

**Assessment organizzativo,
analisi di posizionamento e
Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali**

Evidenze dell'Azienda Ospedaliera
"G. Brotzu" di Cagliari

Caterina Amoddeo, Giorgio Banchieri, Margherita Cazzetta,
Duilio Carusi, Roberto Dandi, Paolo Fornelli,
Mario Ronchetti, Silvia Scelsi

INDICE

Prefazione del Prof. Franco Fontana.....	V
Prefazione del Prof. Francesco Di Stanislao	VII
Introduzione della Dr.ssa Graziella Pintus, Direttore Generale Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”	IX
Introduzione del Dott. Vinicio Atzeni, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”	XIII
Cap. 1 – Il progetto – Giorgio Banchieri	1
Cap. 2 – I protagonisti del progetto	11
2.1 – Composizione Cabina di Regia AOB Referenti dei Dipartimenti AOB	11
2.2 – Ringraziamenti ai Colleghi Clinici e agli Operatori sanitari che hanno partecipato ai Gruppi di Lavoro per la redazione dei PDTA/PCA e delle Procedure Aziendali nella Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”	13
Cap. 3 – Progettazione e gestione del progetto: il contesto di riferimento dell’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari – Giorgio Banchieri	25
Cap. 4 – Analisi di contesto dell’azienda “G. Brotzu”	41
4.1 – Analisi contesto normativo – Paolo Fornelli	41
4.2 – Analisi di Posizionamento (Organizzativo, Economico, Clinico) dell’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” – Duilio Carusi	45
Cap. 5 – La Social Network Analysis per lo sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – Roberto Dandi.....	65
Cap. 6 – La formazione – Margherita Cazzetta e Mario Ronchetti	75
Cap. 7 – Analisi organizzativa e autovalutazione – Mario Ronchetti	79
Cap. 8 – Metodologia e strumenti per l’analisi organizzativa – Margherita Cazzetta	87
Cap. 9 – Analisi Organizzativa e Tableau multidimensionale per la governance aziendale – TAGO – Paolo Fornelli	99
Cap. 10 – La Clinical governance – Caterina Amoddeo	111
Cap. 11 – Costruire i Percorsi Clinico Assistenziali o Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PCA o PDTA) – Caterina Amoddeo	119
Cap. 12 – Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali: il caso “G. Brotzu” – Silvia Scelsi	133
Cap. 13 – Le Procedure Aziendali – Silvia Scelsi	191
Cap. 14 – La verifica dell’attuazione dei percorsi: l’audit – Caterina Amoddeo - Giorgio Banchieri - Silvia Scelsi	219
14.1 L’Audit clinico per la valutazione dei Percorsi nell’Azienda Ospedaliera “Brotzu” di Cagliari...	229
14.2 – L’audit organizzativo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali – Margherita Cazzetta e Mario Ronchetti	231
Cap. 15 – Conclusioni – Roberto Dandi	235
Gli Autori	239

Prefazione del Prof. Franco Fontana

**Professore Emerito di Economia e gestione delle imprese, LUISS Guido Carli
Responsabile Scientifico dell'Area Public Administration & Healthcare,
LUISS Business School**

Il lavoro del consulente è quello di attivare e gestire il cambiamento. Il consulente ha fallito il suo obiettivo se dopo il suo intervento l'organizzazione non è cambiata in meglio e soprattutto è capace di portare avanti il processo di miglioramento autonomamente.

Il cambiamento che aveva richiesto il Brotzu al team di consulenti di management sanitario di LUISS era importante e riguardava buona parte della sua struttura. All'avvio del progetto c'era la consapevolezza che il cambiamento sarebbe stato possibile solo a due condizioni: una leadership adeguata a sostegno del processo e il coinvolgimento del personale nel cambiamento.

Per quanto riguarda il primo elemento, c'è da dire che il cammino che ha portato al cambiamento, allo sviluppo dei percorsi diagnostico terapeutici, è partito da lontano, ben prima della decisione della Direzione Generale di istituirli. Si può dire che questo cammino è partito da quando la sanità italiana ha cominciato a rendersi conto che prendersi cura in maniera organizzata significa fare leva sugli ultimi risultati della ricerca clinica, adattando al proprio contesto organizzativo e sociale le linee guida internazionali, ricercando continuamente il miglioramento dei risultati. Questa presa di coscienza in realtà non è diffusa in maniera omogenea nelle regioni italiane ma è spesso il risultato di circostanze contingenti che permettono l'emergere di una leadership che se ne prenda carico. Al Brotzu abbiamo trovato questa leadership sia per attivare il percorso sia per portarlo avanti nella direzione del miglioramento continuo.

Per quanto riguarda il secondo elemento, abbiamo trovato un personale che non si è tirato indietro ma che ha capito, grazie anche al nostro percorso formativo, che solo collaborando – con unità diverse, con il management, con noi consulenti – sarebbe stato possibile rinnovare il trattamento dei pazienti in maniera più efficace ed efficiente.

Il nostro lavoro è stato quindi facilitato anche se, per dirla con le parole di Machiavelli, comunque *“pericoloso da guidare e di incerto successo”*. Abbiamo avuto a nostro favore due risorse chiave: un team di aziende affiatato con specializzazioni complementari (medicina e management) e un metodo ormai sperimentato.

Concludiamo il progetto lasciando, e qui lo testimoniano i risultati, un'organizzazione ancora più centrale nella sanità sarda di quanto non lo fosse in precedenza. Lasciamo inoltre una *“cassetta degli attrezzi”* che riteniamo sarà utile al personale per smussare gli angoli dei percorsi già creati e per svilupparne altri.

E' con grande piacere che abbiamo quindi contribuito a questo volume sperando che il cammino del Brotzu sia di ispirazione per un numero sempre maggiore di strutture in Sardegna e in Italia.

Prefazione del Prof. Francesco Di Stanislao

Presidente ASIQuAS, Associazione Nazionale per la Qualità delle Cure Sanitarie e Sociali

Professore Ordinario di Igiene al Politecnico delle Marche, Ancona

Il progetto-intervento realizzato nell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari rappresenta un importante esempio di come trasformare le "parole" della qualità in sanità in oggetti/azioni concrete finalizzate al miglioramento continuo delle performance dei servizi.

Come Presidente di ASIQuAS voglio evidenziare come gli oggetti/concetti/interventi che compongono il puzzle del progetto Brotzu (*efficacia, efficienza, coinvolgimento degli operatori, centralità degli utenti, accreditamento, integrazione inter-disciplinare/professionale/settoriale, Clinical Pathway, ciclo PDCA*) fanno da sempre parte del patrimonio storico del mondo della qualità.

Il gruppo di lavoro dopo aver condiviso questa "cassetta degli attrezzi" ha riletto e riadattato, in modo molto originale, gli strumenti alle finalità del progetto con un metodo di lavoro che ha tradotto nella pratica della progettazione e messa in opera la logica dell' *integrazione inter-disciplinare/professionale/settoriale* tra le componenti operative locali.

Così il nuovo modello di *accreditamento* nazionale definito nell'intesa Stato, Regioni, P.A. del 2012¹ (*modello nato dopo 20 anni della legge 502/92*²) è stato "contaminato" con i modelli "aziendalistici" di analisi organizzativa³ ed ha prodotto nuovi strumenti, la Matrice di Analisi Organizzativa (MAO) e il Tableau multidimensionale per la Governance Aziendale (TAGO) che hanno permesso, congiuntamente ai dati forniti da programmi nazionali (es. PNE⁴) l'assessment organizzativo e l'analisi di posizionamento dell'azienda.

L' *integrazione e coinvolgimento inter-disciplinare/professionale/settoriale* è stato il naturale *humus* per la stesura dei PCA/PDTA che sono in corso di attivazione nell'azienda. I *Clinical Pathway* sono strumenti fondamentali per perseguire gli obiettivi di *efficacia, appropriatezza, efficienza dell'assistenza, di soddisfazione della persona assistita* e dei care-giver e sono il collante per garantire il reale funzionamento delle *reti/network* professionali, intra/inter aziendali. I PCA/PDTA proposti sono ottimi esempi di percorsi che possono essere ripresi, nella struttura logica da parte di altre strutture, ma devono essere adattate alle risorse specifiche di ogni organizzazione.

Una lettura più profonda di tutta la "strumentazione" messa in campo fa emergere i riferimenti concettuali di base individuati dai "maestri" della qualità : A. Donabedian⁵ con la sua tripartizione dei processi di valutazione (in Struttura, Processi, Esiti), W. Edwards Deming⁶ con l'elaborazione del ciclo di miglioramento continuo (PDCA: Plan-Do-Check-Act) e J Øvretveit⁷ con la sua tripartizione delle prospettive di analisi/lettura della qualità (Professionale, Percepita, Manageriale).

1. Intesa Governo, Regioni e P.A su "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento" (Rep. 259/CSR, del 20/12/2012)

2. Decreto legislativo 30 dicembre 1992 , n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

3. Vaccani R.: La sanità incompiuta : proposte ed esperienze di organizzazione del lavoro in sanità. Nuova Italia Scientifica, Roma 1991

4. Programma Nazionale Esiti: http://95.110.213.190/PNEedizione16_p/

5. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund. Quarterly, 1966, 44: 166–203.

6. Deming, W.E. 1950. Elementary Principles of the Statistical Control of Quality, JUSE

7. Øvretveit J. Health Service Quality, Blackwell Scientific Press. 1992, Oxford.

Riferimenti concettuali che hanno come sfondo il tema della complessità, ben stigmatizzato nella famosa espressione di Edgar Morin⁸ *“L’ambizione della complessità è di rendere conto delle articolazioni che sono spezzate dai tagli fra discipline, fra categorie e fra tipi di conoscenza. L’aspirazione alla complessità tende alla conoscenza multidimensionale. Non è tuttavia quella di dare tutte le informazioni possibili sul fenomeno studiato, ma di rispettarne le sue dimensioni. Il pensiero complesso, pur aspirando alla multidimensionalità, comporta nel suo cuore un principio di incompletezza e di incertezza ... Noi conosciamo delle realtà, ma non la realtà: la complessità è il contrario della completezza, e non la sua premessa”*. Tale approccio che, come *“mondo della qualità”*⁹, dobbiamo sempre più contrapporre ai profondi limiti delle premesse epistemologiche presenti negli approcci monoprofessionali nei contesti organizzativi, siano questi intesi come gruppo (categoria professionale, servizio, unità operativa, ecc.) o come sistema-organizzazione.

