

Università della Svizzera Italiana - Net-MEGS
Gestione dei processi e percorsi diagnostico-terapeutici

GOVERNO CLINICO IMPLEMENTAZIONE E MODELLO ORGANIZZATIVO

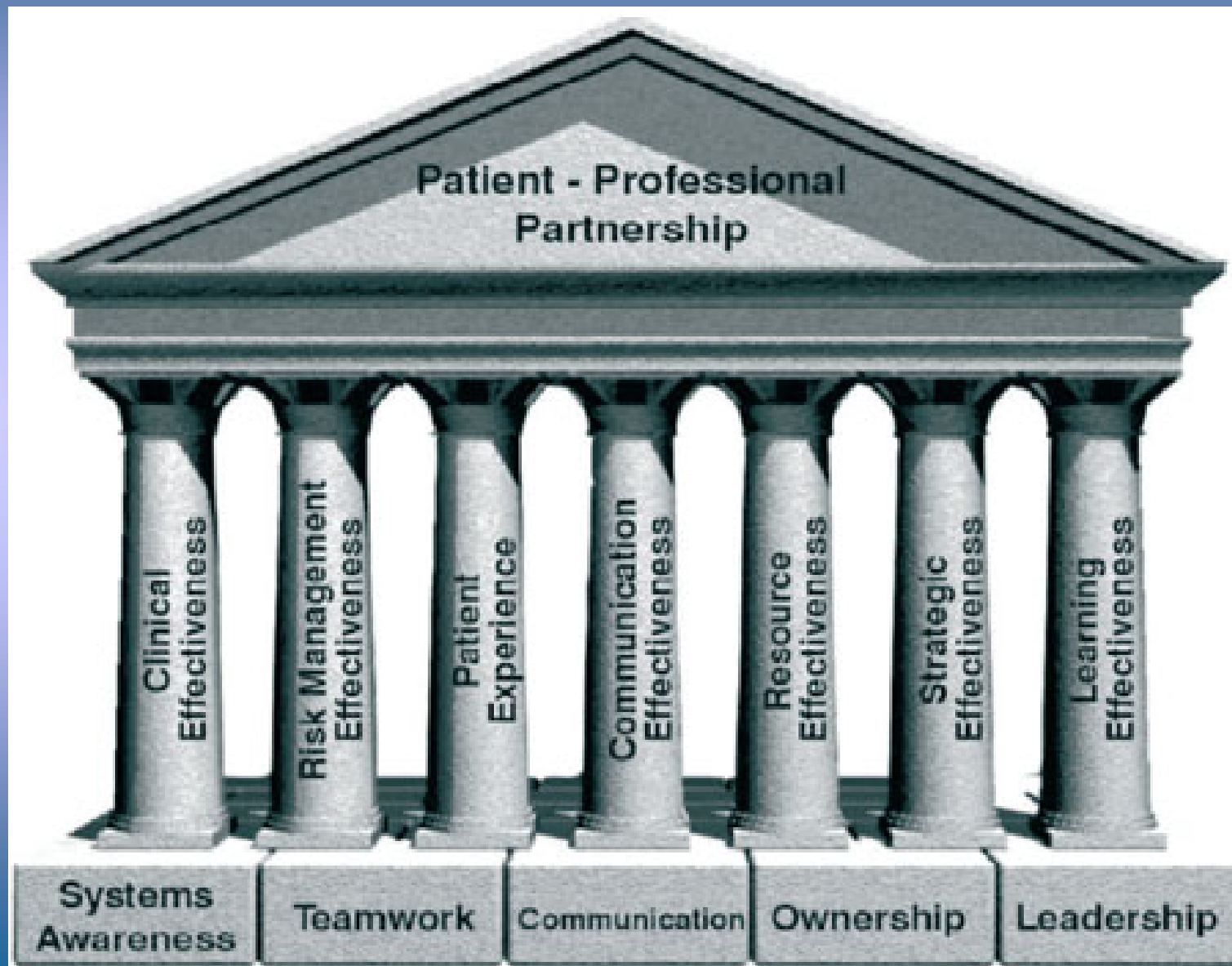
USI – Lugano, 28 Novembre 2008

andrea capponi - ufficio qualità - H Maggiore - Novara

GOVERNO CLINICO - AMBITI



GOVERNO CLINICO : AMBITI



GOVERNO CLINICO : AMBITI

RISK MANAGEMENT

CLINICAL AUDIT

MISURA DELLA PERFORMANCE CLINICA

ACCOUNTABILITY

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

EBM/EBN

SISTEMA QUALITA'

