vinyl Infusion Care Devices**; Journal of Infusion Nursing. 27(5):332-337, September/October 2004.
33. Maisel, Alan MD, FACC ; **Updated Algorithms for Using B-Type Natriuretic Peptide (BNP) Levels in the Diagnosis and Management of Congestive Heart Failure**; Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine. 3(3):144-149, September 2004.
34. Vergara M, Vallve M, Gisbert J P, Calvet X.; **Meta-analysis: comparative efficacy of different proton-pump inhibitors in triple therapy for Helicobacter pylori eradication**; Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2003;18(6):647-654.

35. Alvaro Figueredo, R Bryan Rumble, Jean Maroun, Craig C Earle, Bernard Cummings, Robin McLeod, Lisa Zuraw, Caroline Zwaal; **Follow-up of patients with curatively resected colorectal cancer: a practice guideline**; *BMC Cancer* 2003, 3:26.
 36. Jonathan Darer, MD, MPH, Department of Medicine; Peter Pronovost, MD, PhD, Eric B. Bass; **Use and Evaluation of Critical Pathways in Hospitals**; *Effective Clinical Practice*, May/June 2002.
 37. Andrea Guala, Roberta Guarino, Mauro Zaffaroni, Claudio Martano, Claudio Fabris, Guido Pastore, Gianni Bona; **The impact of national and international guidelines on newborn care in the nurseries of Piedmont and Aosta Valley, Ital**; *BMC Pediatr.* 2005; 5: 45. Published online 2005 December 5. doi: 10.1186/1471-2431-5-45.
 38. Giovagnoni A, Ottaviani L, Mensa A, Durastanti M, Floriani I, Cascinu S.; **Evidence Based Medicine (EBM) and Evidence Based Radiology (EBR) in the follow-up of the patients after surgery for lung and colon-rectal carcinom**; *Radiol Med (Torino)*. 2005 Apr;109(4):345-57.
 39. Quaglini S, Ciccarese P, Micieli G, Cavallini A; **Non-compliance with guidelines: motivations and consequences in a case study**; *Stud Health Technol Inform.* 2004;101:75-87.
 40. Quaglini S, Cavallini A, Gerzeli S, Micieli G.; **Economic benefit from clinical practice guideline compliance in stroke patient management**; *Health Policy.* 2004 Sep;69(3):305-15.
 41. Trenta G.; **Epidemiology of radiation-induced tumors**; *G Ital Med Lav Ergon.* 2003 Jul-Sep;25(3):414-5.
 42. Micieli G, Cavallini A, Quaglini S.; **Guideline compliance improves stroke outcome: a preliminary study in 4 districts in the Italian region of Lombardia**; *Stroke.* 2002 May;33(5):1341-7.
 43. George A.; **Using accountability to improve reproductive health care**; *Report Health Matters.* 2003 May;11(21):161-70.
 44. Munari LM, Girolodi S, Nicora C.; **Recognition and valuation of hospital personnel in Italy**; *World Hosp Health Serv.* 2006;42(1):30-3.
 45. France G, Taroni F, Donatini A.; **The Italian health-care system**; *Health Econ.* 2005 Sep;14(Suppl 1):S187-202.
 46. Mazzi G, Cencetti S, Lenzotti G, Badiali A.; **The hospital medical director: his role and professional qualification in Modena (Italy) health care system**; *Ann Ig.* 2004 Jul-Aug;16(4):587-95.
 47. Tomassini A, Signorelli C, Colzani E.; **Risk management in health care systems: the new legislative orientations in medical civil responsibility**; *Ann Ig.* 2004 Jan-Apr;16(1-2):73-8.
 48. Rabino F.; **Hospital maintenance: management, risks, and responsibilities**; *G Ital Med Lav Ergon.* 2002 Oct-Dec;24(4):411-5.
 49. Alba E, Odasso L, Ragonesi G, Colla F, Parodi C.; **A new organizational model of hospitals and law**; *Minerva Ginecol.* 2002 Feb;54(1):75-9.
 50. McCormack B, Slater P.; **An evaluation of the role of the clinical education facilitator**; *J Clin Nurs.* 2006 Feb;15(2):135-44.
 51. Hoge MA, Morris JA, Daniels AS, Huey LY, Stuart GW, Adams N, Paris M Jr, Goplerud E, Horgan CM, Kaplan L, Storti SA, Dodge JM; **Report of recommendations: the Annapolis Coalition Conference on Behavioral Health Work Force Competencies**; *Adm Policy Ment Health.* 2005 May-Jul;32(5-6):651-63.