Il *“progetto Brotzu”* per i solidi fondamenti concettuali e l’avvio della sperimentazione rappresenta un buon auspicio per il futuro da cui i cittadini attendono un miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e i professionisti suggerimenti e strumenti per garantirne la realizzazione e lo sviluppo nel tempo. Possiamo così continuare a perseguire gli obiettivi che nel lontano 1914 Ernest Amory Codman¹⁰, tra i più importanti chirurghi degli USA di quel periodo e tra i padri fondatori dell’accreditamento in sanità, auspicava per gli ospedali:

Mi definiscono eccentrico per aver detto in pubblico che gli ospedali, se vogliono essere sicuri di migliorare, devono:

1. *mostrare i loro risultati*
2. *analizzare i loro risultati per accertare quali siano i punti forti e i punti deboli*
3. *confrontare i loro esiti con quelli degli altri ospedali*
4. *trattare solo i casi per i quali siano in grado di fare una buona assistenza ed evitare di tentare di prendere in carico casi per i quali non sono qualificati*
5. *non pretendere che il lavoro che fanno sia un’attività competitiva alla carità*
6. *assegnare per il trattamento dei casi ai medici sulla base di criteri migliori dell’anzianità, del calendario o delle convenienze del momento*
7. *insegnare l’etica agli studenti di medicina attraverso l’esempio invece delle lezioni*
8. *pubblicizzare non solo i loro successi ma anche i loro errori, , in modo che il pubblico possa dare loro il proprio aiuto quando è necessario*
9. *collegare la carriera degli operatori sulla base della dovuta considerazione di ciò che possono e fanno per i loro i pazienti.*
10. *Queste opinioni non saranno giudicate eccentriche tra alcuni anni.*

Molti obiettivi sono già stati perseguiti, ma abbiamo ancora molto cammino da compiere.. e il *“progetto Brotzu”* è un sicuro punto di riferimento.

8. Morin E.: Sur la définition de la complexité. Communication au colloque Science et Pratiques de la complexité, TheUnited Nation University, Montpellier, mai 1984

9. Di Stanislao F. e G. Noto: *“Sviluppo organizzativo quality-oriented: un quadro concettuale ed un’ipotesi di lavoro per le Aziende sanitarie”*. Mecosan, 1999, VIII – N° 31: 23-36

10. Brand R.A. - Biographical Sketch: Ernest Amory Codman, MD (1869–1940) Clin Orthop Relat Res. 2013 Jun; 471(6): 1775–1777. Published online 2012 Dec 18. doi: 10.1007/s11999-012-2750-4

Introduzione della Dr.ssa Graziella Pintus

Direttore Generale Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”

Il progetto sviluppato in questi anni al “G. Brotzu”

Il progetto presentato in questo volume ha preso spunto dalla volontà espressa dalla Direzione Strategica aziendale di attivare nella Azienda Ospedaliera “Brotzu” di Cagliari dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali o Percorsi Clinico Assistenziali per le principali patologie trattate nelle sue articolazioni interne.

E poiché le buone iniziative vanno portate avanti, nonostante l'avvicinarsi delle Direzioni, il progetto, avviato nel 2012, è proseguito ed è tuttora in corso. La nostra Azienda ha una sua tradizione di performance cliniche molto significativa e un corpus di operatori sanitari molto qualificato.

Fu richiesto e concordato con i partner esterni che nello sviluppo del progetto si doveva utilizzare un approccio con un forte ancoraggio in letteratura scientifica e in norme recenti, vedi il nuovo “*Disciplinare per la revisione della normativa di accreditamento*”, del 20 dicembre 2012, e allo stesso tempo con una larga partecipazione del personale per promuovere la presa in carico dei percorsi e l'adattamento al contesto organizzativo.

A oggi il progetto ha prodotto i seguenti PDTA/PCA: Ictus ischemico, Dolore toracico e IMA, Trauma Maggiore, Percorso Nascita, Trapianto di Rene, Neoplasie della Mammella. E' in via di completamento il percorso del paziente con Talassemia.

Inoltre sono state realizzate Procedure aziendali relative a: Assistenza al paziente con Trauma Maggiore (codice rosso) in P.S.; Assistenza al paziente con Trauma Maggiore (codice giallo) in P.S.; Sorveglianza, controllo e prevenzione della tubercolosi in ambito ospedaliero; Trasferimento pazienti adulti con: aereo militare, aereo di linea, elisoccorso (a partire dal protocollo esistente in azienda); Trasferimento pazienti pediatrici, compreso il paziente cardiopatico, con aereo militare, aereo di linea, elisoccorso (a partire dal protocollo esistente in azienda); Infezioni ospedaliere: rilevazione infezioni da germi multi resistenti.

Obiettivo elevare il livello di qualità nella gestione clinica

Obiettivo generale del progetto sviluppato è stato elevare il livello di qualità nella gestione clinica rendendo gli operatori sanitari dell'Azienda protagonisti di un cambiamento che prima che essere organizzativo e gestionale è culturale. Si è trattato di far acquisire ai colleghi una visione di insieme dei processi assistenziali tale da “*pensare*” i percorsi assistenziali dei pazienti in una ottica di presa in carico e continuità assistenziale. Non più un orizzonte proprio alla singola Struttura Complessa o Semplice, ma il processo assistenziale con al centro il paziente nella sua interezza.

Le attività di assessment organizzativo iniziale hanno consentito alla Direzione Aziendale di cogliere il livello di qualità diffusa presente nelle singole articolazioni aziendali e di individuare le azioni di miglioramento possibile per garantire un allineamento dinamico delle stesse rispetto agli standard richiesti nei PDTA/PCA redatti e approvati. Infatti, individuati gli strumenti del governo clinico, tra cui PDTA/PCA, e definiti gli obiettivi sanitari, diventano indispensabili le attività di controllo di gestione e budget da un lato, e di *Clinical Audit* dall'altro, per il monitoraggio e la verifica dei risultati raggiunti.

Risultati che vanno valutati sia in termini di aderenza degli esiti clinici agli obiettivi stabiliti, che di risultati economici con conseguente ricaduta finanziaria.

Centralità del paziente e ruolo della clinica

Come Azienda diamo molta importanza alla centralità del paziente e al ruolo dei nostri operatori.

Abbiamo intenzione di sviluppare ulteriormente le attività che consentano un maggiore coinvolgimento dei pazienti e delle loro associazioni nella gestione dei processi assistenziali e nella condivisione, gestione monitoraggio degli stessi PDTA/PCA realizzati e delle Procedure Aziendali.

Poiché l'*Audit clinico* è un processo volontario attraverso il quale i medici e gli altri operatori sanitari, regolarmente e sistematicamente, effettuano una revisione della propria pratica clinica e, ove necessario, la cambiano, intendiamo sviluppare in modo sistematico tale attività rendendola permanente presso la nostra Azienda. L'*Audit clinico* entra nel merito dei contenuti professionali e comporta la revisione tra pari ad opera degli stessi professionisti che hanno erogato l'assistenza. Quindi è centrale il riconoscimento della loro professionalità e del valore delle loro competenze tecniche e relazionali da implementare nel tempo con tutte le pratiche di partecipazione attiva e di formazione possibili.

E' nostra intenzione utilizzare strumenti di implementazione e monitoraggio che possano interessare tutti i processi, dalle procedure diagnostiche ai trattamenti, alla presa in carico del paziente, tenendo in considerazione il relativo uso di risorse e gli esiti di salute conseguiti coinvolgendo in modalità interattive i clinici, gli operatori sanitari e i pazienti.

Il desk direzionale per il governo clinico

Attraverso l'attività di *assessment* prevista nella fase iniziale del progetto, che ha interessato tutte le articolazioni aziendali tramite la messa a punto e la somministrazione di Matrici di Analisi Organizzativa e di Schede di Autovalutazione, compilate dagli operatori sanitari, dopo specifica formazione, e applicando il *Metodo Dhelpi*, con il supporto dei referi esperti del team di progetto, è stato possibile tradurre i dati qualitativi raccolti in dati quantitativi. Questo ha permesso di alimentare *TAGO, Tableau Multidimensionale per il Governo Clinico*, con cui l'Azienda si è dotata di uno strumento per il governo clinico completo di indicatori di struttura, processo e esito al fine di monitorare l'applicazione dei singoli PDTA/PCA e le loro performance. L'obiettivo era quello di fornire ai valutatori uno strumento che rendesse omogenee e coerenti (e quindi confrontabili) le valutazioni, potendo al tempo stesso diventare un cruscotto direzionale, utilizzabile dal *top management* aziendale per avere un quadro completo della situazione della nostra Azienda e per indirizzare eventuali azioni di miglioramento degli aspetti organizzativi.

Integrare gli obiettivi dei PDTA nel budgeting e nel reporting aziendale

Come Azienda ora possiamo integrare le schede di budgeting delle singole Strutture Complesse con gli indicatori e gli standard dei PDTA/PCA e delle Procedure Aziendali in modo da rendere coerente la strumentazione strategica aziendale rispetto agli obiettivi assunti sia in sede di redazione dell'Atto Aziendale 2017, sia in quanto obiettivi affidati a AOB dal Piano Sanitario Regionale 2017.

Connettere obiettivi clinici e obiettivi economici, efficacia ed efficienza, appropriatezza e sicurezza e qualità delle cure tramite strumenti di governance aziendale è la sfida attuale con cui intendiamo cimentarci.

Le garanzie di qualità, sicurezza e performance del polo ospedaliero

L'estensione dei PDTA/PCA e delle Procedure aziendali realizzate a tutti e tre i presidi ospedalieri ora integrati nella nostra Azienda ci ha permesso di verificare le disponibilità, la volontà di partecipare e gli apporti professionali dei nostri clinici e dei nostri operatori sanitari.