INFORMAZIONE/PARTECIPAZIONE PZ

RICERCA E SVILUPPO

GESTIONE RISORSE E SERVIZI

SISTEMI INFORMATIVI

CULTURA DELL'APPRENDIMENTO

GOVERNO CLINICO - STRATEGIA

DA DOVE COMINCIARE?



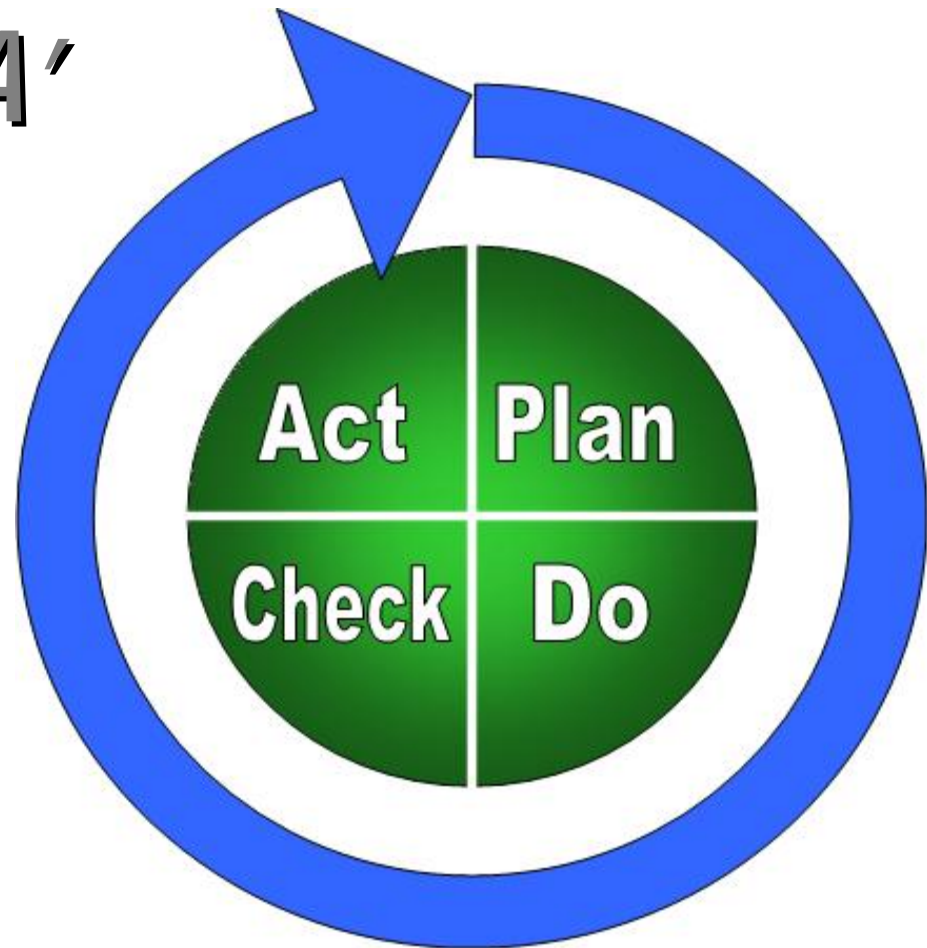
GOVERNO CLINICO - SUGGERIMENTI

SISTEMATICITA'



GOVERNO CLINICO - SUGGERIMENTI

SISTEMATICITA'
SEMPLICITA'