- Piper IH: **Clinical governance, the profession, the 'P' words and responsibility.** *Ann R Coll Surg Engl* 2000 , **82**(Suppl 10):344-5.
52. Pawlson LG, Torda P, Roski J, O'Kane ME; **The role of accreditation in an era of market-driven accountability**; *Am J Manag Care.* 2005 May;11(5):290-3.

53. [Weed DL](#), [McKeown RE.](#); **Science and social responsibility in public health**; *Environ Health Perspect.* 2003 Nov;111(14):1804-8.
54. [Tarala R](#), [Vickery AW.](#); **Hospital grand rounds in Australia**; *Med J Aust.* 2005 Dec 5-19;183(11-12):592-4.
55. [Marrelli AF](#), [Tondora J](#), [Hoge MA.](#); **Strategies for developing competency models**; *Adm Policy Ment Health.* 2005 May-Jul;32(5-6):533-61.
56. [Panella M](#), [Marchisio S](#), [Di Stanislao F.](#); **Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work?**; *Int J Qual Health Care.* 2003 Dec;15(6):509-21.
57. [Eslava-Schmalbach J](#), [Gaitan-Duarte H](#), [Gomez-Restrepo C.](#); **A scale for measuring the quality of post-anaesthetic recovery from the user's point of view**; *Rev Salud Publica (Bogota).* 2006 Jan-Apr;8(1):52-62.
58. [Juhra C](#), [Hensen P](#), [Puhse G](#), [Wollert S](#), [Roeder N.](#); **Internal quality management: use of a patient questionnaire in a urological university clinic. Results of a pilot project**; *Urologe A.* 2005 Dec;44(12):1463-8.
59. Matthew Peak.; **Development of indicators of clinical quality in a paediatric setting**; *Clinical Governance Bulletin.* 2005 March; Vol. 5 No. 6.
60. [Rausell Rausell VJ](#), [Tobaruela Soto M](#), [Najera Perez MD](#), [Iranzo Fernandez MD](#), [Jimenez de Zadava-Lisson Lopez P](#), [Lopez-Picazo Ferrer JJ.](#); **Effectiveness of an intervention to improve medical prescription quality in specialized care**; *Fam Hosp.* 2005 Mar, 29(2):86-94.
61. Milangeni D, Babikir R., Dettenkofer M., Daschner F., gastmeier P., Ruden H.; **AMBU-KISS: quality control in ambulatory surgery**; *Am J Infect Control.* 2005 Feb;33(1):11-4.
62. O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J.; **Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes**; *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 2.
63. David A. K. Watters, Anthony J. Green and Andre van Rij; **Guidelines for surgical audit in australia and new zealand**; *ANZ Journal of Surgery.* Volume 76 Page 78 - January 2006.
64. G Jamtvedt, JM Young, DT Kristoffersen, MA O'Brien, AD Oxman; **Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes**; *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 2.
65. RC Pattinson, L Say, JD Makin, MH Bastos; **Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity**; *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 2.
66. [Cox A](#), [Jenkins V](#), [Catt S](#), [Langridge C](#), [Fallowfield L.](#); **Information needs and experiences: An audit of UK cancer patients**; *Eur J Oncol Nurs.* 2005 Dec.
67. Patricia Norman, Penny Clarke, Matthew A. G. Coleman, Richard I G. Holt; **Improving staff understanding of gestational diabet-use of self-audit**; *Clinical Governance Bulletin.* January 2005, Vol. 5 No. 5.
68. [Peters AM](#), [Bomanji J](#), [Costa DC](#), [Ell PJ](#), [Gordon I](#), [Henderson BL](#), [Hilson AJ](#); **Clinical audit in nuclear medicine**; *Nucl Med Commun.* 2004 Feb; 25(2): 93-6.
69. Tracey Jones, Simon Cawthorn; **Wath is clinical audit?**; HEO81002. November 2002. Vol. 4, number 1.
70. [Coppi G](#), [Moratto R](#), [Ragazzi G](#), [Nicolosi E](#), [Silingardi R](#), [Benassi Franciosi G](#), [Ciardullo AV.](#); **Comparing outcomes of carotid endarterectomy with international benchmarks: audit from an Italian vascular surgery department**; *Ital Heart J.* 2005 Nov;6(11):917-21.
71. [Casino FG](#), [Lopez T.](#); **Regional clinical audit, guideline targets, and local and regional benchmarks**; *G. Ital Nefrol.* 2005 Jan-Feb;22(1):37-46.