Questo ci ha permesso di sensibilizzare in modo uniforme il personale di tutti e tre i presidi ospedalieri sui temi della qualità, sicurezza, efficacia, efficienza e appropriatezza delle cure, nonché sui temi della presa in carico e della continuità delle cure.

Inoltre la riorganizzazione aziendale, in base al nuovo Atto Aziendale di recente approvazione, si basa su un modello di azienda "*trasversale*" e "*integrata*" in Dipartimenti trasversali, che trova elementi utili di integrazione proprio nella progettazione e gestione concreta dei PDTA/PCA e delle Procedure Aziendali vissute come strumenti di ottimizzazione dei processi di cura e assistenziali "*trasversali*" e "*unitari*" per tutta l'Azienda.

Queste attività sono anche finalizzate a garantire livelli crescenti di qualità, sicurezza e performance del polo ospedaliero "*G. Brotzu*", con una necessaria proiezione ad una integrazione anche con i servizi territoriali delle ASL territoriali di riferimento per garantire le dimissioni protette e la presa in carico e la continuità delle cure necessarie ai pazienti acuti dimessi, ma ancora bisognosi di riabilitazione e assistenza anche domiciliare.

La accountability verso gli stakeholders del territorio

Quanto fino ad ora realizzato e presentato nel presente volume rappresenta una base di accountability nuova verso tutti gli stakeholders a cui deve fare riferimento la nostra Azienda.

Per la prima volta è possibile rendere trasparenti ed espliciti i risultati delle prassi assistenziali rendendole intellegibili e confrontabili a tutti i terzi interessati. Tutto questo si aggiunge e integra altri strumenti già consolidati (bilancio economico finanziario, budgeting, reporting, bilancio sociale, audit civico, etc), fornendo per la prima volta elementi di autovalutazione da parte degli operatori sanitari attraverso strumenti di assessment organizzativo e di analisi quali quantitativa.

La sfida per la nostra Azienda è ora consolidare l'uso di questi strumenti e renderli sistemici all'interno della strumentazione per il governo clinico ed economico finanziario aziendale.

Introduzione del Dott. Vinicio Atzeni

Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”

Nel Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) è in atto un processo di profondo cambiamento organizzativo che condurrà nei prossimi anni ad una modifica dell’approccio all’emergenza, alle cure territoriali e ospedaliere.

L’evoluzione normativa, organizzativa e strutturale sta infatti orientando il SSR verso fondamentali trasformazioni i cui effetti impongono anche all’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” un adeguamento organizzativo, strutturale e “*normativo interno*” per poter rispondere al nuovo ruolo ad essa assegnato.

Per rispondere a tale sfida la Direzione Strategica di AOB intende perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- Assicurare il coordinamento e l’integrazione dell’attività dell’AOB con le Aziende Ospedaliere-Universitarie, con l’Azienda per la Tutela della Salute, con l’Azienda dell’emergenza e Urgenza della Sardegna e con gli altri soggetti erogatori pubblici e privati;
- Promuovere l’umanizzazione dei servizi sanitari, garantendo il supporto psicologico ai pazienti, in particolare ai bambini e ai loro familiari e sostenendo il personale sanitario sottoposto a particolari fattori di stress, anche attraverso la previsione di apposite articolazioni organizzative deputate all’assolvimento di dette funzioni;
- Garantire l’uniformità dei risultati nella promozione, tutela, cura e assistenza della salute, indipendentemente dal territorio di residenza, dalla struttura di primo contatto con il SSR e di presa in cura post-acuzie;
- Promuovere la sicurezza dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali, sia per i cittadini che per gli operatori, sia all’interno che all’esterno delle strutture sanitarie;
- Sostenere la formazione degli operatori e la valorizzazione delle competenze professionali.

A tal fine nell’Atto Aziendale dell’AOB è stato infatti previsto di:

- Rafforzare i percorsi trasversali tra gli stabilimenti ospedalieri aziendali (Dipartimenti strutturali trasversali ai tre stabilimenti ospedalieri);
- Rafforzare il ruolo di HUB, attraverso la piena partecipazione ai processi di standardizzazione delle procedure assistenziali di riferimento regionale, ai percorsi di accreditamento dei centri specialistici nelle reti di cura, in termini di competenze, di processi (linee guida, PDTA) e di casistica prodotta (volumi, esiti), nonché delle metodologie di governo delle reti assistenziali;
- Garantire la piena integrazione di competenze, strutture, tecnologie e percorsi con le altre strutture ospedaliere, territoriali e della prevenzione presenti su tutto il territorio regionale;
- Definire le modalità attraverso le quali AOB favorisce la partecipazione dei cittadini alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento.

L’AOB, per altro, eroga assistenza sanitaria poli specialistica, anche di rilievo nazionale e internazionale, nell’ambito dell’emergenza-urgenza in qualità di DEA di II livello, della medicina dei trapianti, delle patologie oncologiche, delle patologie pediatriche e delle patologie rare.

Costituisce HUB di riferimento regionale per le reti di cura oncologica, pediatrica, trapiantologica, terapia del dolore e malattie rare, ed HUB di riferimento per il Sud Sardegna per le altre reti di patologia individuate

dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 6/15 del 2.2.2016 [*“Programma di riorganizzazione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna”*].

L'analisi degli esiti delle prestazioni sanitarie svolte nell'ambito del progetto presentato nel presente volume ha indagato il livello qualitativo delle prestazioni erogate dalla struttura per il tramite dell'osservazione e misurazione di alcuni indicatori ritenuti in letteratura maggiormente rilevanti.

L'analisi è stata condotta sulla scorta dei dati ufficiali forniti dal Ministero della Salute e compresi in due distinti programmi di valutazione degli esiti: PNE e SIVEAS.

E' stato sviluppato un confronto con altre strutture ospedaliere non universitarie, che seppur differenti dal *“G. Brotzu”* a livello dimensionale, sono tra le più note a livello nazionale: l'A.O. *“Ca' Granda – Niguarda”* di Milano, l'A.O. *“San Camillo – Forlanini”* di Roma e l'A.O. *“Cardarelli”* di Napoli.

Per una maggiore completezza ed accuratezza dell'analisi, in considerazione anche di alcune peculiarità del territorio, l'analisi comparativa è stata estesa non solo alle strutture benchmark, ma anche a tutte le strutture del territorio sardo. Per il *“G. Brotzu”* è stata anche collezionata ed evidenziata la serie storica del livello di performance degli indicatori sensibili dell'ultimo quinquennio.

I risultati emersi dall'attività di indagine sulla molteplicità di indicatori considerati dai programmi nazionali sopracitati hanno fatto emergere una posizione di generale vantaggio del *“G. Brotzu”* nei confronti degli altri attori presenti sul territorio sardo ed un ottimo posizionamento anche in relazione ai benchmark nazionali. Questo a conferma del ruolo di AOB come punto di riferimento nel SSR della Sardegna nell'alta complessità assistenziale.

Recentemente la Regione Sardegna ha deciso di accorpate nell'Azienda Ospedaliera *“G. Brotzu”* di Cagliari i Poli Ospedalieri Pediatrico e Talassemico e Oncologico già Presidi ospedalieri della ex ASL di Cagliari. Questo processo di incorporazione e integrazione implica complessi problemi gestionali e organizzativi e di governo clinico del *“nuovo”* AOB. Di conseguenza AOB, quindi, è strutturata in un Presidio Ospedaliero unificato, articolato su tre stabilimenti ospedalieri, rispettivamente:

- Stabilimento *“San Michele”*, DEA Di II Livello E HUB Regionale per la Rete dei Trapianti;
- Stabilimento *“Armando Businco”*, HUB Regionale per la Rete delle Malattie Oncologiche;
- Stabilimento *“Antonio Cao”*, Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Rare e Talassemie e HUB dell'assistenza Pediatrica connesso al *“San Michele”* per le attività pediatriche di emergenza e urgenza.

A fronte di questi cambiamenti e dell'avvio dei conseguenti processi di integrazione la qualità dell'attività assistenziale in AOB dovrà essere perseguita attraverso azioni volte a:

- Promuovere Percorsi Assistenziali in grado di avvalersi delle diverse e specifiche competenze professionali allo scopo di realizzare un'assistenza appropriata, basata sui bisogni complessivi dei destinatari, fondata sulle migliori evidenze scientifiche, nonché ispirata al principio delle cure progressive in relazione alle caratteristiche di intensità e complessità degli interventi necessari nell'ambito degli specifici processi clinici. Gli obiettivi di salute prefissati, dichiarati e monitorati, verranno conseguiti integrando molteplici competenze professionali attraverso la condivisione dei Percorsi Assistenziali basati sia sul lavoro d'equipe che su un'organizzazione sinergica tra le strutture coinvolte;
- Promuovere la umanizzazione delle cure garantendo, nelle varie fasi di presa in carico del paziente, la cura del dolore a tutela costante della dignità della persona e assicurare percorsi protetti per i soggetti deboli affetti da patologie di particolare gravità;
- Assicurare agli utenti, in coerenza con la funzione di azienda *“HUB”* e di riferimento regionale, la conoscenza dell'offerta assistenziale e la possibilità di usufruire, in maniera appropriata, dei servizi dei quali hanno bisogno, nel tempo e nel luogo più opportuno, nel limite delle risorse disponibili;
- Adeguare, con continuità e coerenza, le azioni, i comportamenti e il servizio prodotto alle necessità della persona assistita e alle priorità e agli obiettivi fissati dall'azienda, al fine di assicurare la compatibilità delle azioni con gli impegni assunti e i risultati attesi nelle tempistiche dichiarate;
- Offrire prestazioni in condizioni di tutela del rischio legato a possibili fattori ambientali con riferimento agli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi, sia per gli utenti che per gli operatori;

- Garantire la tracciabilità delle attività assistenziali erogate attraverso una corretta gestione della documentazione sanitaria e la trasparenza dei processi decisionali clinici, e comunque nel rispetto e nella tutela del trattamento dei dati concernenti lo stato di salute della persona assistita.