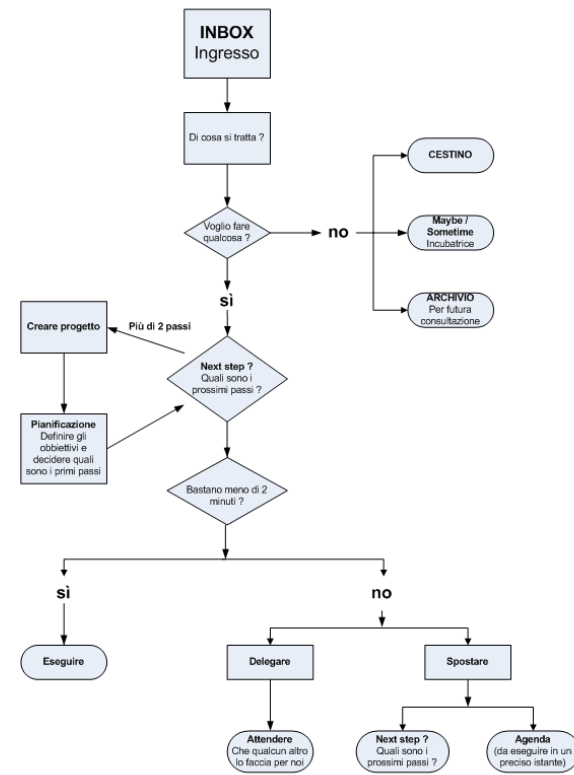
GOVERNO CLINICO - SUGGERIMENTI

SISTEMATICITA'
SEMPLICITA'
METODO



Getting Things Done

by
David Allen
<http://www.davidco.com>



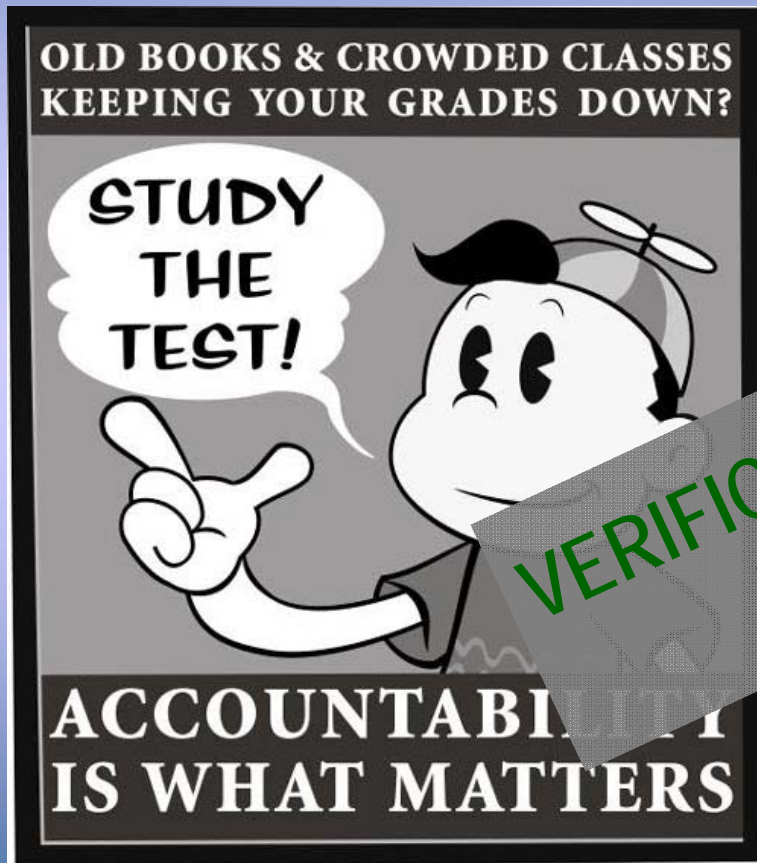
Traduzione a cura di <http://ottantaventi.blogspot.com>

METODO : STEP 1



ACCOUNTABILITY

LO STANDARD DI SERVIZIO



ATTIVITA'

eccellenze

attività significative

GARANZIE

**VERIFICA E COORDINAMENTO
DELLA DIREZIONE**

ATTENZIONE alle prestazioni
agli operatori

**INDICATORI DI PROCESSO ED ESITO
PROGETTI DI MIGLIORAMENTO**

METODO: STEP 2

CLINICAL AUDIT

MISURA DELLA PERFORMANCE CLINICA

ACCOUNTABILITY

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

EBM/EBN

SISTEMA QUALITA'