72. [Roila F](#), [Ballatori E](#), [Patoia L](#), [Palazzo S](#), [Veronesi A](#), [Frassoldati A](#), [Cetto G](#), [Cinieri S](#), [Goldhirsch A](#); **Adjuvant systemic therapies in women with breast cancer: an audit of clinical practice in Italy**; *Ann Oncol.* 2003 Jun;14(6):843-8.

73. [Beyeler C](#), [Westkamper R](#), [Villiger PM](#), [Aeschlimann A](#).; **Self assessment in continuous professional development: a valuable tool for individual physicians and scientific societies**; [Ann Rheum Dis](#). 2004 Dec;63(12):1684-6.
74. Chris Jhonson, John Leigh, Sharon leoyd, john Hasler; **Valutazione fra pari degli specialisti. un sistema strutturato di supporto del Governo Clinico e di riconferma**; Clinical Governance ottobre 2004.
75. [Sox CM](#), [Koepsell TD](#), [Doctor JN](#), [Christakis DA](#).; **Pediatricians' clinical decision making: results of 2 randomized controlled trials of test performance characteristics**; [Arch Pediatr Adolesc Med](#). 2006 May;160(5):487-92.
76. [Weiner BJ](#), [Alexander JA](#), [Baker LC](#), [Shortell SM](#), [Becker M](#).; **Quality improvement implementation and hospital performance on patient safety indicators**; [Med Care Res Rev](#). 2006 Feb;63(1):29-57.
77. [Rodriguez JF](#), [Trobo AR](#), [Garcia MV](#), [Martinez MJ](#), [Millan CP](#), [Vazquez MC](#), [Rodriguez JF](#), [Perez-Mendana JM](#).; **The effect of performance feedback on wound infection rate in abdominal hysterectomy**; [Am J Infect Control](#). 2006 May;34(4):182-7.
78. [Siegel C](#), [Haugland G](#), [Chambers ED](#). **Performance measures and their benchmarks for assessing organizational cultural competency in behavioral health care service delivery**; [Adm Policy Ment Health](#). 2003 Nov;31(2):141-70.
79. Slobhán McCarthy; **Performance measurement in europe: a survey of healthy outcomes**; Clinical Governance Bulletin. 2003 July; Vol. 4, No. 2.
80. Ben Bridgewater, Anthony D Grayson, Mark Jackson, Nicholas Brooks, Geir J Grotte, Daniel J M Keenan, Russell Millner, Brian M Fabri, Mark Jones; **Surgeon specific mortality in adult cardiac surgery: comparison between crude and risk stratified data**; [BMJ](#). 2003 July 5; 327(7405): 13-17.
81. [Inamdar N](#), [Kaplan RS](#), [Bower M](#).; **Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations**; [J Healthc Manag](#). 2002 May-Jun;47(3):179-95.
82. Seccareccia F, Perucci CA, D'Errigo P, Arca M, Fusco D, Rosato S, Greco D.; **The Italian CABG Outcome Study: short-term outcomes in patients with coronary artery bypass graft surgery**; [Eur J Cardiothorac Surg](#). 2006 Jan;29(1):56-62; discussion 62-4.
83. [Gillani A](#), [Jarvi K](#), [De Angelis A](#).; **Fostering a culture of accountability through a performance appraisal system**; [Healthc Manage Forum](#). 2005 Spring;18(1):35-8.
84. [Agabiti N](#), [Ancona C](#), [Forastiere F](#), [Arca M](#), [Perucci CA](#).; **Evaluating outcomes of hospital care following coronary artery bypass surgery in Rome, Italy**; [Eur J Cardiothorac Surg](#). 2003 Apr;23(4):599-606; discussion 607-8.
85. [Weiner BJ](#), [Alexander JA](#), [Baker LC](#), [Shortell SM](#), [Becker M](#).; **Quality improvement implementation and hospital performance on patient safety indicators**; [Med Care Res Rev](#). 2006 Feb;63(1):29-57.
86. [Wyatt J](#).; **Scorecards, dashboards, and KPIs keys to integrated performance measurement**; [Healthc Financ Manage](#). 2004 Feb;58(2):76-80.
87. [Valenstein M](#), [Mitchinson A](#), [Ronis DL](#), [Alexander JA](#), [Duffy SA](#), [Craig TJ](#), [Barry KL](#).; **Quality indicators and monitoring of mental health services: what do frontline providers think?**; [Am J Psychiatry](#). 2004 Jan;161(1):146-53.