AOB, per strutturare il processo di integrazione tra i tre stabilimenti ospedalieri, ha adottato l'organizzazione dipartimentale come modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività. Il Dipartimento viene dotato di autonomia tecnico-professionale e di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti. I Dipartimenti Sanitari assicurano il governo clinico dell'area dei servizi sanitari, sia in termini di processo decisionale finalizzato ad assicurare l'obbligo di qualità tecnica delle prestazioni e dei servizi, sia in termini di partecipazione dei professionisti alle decisioni di carattere strategico, organizzativo e gestionali.

Pertanto, l'organizzazione dell'AOB rafforza il modello dipartimentale e il ruolo attribuito ai Dipartimenti Strutturali allo scopo di favorire il raggiungimento degli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici di assistenza ospedaliera, in coerenza con le recenti leggi di riforma del sistema sanitario regionale e le indicazioni nazionali (D.M. n. 70/2015).

Il modello dipartimentale strutturale è finalizzato a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali. A tal fine, ai Dipartimenti Strutturali è attribuita una dotazione di risorse e il budget dipartimentale, la cui gestione è affidata al Direttore di Dipartimento.

I Dipartimenti Strutturali sono dotati di autonomia tecnico-professionale, nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite dalla direzione aziendale.

I Dipartimenti Funzionali, invece, sono finalizzati esclusivamente al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari, già aggregate nei Dipartimenti Strutturali o direttamente afferenti alla Direzione Aziendale, non sono dotati di risorse e budget dipartimentale, sono equiparati a gruppi di progetto permanenti con direzione svolta a titolo non oneroso, di norma, da uno dei Direttori di Struttura Complessa afferente al Dipartimento.

La Direzione Sanitaria, per garantire il governo clinico di AOB, ha visto definite le sue competenze nel nuovo Atto Aziendale finalizzate alla partecipazione al processo di pianificazione strategica e al concorso al governo aziendale con particolare riferimento alle seguenti responsabilità specifiche:

- Partecipare al processo di programmazione e controllo dell'AOB, nell'ambito della Direzione Aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte;
- Espletare funzioni di direzione tecnico-organizzativa dell'attività sanitaria, avvalendosi delle competenti strutture di riferimento, in conformità agli indirizzi generali di pianificazione e nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli dirigenziali;
- Sovrintendere all'integrazione dei rapporti tra i Dipartimenti Sanitari di produzione, la Direzione Medica di Presidio e il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, al fine di armonizzare le relative funzioni e attività e garantire il raccordo funzionale e operativo nelle specifiche aree di competenza;
- Sovrintendere alle funzioni di produzione ed erogazione e di promozione della sicurezza di cittadini e operatori, coordina i Direttori dei Dipartimenti Sanitari, con riferimento all'organizzazione e all'appropriatezza della produzione di servizi e prestazioni, monitora e verifica il volume, la qualità e i risultati dell'attività assistenziale, avvalendosi della Direzione Medica Unica di Presidio Ospedaliero e delle strutture organizzative di riferimento;
- Curare il coordinamento con le Aziende Sanitarie Regionali, tenendo conto dell'evoluzione del sistema e del ruolo dell'ospedale nella rete dei servizi: monitora il livello dei servizi e delle prestazioni erogate rispetto a quelle previste a livello regionale e da parte dell'ATS, l'accesso tempestivo e appropriato ai servizi sanitari, la continuità dell'assistenza, l'integrazione dei percorsi assistenziali fra l'AOB e i servizi sanitari dell'ATS.

La Direzione Sanitaria è preposta al governo clinico dell'Azienda Ospedaliera, sia con riferimento alla qualità e all'efficienza tecnica ed operativa della produzione e distribuzione dei servizi sanitari, sia attraverso l'integrazione dei singoli prodotti in singole prestazioni o in programmi di assistenza. La responsabilità igienico sanitaria delle strutture ed il coordinamento operativo dei servizi è delegata alla Direzione Medica Unica di Presidio.

Elemento centrale per la garanzia della qualità delle prestazioni in AOB è, quindi, garantire una “*qualità diffusa*” nelle articolazioni interne dell’Azienda, una sua misurabilità e un suo monitoraggio. L’obiettivo centrale delle attività di progetto svolte in AOB in questi anni è stato proprio quello di uniformare i requisiti e le garanzie che le articolazioni aziendali dovevano essere in grado di mantenere nel tempo tramite attività di assessment organizzativo, di audit e con il monitoraggio degli indicatori di performance clinica connessi ai Percorsi Diagnostico e Terapeutici e alle Procedure Aziendali sviluppati da gruppi interprofessionali e interdisciplinari di operatori AOB.

Le attività di Assessment organizzativo e la loro traduzione in un desk direzionale per il governo clinico con la traduzione di dati qualitativi, generati da attività di autovalutazione dei professionisti, a dati quantitativi ha consentito di acquisire una lettura della qualità dell’organizzazione interna.

Il significato di TAGO, *Tableau per la Governance Clinica*, è proprio quello di dotare l’Azienda di un desk direzionale, di uno strumento dinamico, puntuale, sintetico e in evoluzione, tale da consentire una lettura d’insieme delle articolazioni aziendali individuandone i punti di forza e le eventuali loro criticità da rendere oggetto di azioni di miglioramento specifiche. Il suo riferimento, oltre ad autori presenti in letteratura scientifica, è al nuovo “*Disciplinare per l’Accreditamento delle strutture Sanitarie*”, emanato dalla Conferenza Stato-Regioni nel Dicembre 2012, il che consente una forte base concettuale e scientifica.

Le stesse prime attività di monitoraggio svolte con audit organizzativi e clinici hanno permesso di verificare le nuove performance delle Strutture Sanitarie Complesse e Semplici coinvolte nella gestione dei PDTA attivati. Il che va a merito dei colleghi delle stesse che hanno dimostrato non solo di riuscire a lavorare in modo diverso e più qualificato, ma anche di sapere valorizzare le loro competenze scientifiche e professionali.

Da ora in poi sta proprio ai clinici e agli operatori sanitari di AOB dimostrare la loro capacità di consolidare l’uso degli strumenti di governo clinico realizzati sia in una ottica strettamente professionale che in un approccio di accountability verso gli stakeholders e i cittadini. E’ una grande sfida che vogliamo vincere insieme.

Cap.1 – Il progetto di Giorgio Banchieri¹

Questo capitolo vuole essere un breve abstract introduttivo per presentare in sintesi lo sviluppo delle attività progettuali svolte nella azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari, che verranno più diffusamente specificate nei capitoli successivi, attività finalizzate a supportare l’impianto di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali in una realtà ad alta complessità assistenziale.

Il progetto prese avvio dalla esigenza espressa dalla Direzione Strategica aziendale di attivare nella Azienda Ospedaliera “Brotzu” di Cagliari dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali o Percorsi Clinico Assistenziali per le principali patologie trattate nelle sue articolazioni interne (SSC, Strutture Complesse, o SSD, Strutture Semplici a valenza Dipartimentale).

L’Azienda Ospedaliera ha una sua tradizione di performance cliniche molto significativa e un corpus di operatori sanitari molto qualificato. E’ sede di DEA e è HUB per diverse reti specialistiche regionali.

L’azienda per altro aveva già vissuto in passato un tentativo di accreditamento all’eccellenza con il supporto della *Joint Commission International*, che però non era andato a regime, interrompendosi in corso d’opera.

Tra la Direzione Strategica Aziendale e il Gruppo di Progetto del RTI, aggiudicatario della prima gara svolta, ci si è confrontati molto su come definire il Progetto Esecutivo, tenendo conto della storia pregressa della azienda e dei mutamenti in atto.

Uno dei problemi immediati che il gruppo di progetto si è posto era a cosa ancorare l’insieme di strumenti di analisi scelti a supporto dell’intervento previsto.

Il Gruppo di Progetto decise allora di tener conto di quanto stava emergendo dal Tavolo Tecnico per la definizione dei Nuovi Criteri per l’Accreditamento delle strutture sanitarie in sede di Conferenza Stato Regioni.

Il Tavolo aveva avviato una revisione della legislazione regionale esistente sull’accreditamento e una valutazione del suo impatto sui SSR. In particolare Carlo Liva, allora Coordinatore del Tavolo in AGENAS, attivò una analisi delle dimensioni, dei requisiti e dei criteri della qualità presenti nei programmi di accreditamento istituzionale delle Regioni italiane [Agosto, 2009]

Furono coinvolte le seguenti Regioni : Liguria, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Abruzzo, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Marche, Campania, Puglia e Sicilia.

A base del lavoro svolto vi era la necessità sia in ambito nazionale sia regionale, di una condivisione degli elementi costitutivi dei sistemi di autorizzazione e/o accreditamento, anche in considerazione degli indirizzi europei (*Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011- concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera*), volti a promuovere meccanismi di cooperazione tra gli Stati membri per garantire l’accesso ad un’assistenza sanitaria sicura e di qualità nell’ambito dell’Unione Europea.

I dati emersi con il supporto di AGENAS non erano confortanti come stato dell’arte dell’accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Il Tavolo attivò una verifica condivisa dei criteri presenti in tutte le leggi regionali su cui era possibile una convergenza e definì un ancoraggio forte alle dimensioni della qualità confermate in documenti OMS [*Quality of care*] e in letteratura scientifica.

Da questo percorso ha preso vita il nuovo “*Disciplinare per la revisione della normativa di accreditamento*” il 20 dicembre 2012, che le diverse Regioni dovevano recepire successivamente.

Queste “*criteri – dimensioni*” erano anche raggruppabili secondo lo schema classico “*struttura – processo – esito*” di Avedis Donabedian (1980), noto agli studiosi dei sistemi di qualità in sanità.

1. Direttore del Progetto

Il Gruppo di Progetto decise di ancorare la strumentazione da utilizzare per l'analisi organizzativa a questo algoritmo concettuale utilizzando strumenti già testati in altri contesti aziendali, ma revisionati e allineati a questo schema di riferimento.