INFORMAZIONE/PARTECIPAZIONE PZ

RICERCA E SVILUPPO

GESTIONE RISORSE E SERVIZI

SISTEMI INFORMATIVI

CULTURA DELL'APPRENDIMENTO



GOVERNO PER PROCESSI

I PERCORSI CLINICI

ragionamento
clinico

consenso

percorso
organizzativo

consenso

indicatori

AGREE

PICO *Dbase*
MeSH

letteratura
scientifica

strategie ricerca



COMPETENZE PROFESSIONALI

SCHEDA DI ADDESTRAMENTO

PRESTAZIONE	COMPETENZA DI BASE	CRITERI			INDICATORI DI SORVEGLIANZA
		FORMAZIONE / ADDESTRAMENTO	CHI QUALIFICA ?	MANTENIMENTO QUALIFICA	
By-pass aorto-coronarico	Laurea in medicina Specializzazione in cardiocirurgia	100 sedute come secondo operatore con il tutor 25 come primo operatore aiutato dal tutor (tempo stimato: 6 mesi)	Tutor Direttore	8 BPAC di cui almeno 4 come primo operatore /mese*	Mortalità Complicanze tecniche
Chirurgia Valvolare	Laurea in medicina Specializzazione	100 sedute come secondo operatore con il tutor 25 come primo operatore (tempo stimato: 12 mesi)	Tutor Direttore	4 valvole di cui almeno 2 come primo operatore /mese	Mortalità Complicanze tecniche



* da ACC/AHA 2004 Guideline Update for Coronary Artery Bypass Graft Surgery

andrea capponi - ufficio qualità - H Maggiore - Novara

AGGIORNAMENTO BIBLIOGRAFICO

LETTERATURA SCIENTIFICA



METODO: STEP 3

RISK MANAGEMENT

CLINICAL AUDIT

MISURA DELLA PERFORMANCE CLINICA

ACCOUNTABILITY

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

EBM/EBN

SISTEMA QUALITA'

INFORMAZIONE/PARTECIPAZIONE PZ

RICERCA E SVILUPPO

GESTIONE RISORSE E SERVIZI

SISTEMI INFORMATIVI

CULTURA DELL'APPRENDIMENTO

RISK MANAGEMENT

MAPPA DEI RISCHI



S.C. CLINICA CHIRURGICA

RISCHI GENERALI

R: infettivo

R: identificazione del paziente

RISCHI SPECIFICI

Percorso Clinico 1

R: trasfusione R:lato chirurgico

Percorso Clinico 2

R: mancata diagnosi

ENPOWERMENT – RISK MANAGEMENT

DIARIO DEL PAZIENTE



DIARIO MEDICO
DIARIO INFERMIERISTICO
DIARIO DEL PAZIENTE



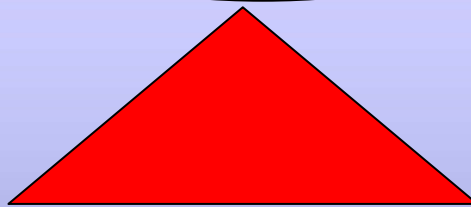
METODO: AVVIO IMMEDIATO



I CONTROLLI

GLI STRUMENTI DI ANALISI

il PAZIENTE
ha ricevuto?



l'OPERATORE
conosce?

l'ORGANIZZAZIONE
mette a disposizione?