88. [Veillard J](#), [Champagne F](#), [Klazinga N](#), [Kazandjian V](#), [Arah OA](#), [Guisset AL](#).; **A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project**; [Int J Qual Health Care](#). 2005 Dec;17(6):487-96.
89. [Rowe AK](#), [de Savigny D](#), [Lanata CF](#), [Victoria CG](#). ; **How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?**; [Lancet](#). 2005 Sep 17-23;366(9490):1026-35.
90. [Peterson ED](#), [Roe MT](#), [Mulgund J](#), [DeLong ER](#), [Lytle BL](#), [Brindis RG](#), [Smith SC Jr](#), [Pollack CV Jr](#), [Newby LK](#), [Harrington RA](#), [Gibler WB](#), [Ohman EM](#).; **Association between hospital**

- process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes;** *JAMA*. 2006 Apr 26;295(16):1912-20.
91. Saifudin Rashid, Pamela Barton, Christa Harstall, Donald Schopflocher, Paul Taenzer, Alberta Ambassador Program Team.; **The Alberta Ambassador Program: delivering Health Technology Assessment results to rural practitioners;** *BMC Med Educ*. 2006; 6: 21. Published online 2006 March 31. doi: 10.1186/1472-6920-6-21.
 92. [Roderick P](#), [Ferris G](#), [Wilson K](#), [Halls H](#), [Jackson D](#), [Collins R](#), [Baigent C](#).; **Towards evidence-based guidelines for the prevention of venous thromboembolism: systematic reviews of mechanical methods, oral anticoagulation, dextran and regional anaesthesia as thromboprophylaxis;** *Health Technol Assess*. 2005 Dec;9(49):iii-iv, ix-x, 1-78.
 93. Andrew Mulcahy, Tom Walley; **Health Technology Assessment and patient safety;** *Italian journal of Public Health*. Winter 2005, volume 2, Number 3-4.
 94. [Johansen B](#), [Mainz J](#), [Sabroe S](#), [Manniche C](#), [Leboeuf-Yde C](#).; **Quality improvement in an outpatient department for subacute low back pain patients: prospective surveillance by outcome and performance measures in a health technology assessment perspective;** *Spine*. 2004 Apr 15;29(8):925-31.
 95. [Fattore G](#), [Landolina M](#), [Bontempi L](#), [Cacciatore G](#), [Curnis A](#), [Gulizia M](#), [Padeletti L](#), [Mazzei L](#), [Tavazzi L](#).; **Economic impact of cardiac resynchronization therapy in patients with heart failure. Available evidence and evaluation of the CRT-Eucomed model for analysis of cost-effectiveness;** *Ital Heart J Suppl*. 2005 Dec;6(12):796-803.
 96. [Fioravanti A](#), [Valenti M](#), [Altobelli E](#), [Di Orio F](#), [Nappi G](#), [Crisanti A](#), [Cantarini L](#), [Marcolongo R](#).; **Clinical efficacy and cost-effectiveness evidence of spa therapy in osteoarthritis. The results of "Naiade" Italian Project;** *Panminerva Med*. 2003 Sep;45(3):211-7.
 97. [Mecozzi B](#), [Pancione L](#), [De Intinis G](#), [Gullstrand R](#), [Gualtieri A](#), [Giraud P](#).; **Analysis of production factors, costs, and process efficacy in the radiology department of a local health agency in Italy;** *Radiol Med (Torino)*. 2003 Mar;105(3):215-29.
 98. [Di Lieto A](#), [Giani U](#), [Campanile M](#), [De Falco M](#), [Scaramellino M](#), [Papa R](#).; **Conventional and computerized antepartum telecardiotocography. Experienced and inexperienced observers versus computerized analysis;** *Gynecol Obstet Invest*. 2003;55(1):37-40.
 99. [Di Lieto A](#), [Scaramellino M](#), [Campanile M](#), [Iannotti F](#), [De Falco M](#), [Pontillo M](#), [Pollio F](#).; **Prenatal telemedicine and teledidactic networking. A report on the TOCOMAT project;** *Minerva Ginecol*. 2002 Oct;54(5):447-51.
 100. [Lazzaro C](#), [McKechnie T](#), [McKenna M](#).; **Tacrolimus versus cyclosporin in renal transplantation in Italy: cost-minimisation and cost-effectiveness analyses;** *J Nephrol*. 2002 Sep-Oct;15(5):580-8.