Si voleva utilizzare un approccio che avesse un forte ancoraggio in letteratura scientifica e in norme recenti e allo stesso tempo fosse più agile e compatto di strumentari più complessi propri dei modelli tipo *Joint Commission International* (> di 1.800 indicatori e standard) di difficile utilizzo per altro in una azienda che aveva vissuto non troppo in remoto un percorso all'eccellenza che si era interrotto in corso d'opera, come già evidenziato.

Partendo da tutte queste considerazioni il Gruppo di Progetto, come esplicitato nei successivi Capitoli del presente volume, si è trovato davanti, quindi, all'esigenza di:

- Analizzare il posizionamento della azienda rispetto alle altre aziende della Regione Sardegna e rispetto alle altre aziende ospedaliere di rilevanza nazionale presenti nei siti/portali nazionali del Ministero della Salute, quali il PNE e il SIVEAS;
- Individuare per volumi e pesi i DRG maggiormente incidenti sulle attività complessive della azienda e in specie nei suoi Dipartimenti clinici e servizi di supporto (radiologia, laboratorio analisi, etc.);
- Proporre alla Direzione strategica aziendale quali PDTA e/o PCA impiantare ai fini di mettere sotto controllo a livello di performance clinica (volumi e pesi dei principali DRG trattati), organizzativa e gestionale (economico finanziaria) parti importanti delle attività assistenziali svolte;
- Individuare e formare gli operatori sanitari a cui affidare il ruolo di *"facilitatori"* all'interno delle SSC, Strutture Complesse, o SSD, Strutture Semplici a valenza Dipartimentale, da coinvolgere sia dal punto di vista del loro ruolo *"formale"* che *"informale"* tramite metodologie di analisi come la *Social Network Analysis*;
- Attivare i gruppi di lavoro multi professionali e multidisciplinari e multi *"setting"* per la redazione dei PDTA/PCA, scelti dalla Direzione strategica in base alle analisi svolte, tra i *"facilitatori"* selezionati;
- Mettere a punto strumenti di autovalutazione per raccogliere dati qualitativi sulle singole SSC e SSD e per poi trasformarli, applicando il *Metodo Delphi*, in dati quantitativi e trasferirli su un *Tableau per la Governance Aziendale*, allo scopo progettato, per monitorare il livello di qualità diffusa in tutta l'azienda ai fini di individuarne eventuali punti di forza o criticità su cui attivare azioni mirate di miglioramento;
- Redazione dei PDTA/PCA definiti dalla Direzione Strategica aziendale e testarne l'operatività con set di indicatori e standard definiti dagli stessi gruppi di lavoro attivati;
- Redazione di alcune Procedure Aziendali rilevanti anche per la messa in sicurezza di operatori e pazienti e a supporto della gestione dei PDTA/PCA redatti e impiantati;
- Attivare audit organizzativi e clinici per monitorare le attività svolte nell'ambito dei primi PDTA/PCA attivati.

1. L'analisi del posizionamento dell'azienda.

L'analisi di posizionamento

E' stata la prima attività svolta all'interno del progetto. Aveva l'obiettivo di verificare la struttura in alcuni dei suoi aspetti gestionali più rilevanti e quindi di poter delineare un quadro complessivo della stessa per valutarne il livello di *assessment* organizzativo e di *assessment* clinico a supporto delle finalità di cambiamento organizzativo che il progetto stesso si prefiggeva. Capire il livelli di performance aziendali era preconditione condivisa alla scelta di quali PDTA/PCA impiantare prioritariamente.

Pertanto si è iniziato ad analizzare il posizionamento dell'azienda rispetto ai flussi informativi ospedalieri in confronto alle buone pratiche esistenti in osservatori nazionali quali PNE, Programma Nazionale Esiti, che SIVEAS. Questo in riferimento sia alle altre aziende sanitarie della Regione Sardegna, che a livello nazionale in termini di volumi, efficacia e efficienza, nonché appropriatezza delle prestazioni erogate.

In particolare si è lavorato anche alla creazione di un *"cluster"* di confronto con alcune aziende ospedaliere di rilevanza nazionale, come il *"G. Brotzu"*, con analoghi livelli di complessità assistenziale e non policlinici universitari. L'analisi di posizionamento ha messo a confronto i flussi informativi esistenti per consentire di capire

i livelli di performance del “G. Brotzu” rispetto alle altre aziende del cluster, che erano l’A.O. “Cà Grande Niguarda” di Milano, l’A.O. “San Camillo Forlanini” di Roma, l’A.O. “Cardarelli” di Napoli. Da questo lavoro è derivata anche una puntuale verifica della qualità dei flussi che l’azienda generava verso il Ministero della Salute, individuando anche criticità e non conformità esistenti, su cui si è intervenuti. Queste attività hanno consentito di riposizionare il “G. Brotzu” rispetto ai best performer nazionali recuperando posizionamento e valori di performance, prima non evidenziati.

L’analisi organizzativa

Dall’analisi, come di seguito sviluppata nei capitoli specifici, è emersa una complessità organizzativa in linea con le dimensioni della struttura e una sostanziale coerenza nell’assetto organizzativo, seppur con delle peculiarità proprie del “G. Brotzu” rispetto alle aziende benchmark quali:

- La mancata attivazione del Dipartimento Materno Infantile;
- Il posizionamento di Riabilitazione Fisica nel Dipartimento di Servizi Speciali di Diagnosi e Cura;
- Il posizionamento di Gastroenterologia nel Dipartimento di Chirurgia;
- La mancata attivazione di una struttura di coordinamento per l’incremento dell’attività in *Day Hospital*.

L’analisi dell’attività economica

Sono stati analizzati in ottica storico-tendenziale i conti economici dei bilanci depositati dei tre anni precedenti e ufficialmente disponibili presso il database del Ministero della Salute relativi sia al “G. Brotzu” che alle aziende *benchmark* considerate. Il periodo triennale considerato ha permesso di evidenziare il trend della gestione economica del “G. Brotzu” e di compararlo con le altre aziende, sia in termini assoluti, che (a seguito di attività di classificazione e aggregazione dati) delle macro voci costitutive dei capitoli di costo e valore della produzione. Con riferimento alla realtà “G. Brotzu” l’analisi economica ha evidenziato - seppur con delle fluttuazioni - un andamento sostanzialmente prossimo al pareggio di bilancio, dato in controtendenza rispetto allo scenario generale a livello nazionale e ad alcune aziende considerate nel cluster di benchmark.

L’analisi dell’attività sanitaria

Si è proceduto dapprima alla descrizione dell’attività del “G. Brotzu” espressa dalla struttura in termini quantitativi e successivamente è stata confrontata in termini qualitativi relativamente agli esiti della attività sanitaria sia con le aziende del cluster di benchmark, sia con le strutture presenti nella Regione Sardegna attraverso il supporto di due differenti programmi ministeriali - PNE e SIVEAS - di verifica degli esiti. Per quanto riguarda gli esiti dell’attività dell’A.O. “G. Brotzu” si è provveduto anche a fornire una serie storica degli stessi.

L’analisi della produzione

E’ stata mappata la produzione delle attività sanitarie, poi aggregata per Peso e Volume nelle componenti (DRG) e infine identificate le aree target sulle quali poteva essere prioritario intervenire per impiantare le nuove modalità clinico-organizzative (PDTA o PCA) massimizzando la ricaduta in termini di salute offerta. Le possibili aree di intervento prioritario sono risultate essere quelle di ostetricia, cardiologia, neurologia e nefrologia. Successivamente con la Direzione Aziendale sono state individuate queste ultime due per la realizzazione dei primi PDTA/PCA relativi al trattamento di pazienti colpiti da “*Ictus*” e dei pazienti candidati al “*Trapianto di rene*”, due eccellenze interne al “G. Brotzu”.

L’analisi degli esiti della attività sanitaria

E’ stata svolta tramite l’osservazione e la misurazione di alcuni indicatori ritenuti in letteratura maggiormente rilevanti. L’analisi è basata sui dati ufficiali forniti dal Ministero della Salute e compresi in due distinti programmi di valutazione degli esiti: PNE e SIVEAS. I risultati emersi dall’attività di indagine hanno fatto emergere

un posizionamento di riferimento del “G. Brotzu” nei confronti delle altre aziende sanitarie presenti nella Regione Sardegna ed un ottimo posizionamento anche in relazione ai benchmark nazionali.

L'analisi di efficienza

Successivamente sono state indagate le performance del “G. Brotzu” in termini di efficienza nell'utilizzo della dotazione di posti letto della struttura andando a considerare in maniera innovativa gli indicatori in letteratura associati a questo aspetto della gestione dell'attività sanitaria. Spesso è più opportuno analizzare gli indicatori non singolarmente, ma studiando le relazioni intercorrenti tra loro.

Elaborazione dati su database ministeriale per Discipline 2010.

Il confronto sugli indicatori è stato effettuato osservando quattro indicatori, ovvero, Tasso di occupazione dei PL (%) (TO), Indice di rotazione (IR), Intervallo di turnover (IT) e Degenza media (DM), i differenziali di performance di AOB rispetto ai livelli medi di Italia e Sardegna (calcolati sulla base dei flussi SDO resi disponibili dal Ministero della Salute) per ogni singola Disciplina presente in AOB.

In questo modo si è potuta ottenere una lettura omogenea delle performance dei singoli indicatori per ogni specialità e condurre una lettura ragionata degli stessi all'interno del set per ogni specialità in grado di fornire indicazioni utili alla programmazione strategica e al dimensionamento e “setting” dell'attività aziendale. I risultati dalle analisi di posizionamento e di analisi organizzativa sviluppati per il “G. Brotzu” sono stati sperimentalmente incrociati per dar luogo ad una matrice stile BCG (*Boston Consulting Group*) a quattro quadranti che desse una prima rappresentazione sinottica delle performance delle singole SSC e SSD in entrambe le dimensioni: clinica e organizzativa.