I CONTROLLI – LA REPORTISTICA

Controlli da cartella clinica

CRITERI DI SOSPETTO
INDICATORI
VERBALE

**328 CRITERI DI
SOSPETTO**

*33,5 % cartelle
(13.530 su 40.408)*

indicatori

non conformità

azioni corr/preventive



REGIONE PIEMONTE A.S.O. "MAGGIORE DELLA CARITA" " UFFICIO QUALITA' Responsabile: Dr. Andrea Capponi SETTORE APPROPRIATEZZA (Referente Sig. Eva NITSCHKE – int. 3693)		VERBALE DEL CONTROLLO SDO										
U.O.A.	CARDIOLOGIA I	03-10-02										
Referente	Dr. Eraldo OCCHETTA	LUG.-AGO. '02										
INDICATORI (STANDARD = 100)												
Mesi	Gen. '02	Feb. '02	Mar. '02	Apr. '02	Mag. '02	Giù. '02	Lug. '02	Agò. '02	Set. '01	Ott. '01	Nov. '01	Dic. '01
CORRETTEZZA SDO	80	100	100	100	90	81	81	80	62	80	62	62
REGIME ASSISTENZIALE	100	100	100	100	100	69	93	100	100	100	100	100
CARTELLA CLINICA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
APPROPRIATEZZA – P.R.U.O.	48	80	78	77	74	60	60	60	60	60	60	60
PROFILASSI ANTIMICROBICA	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
*RIDUZIONE D.M. (std: 4.67)	-2,49	-4,20	-1,84	-0,91	-2,35	-2,64	-	-	-	-	-	-
Giornate Analizzate PRUO	73	68	81	65	80	58	73	70	73	73	73	73
Degenze Media osservata	7,16	8,87	6,51	5,58	7,02	7,31	7,31	7,31	7,31	7,31	7,31	7,31
Cartelle cliniche mancanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Totale cartelle controllate	15	18	20	16	15	16	16	16	16	16	16	16
Totale dimessi	238	255	284	284	239	235	235	235	235	235	235	235
NON CONFORMITA'												
1. SDO 02021565	GALBANI Carla Dalla lettura della cartella clinica la Diagnosi Secondaria risulta essere il codice 425.9 (Cardiopatía secondaria) e non il codice 425.4 (Altre cardiomiopatie primitive).											
2. SDO 02019899	PAGANI Ernestina Dalla lettura della cartella clinica la Diagnosi Principale risulta essere il codice V12.51 (Anamnesi personale di trombosi venosa ed embolia) e non il codice 415.19 (Altre forme di embolia polmonare).											
3. SDO 02021281 SDO 02021643 SDO 02023975 SDO 02024094 SDO 02023975	CAIUO Sofia ROSSI Gianfranco CARMAGNOLA Giovanni GAVIOLI Maurizio UBEZIO Rita Con le nuove disposizioni della Direzione Sanitaria tutte le attività del DH Diagnostico (escluse quelle per le quali è necessaria una continuità assistenziale medica od infermieristica che non può essere garantito coll' Ambulatorio) sono da spostare in Regime Assistenziale di Ambulatorio (Day-Service).											
4. SDO 02024010	PERA Mario Dalla lettura della cartella clinica risulta opportuno invertire la Diagnosi Secondaria "Blocco A-V completo" con la Diagnosi Principale "Sincope e collasso", perché è stato il "Blocco A-V" la causa scatenante della "Sincope" e non viceversa.											
CTRL PRUO:	SDO 02022291 MERIDINMI Maurizio SDO 02022126 FRAU Salvatore SDO 02019459 DEPAOLI Giuseppina Giornate inappropriate per: Codice I/E (paziente in attesa di procedura invasiva).											
AZIONI PREVENTIVE:												

I CONTROLLI – LA REPORTISTICA

Indicatori da Cartella Clinica

1. Tempo tra ingresso in PS e ECG (5')
2. Tempo tra ingresso in PS e trombolitico(30') (Oryx)
3. Tempo tra ingr PS e ingr Emodinamica (30') (Oryx)
4. Tempo tra PTCA e BPAC (1 giorno)
5. Tempo tra Coronarografia e BPAC (7 giorni)
6. Pz.con ASA in (24h pre-post ricovero) (Oryx)
7. Pz.con ASA out (se non controindicato) (Oryx)
8. Pz.con ACEI out (se LVSD e F.E.<40%)(Oryx)
9. Pz.con b-bloccanti in (24h pre-post ricovero) (Oryx)
10. Pz.con b-bloccanti out (Oryx)
11. Pz.con consiglio a smettere di fumare durante degenza (Oryx)
12. Rispetto dell'indicazione alla PTCA
13. Rispetto dell'indicazione alla Fibrinolisi
14. Evidenza di decisione presa su ST-guard