 101. [France G](#).; **Health technology assessment in Italy;** *Int J Technol Assess Health Care*. 2000 Spring;16(2):459-74.
 102. [Michels H](#), [Ganser G](#), [Dannecker G](#), [Forster J](#), [Hafner R](#), [Horneff G](#), [Kuster RM](#), [Lakomek HJ](#), [Lehmann H](#), [Minden K](#), [Rogalski B](#), [Schontube M](#).; **Structural quality of rheumatology clinics for children and adolescents - paper by a task force of the "Society of Pediatric and Adolescent Rheumatology" and of the "Association of Rheumatology Clinics in Germany";** *Z Rheumatol*. 2006 May 19.
 103. [Jackel WH](#), [Farin E](#).; **Quality assurance in rehabilitation: where do we stand today?;** *Rehabilitation (Stuttg)*. 2004 Oct;43(5):271-83.
 104. Rosemary Hittinger, Geoffrey Glazer; **Quality assurance in a private hospital;** *Clinical Governance Bulletin*. 2005 March; Vol. 5 No. 6
 105. [Dennison CR](#).; **The role of patient-reported outcomes in evaluating the quality of oncology care;** *Am J Manag Care*. 2002 Dec;8(18 Suppl):S580-6.
 106. [Pickard JD](#), [Richards HK](#).; **Principles of quality management in medicine: the British concept;** *Acta Neurochir Suppl*. 2001;78:45-52.

107. Gullo; **Postoperative monitoring: principles organization and quality of**; Minerva Anestesiol. 2006; 72:171-81.
108. Davoli M, Amato L, Minozzi S, Bargagli AM, Vecchi S, Perucci CA.; **Volume and health outcomes: an overview of systematic reviews**; *Epidemiol Prev.* 2005 May-Aug;29(3-4 Suppl):3-63.
109. Gensini GF, Conti AA, Lippi D, Conti A.; **The past and present history of the term "quality" in medicine**; *Recenti Prog Med.* 2004 Apr;95(4):226-30.
110. Gattoni F, Sicola C.; **How to evaluate the quality of health related websites**; *Radiol Med (Torino).* 2005 Mar;109(3):280-7.
111. Maria Laura Chiozza, Liviana De Dalt, Silvia Collegaro, Franco Zacchello; **Sviluppo di un sistema di gestione per la qualità nel Pronto Soccorso del Dipartimento di Pediatria di Padova**; Clinical Governance – ottobre 2004.
112. Manno C, Palmieri V, Virgilio M, Palasciano G, Schena FP.; **Quality guide in nephrology and dialysis**; *G Ital Nefrol.* 2004 May-Jun;21(3):267-75.
113. Fabbri T, Urciuoli R, Abetti P.; **The "quality" system in health care**; *Clin Ter.* 2000 Mar-Apr;151(2):93-6.
114. Maria Laura Chiozza, Liviana De Dalt, Silvia Collegaro, Franco Zacchello; **La gestione del rischio in un progetto di Governance Clinica: sviluppo di un sistema di qualità in un pronto soccorso pediatrico**; Clinical Governance – ottobre 2004.
115. Shahid A. Kausal, Michael Rowe, Jill Carr; **Evitare gli errori di trattamento e gli incidenti indesiderati: come andare avanti**; Clinical Governance Bulletin - Sett.2000.
116. Mary McCracken; **Sviluppare la segnalazione dei rischi in un'azienda ospedaliera**; Clinical Governance Bulletin - Sett.2000.
117. Kim J, Bates DW.; **Results of a survey on medical error reporting systems in Korean hospitals**; *Int J Med Inform.* 2006 Feb;75(2):148-55.
118. Jonathan Stead, Grace Sweeney, Richard Westcott; **L'audit di eventi significativi: uno strumento chiave per il governo clinico**; Clinical Governance Bulletin - Sett.2000.
119. Iedema R, Flabouris A, Grant S, Jorm C.; **Narrativizing errors of care: critical incident reporting in clinical practice**; *Soc Sci Med.* 2006 Jan;62(1):134-44.
120. Tighe CM, Woloshynowych M, Brown R, Wears B, Vincent C.; **Incident reporting in one UK accident and emergency department**; *Accid Emerg Nurs* 2006 Jan 14(1),27-37.
121. Iedema R, Flabouris A, Grant S, Jorm C.; **Narrativizing errors of care: critical incident reporting in clinical practice**; *Soc Sci Med.* 2006 Jan;62(1):134-44.