L'insieme dei risultati delle attività di analisi svolte, così come sopra descritte, ha consentito al Gruppo di Progetto di dare una valutazione positiva relativamente al livello di qualità dell'assistenza sanitaria fornita, della gestione economica, della gestione organizzativa alla Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”.

2. Il coinvolgimento degli operatori

La complessità dello sviluppo dei PDTA/PCA risiede in larga misura nel fatto che i team clinici che sono chiamati a confrontare la loro pratica clinica corrente con le linee guida di riferimento sono e devono essere necessariamente multidisciplinari e multi professionali. Nel caso di coinvolgimento di più strutture con servizi diversi, queste team clinici sono anche multi “setting” in un crescendo di complessità.

Questa diversità, che dovrebbe tradursi in complementarietà, può diventare invece un'elevata barriera alla collaborazione in quanto ogni professione, disciplina, reparto o “setting” ha i suoi obiettivi di missione, il suo orientamento temporale, le sue criticità e necessità organizzative e non ultimo il suo punto di vista scientifico sul percorso da implementare. Spesso si devono confrontare culture professionali e scientifiche diverse e un uso “diverso” anche delle stesse “parole” più significative.

L'impianto di PDTA/PCA, dove vengano avviati per la prima volta, presuppone il superamento di un approccio culturale che vede la struttura sanitaria come frammentata in compartimenti stagni (vedi la Legge Mariotti, 1968, disciplinante le attività ospedaliere, tutt'ora vigente), dove ogni reparto è responsabile solo della sua parte di percorso. La logica di approccio nel progetto svolto non è stata verticale, ma assolutamente trasversale.

I gruppi di lavoro da istituire per la redazione dei PDTA/PCA devono quindi essere composti da persone non solo preparate dal punto di vista professionale e formate sullo sviluppo e sull'implementazione dei PDTA/PCA, ma anche aperte al cambiamento e alla collaborazione multidisciplinare, multi professionale e multi setting.

Mentre il gruppo di lavoro può svolgere con successo i compiti di sviluppo e implementazione, gli altri clinici dei rispettivi reparti hanno bisogno di essere attivati, motivati e formati a seguire il nuovo percorso così definito. Ne discende che i membri dei gruppi di lavoro debbano essere punti di riferimento professionale per il resto dei membri dell'organizzazione.

La scelta dei “Facilitatori”: la Social Network Analysis

Obiettivo strategico del progetto all’inizio è stato quello di come identificare gli operatori sanitari delle varie articolazioni aziendali (SSC e SSD) da coinvolgere, con quali strumenti e modalità e come motivarli al cambiamento previsto. Per identificare i membri dei gruppi di lavoro operativi, il Gruppo di Progetto ha adottato una metodologia innovativa denominata *Social Network Analysis* (analisi delle reti sociali), volta a misurare le potenzialità dei clinici da coinvolgere non in base alle sole loro caratteristiche individuali (ad esempio anni di esperienza, grado dirigenziale), ma in base anche alla loro centralità nella rete delle relazioni informali presenti in azienda. Nel nostro caso i nodi sono stati medici, infermieri e tecnici del “G. Brotzu” che dovevano essere selezionati per essere formati e per entrare a far parte del gruppo dei “*facilitatori*” che avrebbe successivamente lavorato operativamente allo sviluppo dei PDTA/PCA.

La formazione dei “Facilitatori”

Conseguentemente a quanto sopra è stata prevista una significativa attività di formazione con l’intento di promuovere e sostenere un “*cambiamento culturale e valoriale*” necessario ad attuare il cambiamento progettato: “*adottare un modello organizzativo valutabile per ogni articolazione aziendale, secondo una visione sistemica, quale infrastruttura organizzativa per l’attuazione dei PDTA/PCA.*”

Il Progetto ha puntato, quindi, a “*costruire contesti di apprendimento complesso*”, apprendimento individuale e apprendimento organizzativo in grado di creare, acquisire e trasferire conoscenza, nonché di modificare il proprio comportamento per applicare la nuova conoscenza basata sulla responsabilizzazione gestionale e sulla rappresentazione oggettiva dell’organizzazione.

- Tutte le attività di formazione hanno ottenuto il riconoscimento dei crediti ECM (Sistema AGENAS nazionale). Per centrare a pieno il bersaglio, ovvero, produrre nuova conoscenza, accompagnamento/facilitazione di cambiamenti l’attività di formazione è avvenuta attraverso una strutturata e articolata attività di formazione Residenziale (FR) e Sul Campo (FSC) con l’obiettivo di:
- Orientare alla qualità organizzativa secondo una corretta metodologia;
- Veicolare una ben definita concezione di cultura manageriale che adotti partecipazione responsabilizzante in funzione dell’incarico e dei risultati prodotti;
- Definire il ruolo dello staff aziendale nella attuazione dei progetti quale risorsa strategica per garantire l’allineamento organizzativo delle diverse funzioni strategiche aziendali e delle diverse articolazioni organizzative secondo il modello fornitore/cliente.

Il Progetto ha anche garantito una costante attività di formazione e consulenza allo Staff aziendale con l’obiettivo di implementare le competenze necessarie alla gestione di progetti aziendali complessi, di cambiamento organizzativo a valenza strategica.

3. L’ analisi organizzativa dell’azienda

Il Gruppo di Progetto è partito dalla constatazione che le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi caratterizzati al loro interno da un alto grado di complessità e di specificità, includendo in sé una serie di componenti e funzioni altamente eterogenee (sanitarie, amministrative, organizzative), ma tutte caratterizzate da un alto grado di specializzazione tecnica.

L’analisi organizzativa sistemica (AOS) pone particolare attenzione alle relazioni di interdipendenza organizzativa in funzione della complessità del risultato perseguito (salute).

Le buone pratiche hanno anche indirizzato gli operatori verso la costruzione di strumenti efficaci e pratici da usare per il monitoraggio costante, utilizzando liste di controllo, un elenco esaustivo di cose da verificare relativamente ad una determinata struttura o attività (checklist). Le liste di controllo sono state adoperate nel mondo della sanità internazionale per gestire i programmi di accreditamento istituzionali e non solo.

Il Gruppo di Progetto ha tenuto conto delle risultanze del Tavolo per la Revisione della normativa per l’Accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti dello stesso Ministero, di AGENAS, delle Regioni e Province Autonome. Il Tavolo aveva predisposto, in ottemperanza al predetto mandato, un “*Disciplinare tecnico*”

che individuava, sulla base di precedenti studi sulle dimensioni della qualità, il quadro concettuale di riferimento e identifica una serie di criteri/fattori di qualità e requisiti ritenuti essenziali per i modelli di accreditamento regionali (AGENAS 2015).

L'attività di analisi organizzativa svolta, dopo adeguato percorso formativo e con il supporto dei "formatori" incaricati, ha puntato a coinvolgere tutte le articolazioni (SC e SSD) della Azienda Ospedaliera "g. Brotzu" nella descrizione dell'organizzazione, secondo un modello metodologico validato con l'obiettivo di rappresentare il sistema gestionale aziendale in modo esplicito e certo.

Gli strumenti messi a punto e utilizzati per svolgere l'analisi organizzativa sono stati i seguenti:

	Strumento	Competenza agita
1	Scheda autovalutazione	Aumentare efficienza processi decisionali e gestionali
2	Matrice di Analisi Organizzativa (MAO)	Leggere e descrivere il "modello organizzativo" della propria struttura
3	Format procedure	Descrivere attività manageriali e clinico assistenziali
4	Tavola indicatori	Misurare la performance
5	Matrice interfacce	Individuare relazioni organizzative
6	Scheda Azioni di Miglioramento (AdM)	Sviluppare il miglioramento continuo della qualità

In particolare per leggere l'organizzazione è stata costruita, ad hoc, la Matrice di Analisi Organizzativa (MAO) con l'obiettivo di:

- Allineare le articolazioni ai criteri dell'accreditamento istituzionale;
- Avere una mappa dell'organizzazione "reale" con eventuali scostamenti;
- Far emergere attività non tracciate diversamente;
- Definire un modello organizzativo valutabile;
- Individuare le attività funzionali alla definizione di PCA.

Per ogni scheda è stato indicato un glossario e un vademecum per la corretta descrizione del criterio. L'obiettivo del "cruscotto" è:

- a. di rendere le performance visibili e riconoscibili a livello oggettivo da tutti;
- b. di confrontare le prestazioni nel tempo;
- c. di rilevare criticità.

Analisi Organizzativa e Tableau multidimensionale per la governance aziendale - TAGO

L'analisi organizzativa ha comportato la produzione, da parte delle strutture organizzative di AOB, di due tipologie di documenti: la MAO e la scheda di Autovalutazione, come da capitoli seguenti.

Dal momento che la seconda era sostanzialmente una auto misurazione del livello di *compliance* della struttura in riferimento ai requisiti di Accredimento, ed era progettata in modo che la valutazione fosse espressa *nativamente* in termini numerici (quindi oggettivamente valutabili), si poneva il problema di come valutare le MAO prodotte dalle varie strutture organizzative, che, contrariamente alle schede di Autovalutazione, erano documenti con contenuti esclusivamente testuali (non numerici).

La scelta è stata quella di optare per un approccio ispirato al Metodo Delphi: l'obiettivo primario del Delphi, infatti, è la convergenza di opinioni ovvero, di fronte a un problema, il facilitare il raggiungimento di una opinione comune il più possibile condivisa. Il metodo Delphi consente ad un insieme di persone di dare opinioni su un problema come se lavorassero fisicamente vicini, ma senza gli effetti di distorsione generati dalla contemporanea presenza nello stesso luogo (Pacinelli, 2008).

Genesi del TAGO: la creazione del database di analisi organizzativa.

Come precedentemente ricordato, uno dei problemi della valutazione delle MAO era tradurre in un giudizio quantitativo quanto era stato formulato in forma discorsiva e qualitativa dai compilatori delle matrici.

Con un sistema di semafori verdi, gialli e rossi sono stati presentati i dati in sintesi per *range* di valutazione in modo da avere una lettura per item o per struttura immediata.