I CONTROLLI – LA REPORTISTICA

Controlli da database

INDICATORI
REPORT



856 INDICATORI

61 appropriatezza generica

205 appropriatezza specifica

532 da Percorsi Clinici (processo ed esito)

10 efficienza

39 costi diretti

8 soddisfaz.paziente

1 gestione del personale

con test statistici

I CONTROLLI – LA REPORTISTICA

BASE

- *SDO*
- *Ambulatoriali*
- *Pronto Soccorso*
- *Personale*
- *Trasfusionale*
- *Farmacia*
- *Dialisi*
- *Diabetologia*

AGGIUNTIVI (20 +2 da fare)

- *Euroscore*
- *Pneumonia Severity Index*
- *SAPS*
- *FIM e FAC*
- *Oncologia*
- *Algologia*
- *Riab. Cardiologica*
- *Ortopedia Pediatrica*
- *Neurochirurgia*
- *Chirurgia Toracica*
- *Psichiatria*
- *altro*

REPORT INDICATORI

5	DIABETO04 Valore medio colesterolo LDL <i>Standard Internazionale 100 mg/dl</i>	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: p<0,05	
		100,36	107,77				105,24	direz: SI	
		Score	113,91	110,67	101,98	100,36	106,84	106,84	std: p<0,05
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		
6	DIABETO05 % diabetici con colesterolo LDL >100mg/dl	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: p<0,05	
		45,84	53,19				51,16	direz: SI	
		Score	62,88	58,86	46,40	46,84	53,67	53,67	std: p<0,05
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		
7	DIABETO19 % diab con almeno 1 colesterolo/anno	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: p<0,05	
		108,47	93,51				102,34	direz: NO	
		Score	95,86	99,55	108,47	108,19	102,88	102,88	std: n.s.
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		
8	DIABETO06 Valore medio Pressione Arteriosa Sistolica <i>Standard Internazionale 120 mm Hg</i>	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: n.s.	
		147,65	151,29				148,92	direz: NO	
		Score	160,63	147,65	148,15	148,63	148,78	148,78	std: p<0,05
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		
9	DIABETO07 % diabetici con PAS >120 mmHg	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: n.s.	
		82,83	87,35				84,53	direz: NO	
		Score	87,32	82,83	84,62	83,52	84,54	84,54	std: p<0,05
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		
10	DIABETO08 Valore medio Pressione Arteriosa Diastolica <i>Standard Internazionale 80 mm Hg</i>	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: n.s.	
		78,11	78,42				78,67	direz: SI	
		Score	78,76	78,11	79,12	79,06	78,76	78,76	std: n.s.
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		
11	DIABETO09 % diabetici con PAD >90 mmHg	Standard	I TRIM 08	II TRIM 08	III TRIM 08	IV TRIM 08	ANNO 2008	anno: n.s.	
		30,76	32,28				34,30	direz: NO	
		Score	30,76	31,86	38,17	35,18	33,90	33,90	std: n.s.
		Q0	I TRIM 07	II TRIM 07	III TRIM 07	IV TRIM 07	ANNO 2007		

I CONTROLLI – LA REPORTISTICA

Controlli da Verifica Ispettiva

CHECK - LIST
VERIFICHE ISPETT.
VERBALE



CHECK-LIST VERIFICA DOCUMENTI



S.C.D.U. Cardiologia

Direttore: Prof. Paolo MARINO

Verifica precedente 21/01/2005 - Verifica attuale 13/02/2006

DOCUMENTI DA PREDISPORRE

1 - Indicare se il requisito è soddisfatto (SI) o non soddisfatto (NO)

2 - Indicare: se SI le eventuali SPIEGAZIONI; se NO l'AZIONE CORRETTIVA

Le azioni correttive dei requisiti non soddisfatti devono essere realizzate entro il 30 Giugno

DOCUMENTO: Autocertificazione SC Degenza (DO DH)

Autocertificazione argomentata del Direttore Generale.