122. Dorr DA, Phillips WF, Phansalkar S, Sims SA, Hurdle JF.; **Assessing the Difficulty and Time Cost of De-identification in Clinical Narratives**; *Methods Inf Med.* 2006;45(3):246-52.
123. Hill L.; **How automated access verification can help organizations demonstrate HIPAA compliance: A case study**; *J Healthc Inf Manag.* 2006 Spring;20(2):116-22.
124. Scheidegger D.; **Critical incidents**; *Ther Umsch.* 2005 Mar;62(3):169-74.
125. Ahluwalia J, Marriott L.; **Critical incident reporting systems**; *Semin Fetal Neonatal Med.* 2005 Feb;10(1):31-7.
126. Nakajima K, Kurata Y, Takeda H.; **A web-based incident reporting system and multidisciplinary collaborative projects for patient safety in a Japanese hospital**; *Qual Saf Health Care.* 2005 Apr;14(2):78-9.
127. Vincent CA.; **Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes**; *Qual Saf Health Care.* 2004 Aug;13(4):242-3.
128. Koshy R.; **Navigating the information technology highway: computer solutions to reduce errors and enhance patient safety**; *Transfusion.* 2005 Oct;45(4 Suppl):189S-205S.
129. Marrelli AF, Tondora J, Hoge MA.; **Strategies for developing competency models**; *Adm Policy Ment Health.* 2005 May-Jul;32(5-6):533-61.

130. [Norrby SR](#), [Carbon C.](#); **Report of working group 3: specialist training and continuing medical education/professional development in the infection disciplines**; [Clin Microbiol Infect.](#) 2005 Apr;11 Suppl 1:46-9.
131. Jonathan Secker-Walker; **Utilizzare la segnalazione degli incidenti come strumento di apprendimento**; Clinical Governance ottobre 2004.
132. [Kopp BJ](#), [Erstad BL](#), [Allen ME](#), [Theodorou AA](#), [Priestley G.](#); **Medication errors and adverse drug events in an intensive care unit: direct observation approach for detection**; [Crit Care Med.](#) 2006 Feb;34(2):415-25.
133. [Abbott RL](#), [Weber P](#), [Kelley B.](#); **Medical professional liability insurance and its relation to medical error and healthcare risk management for the practicing physician**; [Am J Ophthalmol](#) 2005 Dec;140(6):1106-1111.
134. [Schrapppe M.](#); **Patient safety and risk management**; [Med Klin \(Munich\).](#) 2005 Aug 15;100(8):478-85.
135. [Odwazny R](#), [Hasler S](#), [Abrams R](#), [McNutt R.](#); **Organizational and cultural changes for providing safe patient care**; [Qual Manag Health Care.](#) 2005 Jul-Sep;14(3):132-43.
136. [Ahluwalia J](#), [Marriott L.](#); **Critical incident reporting systems**; [Semin Fetal Neonatal Med.](#) 2005 Feb;10(1):31-7.
137. [Callaly T](#), [Arya D](#), [Minas H.](#); **Quality, risk management and governance in mental health: an overview**; [Australas Psychiatry.](#) 2005 Mar;13(1):16-20.
138. [Gausmann P](#), [Petry FM.](#); **Hospital risk management from the viewpoint of insurers**; [Z Arzt Fortbild Qualitatssich](#) 2004 Oct;98(7):587-91.
139. Holden, Deborah A; Quin, Maureen; Holden, Des P.; **Title Clinical risk management in obstetrics**; [Source Current Opinion in Obstetrics & Gynecology.](#) 16(2):137-142, April 2004.
140. [Staccini P](#), [Quaranta JF](#), [Staccini-Myx A](#), [Veyres P](#), [Jambou P.](#); **How the information system can contribute to the implementation of a risk management program in a hospital?**; [Transfus Clin Biol.](#) 2003 Sep;10(4):311-7.
141. [Schrapppe M.](#); **The hospital perspective: disease management and integrated health care**; [Z Arztl Fortbild Qualitatssich.](#) 2003 Jun;97(3):195-200.
142. [Morris JA Jr](#), [Carrillo Y](#), [Jenkins JM](#), [Smith PW](#), [Bledsoe S](#), [Pichert J](#), [White A.](#); **Surgical adverse events, risk management, and malpractice outcome: morbidity and mortality review is not enough**; [Ann Surg.](#) 2003 Jun;237(6):844-51; discussion 851-2.