A supporto dell'attività di indagine svolta condotta tramite la somministrazione di Matrici Analisi Organizzativa (MAO) e Schede di Autovalutazione - è stato sviluppato dal team di progetto uno strumento informativo definito *Tableau Multidimensionale per la Governance Aziendale (TAGO)*.

L'obiettivo perseguito è stato quello di definire uno strumento per la raccolta e l'organizzazione delle risposte fornite:

- che rendesse omogenee e coerenti (e quindi confrontabili) le valutazioni operate sulle risposte e sui singoli *items* indagati;
- che fosse applicabile a tutte le classi coinvolte nella Formazione sul Campo;
- che rendesse immediatamente individuabili i punti di forza e di debolezza delle articolazioni.

L'utilizzo di TAGO ha reso quindi possibile:

- il monitoraggio dell'andamento quantitativo e qualitativo delle risposte ottenute a seguito della somministrazione di schede di valutazione;
- la creazione di uno strumento di valutazione applicabile alla formazione sul campo (FSC);
- l'individuazione delle eventuali aree di intervento formativo;
- il controllo e la misurazione delle eventuali variazioni del livello di competenze a seguito di interventi formativi.

Nel corso della restituzione a tutte le strutture Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale dell'ospedale è stato ricordato il significato dell'analisi organizzativa² in funzione del miglioramento.

L'analisi dei dati riportati nel TAGO per ciascuna struttura ha consentito ai consulenti, titolari delle diverse Linee di attività, di indicare ai Direttori e ai Responsabili le azioni di Miglioramento (AdM) da intraprendere.

4. Lo sviluppo dei PDTA/PCA al "G. Brotzu"

I percorsi clinico assistenziali rappresentano uno strumento essenziale per poter erogare prestazioni sanitarie secondo i principi del governo clinico. Per non incorrere nella probabilità di costruire percorsi autoreferenziali, condizione necessaria è la presenza di Linee guida valide, possibilmente elaborate da società scientifiche riconosciute a livello internazionale.

Le Linee guida per poter essere effettivamente applicate necessitano di una contestualizzazione, dell'adattamento locale in funzione di variabili che possono essere di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo e professionale. Variabili in grado di condizionare l'applicazione stessa delle linee guida.

I percorsi, invece, rappresentano uno strumento di gestione dei pazienti, stabiliscono la sequenza, il *setting* e la tempistica dei processi, sono prodotti da gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali locali.

In sintesi, le Linee guida definiscono cosa fare (o non fare), stabilendone alcune volte i tempi, i PDTA/PCA stabiliscono anche chi fa cosa, dove, come, quando.

2. In Italia il metodo viene introdotto nel 1984 dalla SIQUAS VRQ. Le principali fasi operative di un modello di VRQ sono riassumibili nella cosiddetta "*spirale della qualità*":

- identificazione dei problemi da sottoporre a valutazione,
- selezione delle priorità,
- selezione della metodologia più appropriata per determinare le dimensioni di ogni problema,
- elaborazione di criteri e standard per misurare e comparare aspetti della realtà valutata,
- individuazione delle carenze confrontando la realtà esistente con ogni criterio e standard,
- individuazione delle azioni necessarie per eliminare le carenze,
- rivalutazione delle cure, dopo un adeguato intervallo di tempo per verificare se le carenze sono state effettivamente corrette.

I PDTA/PCA sono piani interprofessionali e multidisciplinari per rispondere a specifici problemi clinici. Lo scopo di elaborare i percorsi è quello di contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, traendone un miglioramento sia in termini di efficacia che di efficienza.

Occorre tenere in debita considerazione parametri e fattori determinanti per l'identificazione e la selezione dei problemi clinici da affrontare attraverso la costruzione di percorsi. DRG e procedure a elevata frequenza rappresentano sicuramente un parametro dirimente, così come la disponibilità di evidenze scientifiche.

Nel caso dell'Ospedale "Brotzu", avviato il progetto con il 1° Lotto nel 2012, è stata analizzata la casistica dei ricoveri ordinari del 2011: i DRG più numerosi sono risultati quelli relativi ai parti, vaginali e cesarei, seguiti dai ricoveri per insufficienza renale. Inoltre dall'analisi benchmark con il cluster di Aziende Ospedaliere simili erano stati individuati anche altri volumi significativi di attività su altri DRG consentendo di sottoporre un ventaglio di priorità di PDTA/PCA alla Direzione Strategica.

Alla luce di quanto sopra, alla Direzione strategica proponemmo il seguente elenco di possibili percorsi:

- *Percorso nascita* (DRG più frequente);
- *Ictus ischemico* (Mission aziendale e impatto sull'esito clinico);
- *Trapianto rene* (Centro riferimento regionale; insufficienza renale: 2° DRG per numerosità di ricoveri);
- *Dolore toracico/infarto miocardio* (Mission aziendale e impatto sull'esito clinico).

La decisione della Direzione strategica si orientò sull'*Ictus ischemico* e sul *Trapianto di rene* che rappresentavano, quindi, i primi due percorsi realizzati nel 1° Lotto del progetto.

Completati gli stessi, considerato il buon successo e le positive ricadute che i percorsi avevano prodotto all'interno delle strutture coinvolte, la Direzione strategica decise di proseguire il progetto avviato con la realizzazione di altri 3 PDTA/PCA (*Trauma Maggiore*, *Infarto*, *Percorso nascita*) con un 2° Lotto. Nel Lotto 3° infine sono stati attivati i PDTA/PCA su "*Tumore della mammella*" e "*Paziente Talassemico*", vista anche l'incorporazione nella Azienda "Brotzu" di due Presidi Ospedalieri precedentemente interni alla AUSL di Cagliari, ovvero, il Polo Pediatrico/Talassemico e il Polo Oncologico.

Inoltre sono state redatte 6 Procedure Aziendali, di cui 2 a supporto dei PDTA/PCA, ovvero:

1. Assistenza paziente con trauma maggiore (codice rosso);
2. Assistenza paziente con trauma maggiore (codice giallo);
3. Gestione paziente con infezione tubercolare;
4. Procedura per il trasferimento secondario aereo di un paziente pediatrico;
5. Procedura per il trasferimento secondario aereo di un paziente adulto;
6. Infezioni ospedaliere: Precauzioni standard e di isolamento per le ICA
7. Infezioni ospedaliere: Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti
8. Infezioni ospedaliere: Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium Difficile

Verifica dell'attuazione dei PDTA/PCA: l'Audit clinico

Individuati gli strumenti del governo clinico, tra cui PDTA/PCA, e definiti gli obiettivi sanitari, diventano indispensabili le attività di controllo di gestione e budget da un lato, e di *Clinical Audit* dall'altro, per il monitoraggio e la verifica dei risultati raggiunti.

Nella fase di verifica l'aspetto rilevante dovrebbe essere rappresentato dall'analisi dell'attività svolta, piuttosto che dai costi di gestione, anche se le due dimensioni sono obbligate a incontrarsi, allo scopo di valutare insieme l'aderenza dei risultati clinici agli obiettivi stabiliti e i risultati economici in termini di ricaduta finanziaria.

L'*Audit clinico* è il processo volontario attraverso il quale i medici e gli altri operatori sanitari, regolarmente e sistematicamente, effettuano una revisione della propria pratica clinica e, ove necessario, la cambiano. L'audit clinico entra dunque nel merito dei contenuti professionali e comporta la revisione tra pari ad opera degli stessi professionisti che hanno erogato l'assistenza.

L'Audit clinico può interessare tutti i processi, dalle procedure diagnostiche ai trattamenti, alla presa in carico del paziente, tenendo in considerazione il relativo uso di risorse e gli esiti di salute conseguiti.

Realizzate le azioni di miglioramento, per valutare l'efficacia dei cambiamenti apportati, occorre procedere a un nuovo audit (*re-audit*) oppure avvalersi degli specifici indicatori per monitorare le azioni implementate.

Verifica dell'attuazione dei PDTA/PCA: l'Audit organizzativo.

Quando parliamo di audit organizzativo ci riferiamo alla verifica delle modalità di gestione dei processi attraverso il controllo degli standard definiti e della evidenza documentale di ogni criterio.

L' audit organizzativo ha preso in esame:

- i risultati emersi dall'attività di analisi organizzativa già svolta attraverso la Matrice di Analisi
- Organizzativa (MAO)
- le aree rosse, criticità, emerse dal TAGO relative alla struttura auditata;
- i criteri relativi ad ogni setting assistenziale del ragionamento organizzativo del PDTA/PCA;

Per quanto riguarda il primo aspetto sono state considerate le schede della MAO che hanno maggiore impatto sulla definizione dei Percorsi Clinici Assistenziali:

- Funzionigramma;
- Sviluppo continuo professionale;
- Matrice delle interfacce;
- Procedure per la gestione del rischio;
- Tabella degli indicatori;

e di queste variabili si è verificato, attraverso il TAGO, le eventuali aree rosse e/o gialle e le azioni avviate dalle strutture per migliorarle.

Conclusioni

Da quanto presentato in questo capitolo, quale abstract del progetto, si è voluto evidenziare che:

- Il progetto ha avuto una sua evoluzione nel tempo dal 1° al 3° Lotto dal 2012 al 2018;
- Dovendo operare in una azienda ospedaliera di alto livello di complessità assistenziale era necessario capirne il potenziale e il posizionamento (benchmark) con altre aziende simili e rispetto alle altre aziende regionali;
- E' stato necessario svolgere una analisi del personale per individuare 194 "*facilitatori*" in tutte le articolazioni aziendali per coinvolgerli nel progetto in base sia al loro ruolo "*formale*" che a quello "*informale*" svolto in azienda, analizzato adottando strumenti di *Social Network Analysis*;
- Sono stati progettati gli strumenti ad hoc per svolgere l'analisi quali quantitativa della organizzazione e per creare un desk direzionale denominato *Tableau per la Governance Aziendale*, basati sui criteri del nuovo "*Disciplinare per l'Accreditamento*" della Conferenza Stato Regioni, 2012;
- Sono stati formati tutti i "*facilitatori*" sugli strumenti predisposti per renderli in grado di supportare la somministrazione a tutte le SSC e SSD aziendali;
- E' stato creato il desk direzionale *Tableau per la Governance Aziendale* ;
- Sono stati costituiti i gruppi di lavoro multi professionali, multidisciplinari e multi *setting* per la redazione dei PDTA/PCA e delle Procedure aziendali a supporto degli stessi;
- Sono stati testati i primi 2 PDTA/PCA realizzati tramite audit organizzativo e audit clinico.