Devono essere presentati i turni di servizio

NO SI

Se il requisito è soddisfatto, scrivere eventuali chiarimenti

Se il requisito non è soddisfatto, scrivere l'azione correttiva per soddisfarlo

Requisiti che fanno riferimento al documento

COSDHO02 Autocertificazione Documentale Presa visione del documento

OS Organizzativi Specifici

Nell'arco delle ore di attività di day hospital è garantita la presenza di almeno un medico e un infermiere professionale anche non dedicati?

DOCUMENTO: Autocertificazione semplice

I CONTROLLI – LA REPORTISTICA

Percorso Clinico - IMA

The treatment of Atrial Fibrillation in Acute Myocardial Infarction should avoid:

Quinidine lidocaine flecanide

SIGN Guideline - Cardiac arrhythmias in coronaric heart disease - Feb 07

METODO: AVVIO IMMEDIATO



I CONTROLLI - L'AUDIT CLINICO



Ufficio Qualità



DIRETTORE S.C.



URP



USICG



CIO



SPP

PROGETTARE IL CAMBIAMENTO

Azioni di miglioramento

ELENCO AZIONI CORRETTIVE / PREVENTIVE DEL PERIODO

CORRETTIVA / AZIONE PREVENTIVA	Indicatore	Atteso	Osservato	Inserimento	Scadenza	Risultato
080201 riduzione della Degenza Media complessiva dei ricoveri ordinari	OBTV11	5,1	4,71	31.12/2004	31.03/2008	consolidato da 3 mesi
080204 aumento Bbloccanti in nel PC SCA	900209	100	100,00	26.05/2004	31.03/2008	ACQUISITO
080205 > applicazione corretta VAS	900008	50	100,00	13.03/2008	31.03/2008	raggiunto
080206 > protocollo antidolore	900008	50	100,00	30.08/2006	31.03/2008	ACQUISITO
080207 > %IMA iniziali con PTCA	PC0817	80	64,22	11.09/2007	31.03/2008	prorogato da 6 mesi
080208 > %IMA con emodinamica entro 30 minuti	900203	50	100,00	11.09/2007	31.03/2008	consolidato da 3 mesi
080209 < erroriformali	SD001	5	86,06	13.03/2008	31.03/2008	raggiunto

PROGETTARE IL CAMBIAMENTO

La Storia Clinica del Reparto

S.C. DIABETOLOGIA

IV TRIMESTRE 2007 (3/3/08)

Per l'attività ambulatoriale, il problema è risolto. Dal 1/3 le prestazioni non sono più registrate al Laboratorio ma alla Diabeto. (Giorgio verifica). Lieve flessione sulla produzione che, essendo più pesante, fattura di più. Riduzione dei costi.

Complessivamente peggiorano gli indicatori di degenza (cala l'attenzione in Reparto).

Migliora il consumo di prestazioni per interni. Attivata l'ecografia per interni

DIABETE: ottimi risultati: Il livello medio del colesterolo ha raggiunto gli standard della letteratura Bisogna PUBBLICARE! Da sostituire gli apparecchi della pressione (bias)