143. [Di Pietro P](#), [Lattere M](#), [Villa G](#), [Piccotti E](#), [D'Agostino P.](#); **Risk management: medical malpractice and Emergency Department**; [Minerva Pediatr.](#) 2005 Dec;57(6):399-409.
144. [Galato R](#), [Fratelli M](#), [D'Amico M](#), [Limido A](#), [Bevilacqua L.](#); **From the Mailing List SIN: professional risks for the nephrologists: clinical risk and risk management**; [G Ital Nefrol.](#) 2005 Nov-Dec;22(6):609-12.
145. [Cacciabue PC](#); **Human error risk management methodology for safety audit of a large railway organisation**; [Appl Ergon.](#) 2005 Nov;36(6):709-18. Epub 2005 Aug 24.
146. [Campanelli T.](#); **Risk Management and analysis of an adverse event: accidental patients falls**; [Prof Inferm.](#) 2005 Jul-Sep;58(3):151-2, 169-72.
147. [Di Bella I](#), [Da Col U](#), [Del Sindaco F](#), [Pasquino S](#), [Affronti A](#), [Santucci A](#), [Ragni T.](#); **Risk evaluation in coronary surgery: a single center experience using the EuroSCORE**; [Ital Heart J Suppl.](#) 2005 Jun;6(6):365-8.
148. Maria Laura Chiozza, Liviana Da Dalt, Silvia Callegaro, Franco Zacchello.; **Risk management e qualità in un pronto soccorso pediatrico**; Clinical Governance – Ottobre 2004.
149. Mario Plebani, Tommaso Trenti, Maria Laura Chiozza; **Errore e Governo Clinico in medicina di laboratorio**; Clinical Governance – Ottobre 2004.
150. [Spolaore P](#), [Murolo G](#), [Vafiadaki A](#), [Sartori R](#), [Sommavilla M.](#); **Risk management and hospital food service: food safety quality system in healthcare**; [Ann Ig.](#) 2003 Nov-Dec;15(6):1085-91.

151. [Murtagh FE](#), [Thorns A.](#); **Evaluation and ethical review of a tool to explore patient preferences for information and involvement in decision making**; [J Med Ethics](#). 2006 Jun;32(6):311-5.
152. [Say R](#), [Murtagh M](#), [Thomson R.](#); **Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review**; [Patient Educ Couns](#). 2006 Feb;60(2):102-14.
153. [Langewitz W](#), [Nubling M](#), [Weber H.](#); **Hospital patients' preferences for involvement in decision-making. A questionnaire survey of 1040 patients from a Swiss university hospital**; [Swiss Med Wkly](#). 2006 Jan 21;136(3-4):59-64.
154. [Emma Challans](#) ; **Clinical audit patient panel**; [Clinical Governance Bulletin](#) Vo. 6 N. 1 2005.
155. [Brian Fisher](#), [Marion Gibbon](#), [Deirdre Kennedy](#), [Andy Benson](#) and [Penny Waterhouse](#); **Patients as teachers: is there shared decision making in the treatment of depression?**; [Clinical Governance Bulletin](#) Vo. 6 N. 1 2005.
156. [Levinson W](#), [Kao A](#), [Kuby A](#), [Thisted RA.](#); **Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences.**; [J Gen Intern Med](#). 2005 Jun;20(6):531-5.
157. [Gattellari M](#), [Ward JE.](#); **Measuring men's preferences for involvement in medical care: getting the question right**; [J Eval Clin Pract](#). 2005 Jun;11(3):237-46.
158. [Lantz PM](#), [Janz NK](#), [Fagerlin A](#), [Schwartz K](#), [Liu L](#), [Lakhani I](#), [Salem B](#), [Katz SJ.](#); **Satisfaction with surgery outcomes and the decision process in a population-based sample of women with breast cancer**; [Health Serv Res](#). 2005 Jun;40(3):745-67.
159. [Corke CF](#), [Stow PJ](#), [Green DT](#), [Agar JW](#), [Henry MJ.](#); **How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study**; [BMJ](#). 2005 Jan 22;330(7484):182.
160. [Julie Storr](#) and [Julia Hookway](#); **Preventing infection in hospital – should patient involvement be central to current hand hygiene strategies?**; [Clinical Governance Bulletin](#) Vol. 5 N. 5, 2005 Jan.
161. [Jane Carthey](#) ; **Being open with patients and their carers following patient safety incidents**; [Clinical Governance Bulletin](#) Vol. 5 N. 5, 2005 Jan.