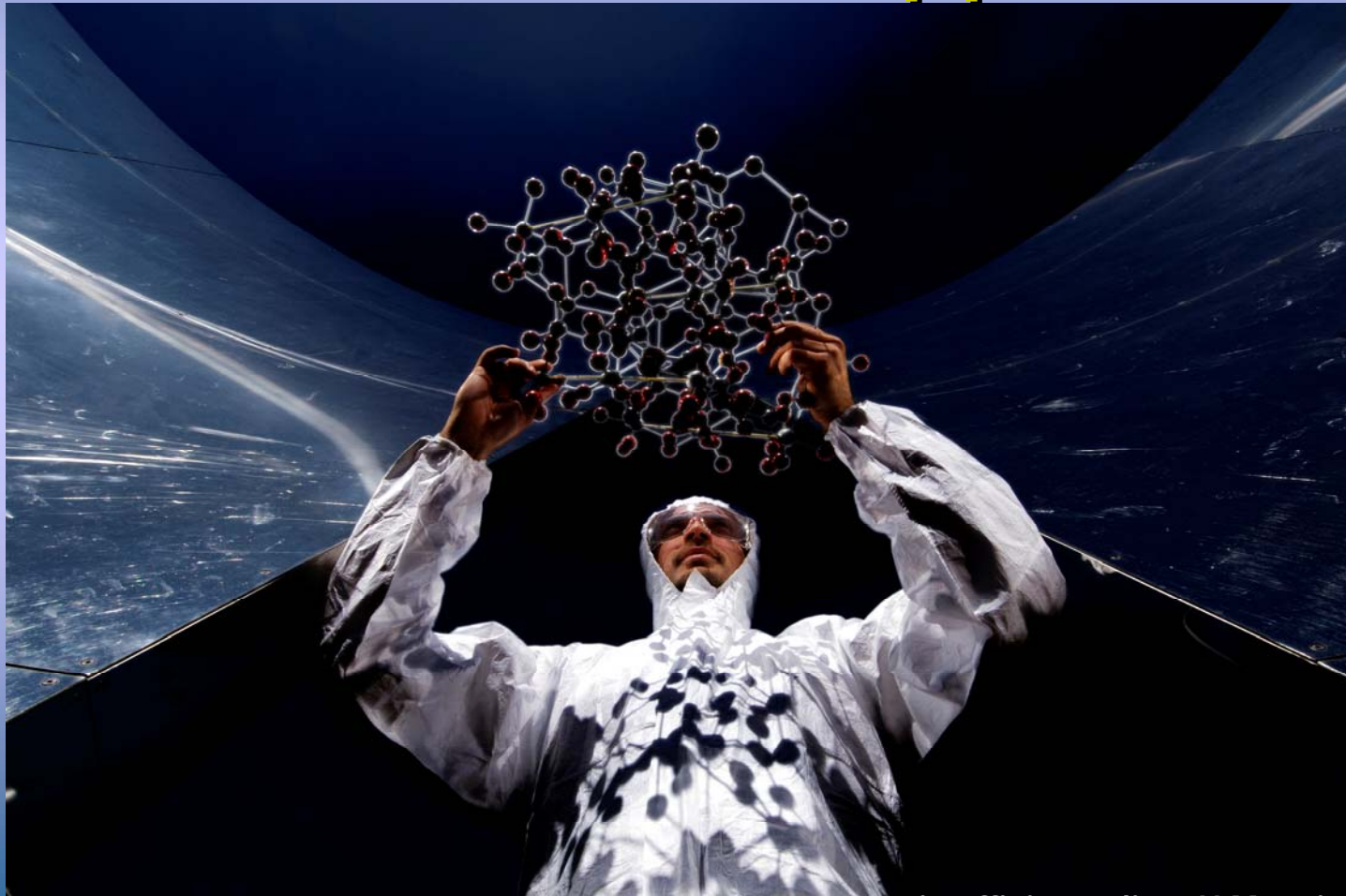
NEFRO DIABETE: ok

III TRIMESTRE 2007 (18/1/07)

Elevata spesa di prestazioni intermedie. Dato l'elevato costo delle angioplastiche deve essere tenuta sotto controllo l'efficacia delle stesse. (16 interventi chirurgici - 9500 euro di Rx) Allochis manda Cusaro per indicatori.

PROGETTARE IL CAMBIAMENTO

Ricerca e Sviluppo



andrea capponi - ufficio qualità - H Maggiore - Novara

METODO: STEP 4



PROGETTARE IL CAMBIAMENTO

COLLEGAMENTO COL BUDGET

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DAL SISTEMA DI GC

CLINICA CARDIOLOGICA

Trattamento delle aritmie gravi con contropulsatore (acquisto-formazione)

PROGRAMMAZIONE / BUDGET CORRELATI AL SISTEMA GC

PIANO DELLE ASSUNZIONI

2 IP per Clinica Cardiologica

PIANO ACQUISTO TECNOLOGIE

1 contropulsatore

PIANO LOGISTICA

Assegnazione di un locale con monitoraggio

PROGETTARE IL CAMBIAMENTO

**When people
who are not used to speaking
are heard by people
who are not used to listening,
then real change occurs**

Dame Rennie Fritchie

UFFICIO ASSICURAZIONE QUALITA'



qualita@maggioreosp.novara.it