162. [Fiona Tito](#) [Wheatland](#); **Consumer involvement - overcoming the hurdles**; [cochrane collaboration](#) > [colloquia](#) > [abstracts](#) > [ottawa](#) 2004.
163. [Edwards A](#), [Elwyn G](#), [Hood K](#), [Atwell C](#), [Robling M](#), [Houston H](#), [Kinnersley P](#), [Russell I](#); [Study Steering Group.](#); **Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice**; [Fam Pract](#). 2004 Aug;21(4):347-54.
164. [Edwards A](#), [Elwyn G](#), [Hood K](#), [Atwell C](#), [Robling M](#), [Houston H](#), [Kinnersley P](#), [Russell I](#); **Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice**; [Fam Pract](#). 2004 Aug;21(4):347-54.
165. [Salkeld G](#), [Solomon M](#), [Short L](#), [Butow PN.](#); **A matter of trust--patient's views on decision-making in colorectal cancer**; [Health Expect](#). 2004 Jun;7(2):104-14.
166. [Davison BJ](#), [Parker PA](#), [Goldenberg SL.](#); **Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making**; [BJU Int](#). 2004 Jan;93(1):47-51.
167. [Ford S.](#), [SCHOFIELD T.](#), [HOPE T.](#); **What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation?: A qualitative study**; [Soc Sci Med](#). 2003 Feb;56(3):589-602.
168. [Litva A.](#), [Canvin K.](#), [Jacoby A.](#), [Gabbay M.](#); **Is Clinical Governance 'just too airy fairy for people?': exploring professional and lay views of public involvement in clinical governance**; © 2002 Litva A., Canvin K., Jacoby A., Gabbay M. Reproduced as licenced to ISQua.
169. [Paccaloni M](#), [Moretti F](#), [Zimmermann C](#). **Giving information and involving in treatment: what do psychiatrists think? A review**; [Epidemiol Psichiatr Soc](#). 2005 Oct-Dec;14(4):198-216.

170. Mosconi P, Poli P, Giolo A, Apolone G.; **How Italian health consumers feel about clinical research: a questionnaire survey**; *Eur J Public Health*. 2005 Aug;15(4):372-9.
171. Goss C, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C.; **Information-giving sequences in general practice consultations**; *J Eval Clin Pract*. 2005 Aug;11(4):339-49.
172. Paola Mosconi, Cinzia Colombo; **Come, dove e quando vengono coinvolti i cittadini in sanità?**; *Clinical Governance*, Agosto 2005.
173. Paola Mosconi, Cinzia Colombo; **Costruire un'alleanza strategica tra associazioni di pazienti & cittadini e comunit  medico-scientifica: il progetto partecipa salute**; *Clinical Governance*, Maggio 2005.
174. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM.; **End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting**; *Intensive Care Med*. 2003 Nov;29(11):1902-10. Epub 2003 Sep 11.
175. Hoge MA, Huey LY, O'Connell MJ.; **Best practices in behavioral health workforce education and training**; *Adm Policy Ment Health*. 2004 Nov;32(2):91-106.
176. O'Connell MJ, Morris JA, Hoge MA.; **Innovation in behavioral health workforce education**; *Adm Policy Ment Health*. 2004 Nov;32(2):131-65.
177. Stuart GW, Tondora J, Hoge MA.; **Evidence-based teaching practice: implications for behavioral health**; *Adm Policy Ment Health*. 2004 Nov;32(2):107-30.
178. Arblaster G, Streather C, Hugill L, McKenzie M, Missenden J.; **A training programme for healthcare support workers**; *Nurs Stand*. 2004 Jul 7-13;18(43):33-7.
179. Delvecchio G, Bettineschi L, Barberis L, Signorini A.; **Theory of training and quality of safety in health**; *G Ital Med Lav Ergon*. 2002 Oct-Dec;24(4):430-2.
180. Walter Ricciardi, Antonio Giulio de Belvis, Maria Lucia Specchia, Alessandro Campana, Virgilio Ritzu, Dr. Nicola Ibba, Prof.ssa Roberta Siliquini, Maria Michela Gianino, Oscar Bertetto, Gabriella Viberti, Enrico Ferreri: **Districare _ DISTRICT HEALTH CARE GOVERNANCE ASSESSMENT TOOL_ METODOLOGIA DI VALUTAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DEL GOVERNO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI DOCUMENTO DI PROGETTAZIONE TECNICA E METODOLOGICA**