Il progetto ha consentito la messa a punto di una metodologia e di uno strumentario specifico e la somministrazione dello stesso in tutta l'azienda interessata.

Nei capitoli successivi vengono presentate in dettaglio le varie attività svolte.

Bibliografia

- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*
- Fontana, F. (2006). *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa gestionale*, Franco Angeli.

Cap. 2 – I protagonisti del progetto

2.1 Composizione Cabina di Regia AOB, Referenti dei Dipartimenti AOB

- Responsabile dell'Accreditamento e ICA , Dr. Antonio Manti – Dirigente Medico Direzione Sanitaria
- Responsabile della Formazione Dr. Andrea Corrias - Dirigente Medico Direzione Sanitaria
- Responsabile Ingegneria clinica Ing. Gianluca Borelli- Responsabile Servizio Manutenzione
- Responsabile del Controllo Economico Finanziario Dr. Aldo Cadau;
- Responsabile del Controllo delle Attività Cliniche Dr.ssa Donatella Mudu; Dirigente Medico Direzione Sanitaria
- Responsabile del Bilancio Dr.ssa Roberta Manutza
- Responsabile servizio provveditorato Dr Gianfranco Casu
- Responsabile servizio personale – Dr Alfredo Pergola
- Responsabile sistema informatico – Sig.ra Ruiu Margherita
- Responsabile struttura professioni sanitarie –_Dott.ssa Bruna Dettori

Referenti dei Dipartimenti per la Cabina di Regia AOB

- Dr. Antonio Manti – Dirigente Medico Direzione Sanitaria - Dipartimento cardiotoracovascolare e Dipartimento chirurgico
- Dr.ssa Carla Ghiani - Dirigente Medico Direzione Sanitaria Dipartimento Emergenza e Dipartimento Rene

Altri referenti della Direzione Sanitaria per i dipartimenti:

- Dott.ssa Vanessa Serafini - Dirigente Medico Direzione Sanitaria

Referente informatico:

- Responsabile sistema informatico – Sig.ra Ruiu

2.2 Ringraziamenti ai Colleghi Clinici e agli Operatori sanitari che hanno partecipato ai Gruppi di Lavoro per la redazione dei PDTA/PCA e delle Procedure Aziendali nella Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”.

Percorsi Clinico Assistenziali

Percorso Clinico Assistenziale Trapianto Rene
[Delibera Aziendale n. 1629 del 15.10.2013]

Redazione:

Mudu Donatella, Responsabile Programmazione Strategica, Coordinatrice AOB del Gruppo di Lavoro

Angius Marcello, Direttore SC Laboratorio Analisi
Atzeni Alice, Dirigente Medico SC Nefrologia e Dialisi
Atzori Giacinto, Dirigente Medico SC Urologia
Bitti Grazia Tomasa Maria, Direttore SC Radiologia
Melis Giorgio, Direttore SC Medicina Nucleare
Onano Bruno, Dirigente Medico SSD Trapianto Renale
Piredda Gian Benedetto, Responsabile SSD Trapianto Renale
Pisano Roberto, Direttore SC Anestesia
Salvago Fabrizia, Dirigente Psicologo Coordinamento locale Trapianti
Sardu Giovanna, Dirigente Medico SC Anatomia Patologica
Sau Giovanna, Responsabile SSD Dialisi Cronici
Sessego Roberto, Dirigente Medico SC Anestesia
Tronci Maria Bonaria, Dirigente Medico SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale
Argiolas Tomasina, Infermiera Coordinamento locale Trapianti
Mameli Giuseppina, Coordinatrice Infermieristica SSD Trapianto Renale
Melis Bruna Francesca, Infermiera SSD Trapianto Renale
Sardara Roberto, Coordinatore Infermieristico SSD Dialisi Cronici

Hanno collaborato:

Alfieri Alberto, Infermiere SC Anestesia
Atzeni Francesco, Coordinatore Tecnico Laboratorio Analisi
Deplano Franco, Coordinatore Infermieristico Sala Operatoria Urologia
Rosaria Usai, Infermiera SSD Trapianto renale

Verifica:

Catani Gualtiero, Direttore SC Anatomia Patologica
Frongia Mauro, Direttore SC Urologia
Pani Antonello, Direttore SC Nefrologia e Dialisi
Pani Mario, Direttore SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale

Approvazione:

Spissu Marinella, Direttore Medico di Presidio Ospedaliero “S. Michele”
Remigio Carlo Puddu, Direttore Sanitario Aziendale AOB
Garau Antonio, Direttore Generale AOB

Percorso Clinico Assistenziale del paziente con Ictus Ischemico
[Delibera Aziendale n. 2050 del 24.12.2013]

Redazione :

Vanessa Serafini, Dirigente Medico Direzione Sanitaria di Presidio, Coordinatrice AOB del Gruppo di Lavoro.

Alberto Arru, Direttore SC Pronto Soccorso e OBI
Fabrizio Polo, Dirigente Medico SC Pronto Soccorso e OBI
Sonja Bergamini, Coordinatore Infermieristico SC Pronto Soccorso e OBI
Bruna Giorgi, Coordinatore Infermieristico SC Pronto Soccorso e OBI
Maurizio Melis, Direttore SC Neurologia e Stroke Unit
Licia Pinna, Dirigente Medico SC Neurologia e Stroke Unit
Elisabetta Boero, Dirigente Medico SC Neurologia e Stroke Unit
Anna Nicolina Manca, Coordinatore Infermieristico SC Neurologia e Stroke Unit
Vladimiro Fois, Tecnico di neurofisiologia SC Neurologia e Stroke Unit
Marcello Angius, Direttore SC Laboratorio Analisi
Grazia Bitti, Direttore SC Radiologia
Franco De Giorgi, Dirigente Medico SC Radiologia
Rita Fadda, Infermiera SC Radiologia
Simone Porcu, Tecnico SC Radiologia
Pierpaolo Bacchiddu, Direttore SC Riabilitazione
Benigna Tascetta, Coordinatore Fisioterapista SC Riabilitazione
Mauro Usala, Fisioterapista SC Riabilitazione
Annarita Diana, Dirigente Medico SSD Neuroriabilitazione
Monica Limoncino, Logopedista SSD Neuroriabilitazione
Giovanna Caredda, Fisioterapista SSD Neuroriabilitazione
Agnese De Giudici, Dirigente Medico SC Chirurgia Toraco- Vascolare
Anna Maria Perra, Dirigente Medico SC Neurochirurgia
Elisabetta Pusceddu, Dirigente Medico SC Anestesia e Terapia Antalgica

Hanno collaborato alla stesura:

Alessandro Pani, Dirigente Medico SC Cardiologia
Simona Corraïne, Dirigente Medico SC Radiologia
Marco Songini, Direttore SC Diabetologia
Egidio Pittalis, Dirigente Medico SC Rianimazione
Luciano Curreli, Direttore SC Cardioanestesia
Francesco Cabras, Direttore SC Gastroenterologia
Pierpaolo Carreras, Responsabile SSD Endoscopia Digestiva
Maria Teresa Peltz, Dirigente Medico SC Radiologia
Alice Trincas, Infermiera SC Pronto Soccorso e OBI
Maria Bonaria Tronci, Dirigente Medico SC Immunoematologia

Verifica:

Maurizio Melis, Direttore SC Neurologia e Stroke Unit
Alberto Arru, Direttore SC Pronto Soccorso e OBI
Grazia Bitti, Direttore SC Radiologia
Pierpaolo Bacchiddu, Direttore SC Riabilitazione
Marcello Angius, Direttore SC Laboratorio
Luigino Tosatto, Direttore SC Neurochirurgia
Stefano Camparini, Direttore SC Chirurgia Toraco- Vascolare
Roberto Pisano, Direttore SC Anestesia e Terapia Antalgica

Giovanni Melis, Responsabile SSD Neuroriabilitazione
Alessandra Napoleone, Direttore SC Rianimazione
Maurizio Porcu, Direttore SC Cardiologia
Francesco Cabras, Direttore SC Gastroenterologia
Luciano Curreli, Direttore SC Cardioanestesia
Bruna Dettori, Sostituto del Responsabile Ufficio Coordinamento Risorse Umane/ Responsabile Dipartimentale del Comparto Dipartimento DEA; SC Direzione Sanitaria di Presidio

Approvazione

Marinella Spissu, Direttore Medico Presidio Ospedaliero "*S. Michele*"
Remigio Carlo Puddu, Direttore Sanitario Aziendale AOB
Antonio Garau, Direttore Generale AOB

Percorso Clinico Assistenziale Nascita [Delibera Aziendale n. 788 del 04.05.2016]

Redazione:

Paola Pitzalis, Dirigente Medico Direzione Sanitaria, Coordinatrice AOB del Gruppo di Lavoro

Cristiana Angioni, Dirigente Medico SC Pediatria
Mauro Carta, Dirigente Medico SSD Immunologia dei Trapianti- Banca del Sangue Cordonale
Giuseppe Chessa, Direttore SC Ostetricia e Ginecologia
Gabriella Dessì, Ostetrica SC Ginecologia e Ostetricia
Renata Floris, Dirigente Medico SC Diabetologia
Giuseppe Masnata, Dirigente Medico SC Pediatria
Gabriella Mereu, Dirigente Medico SSD Neonatologia
Sabrina Montis, Dirigente Psicologo SC Cardiologia Pediatrica
Sara Ottalevi, Dirigente Medico SC Anestesia e Terapia Antalgica
Luciana Pibiri, Responsabile SSD Neonatologia
Barbara Sanna, Coordinatrice Infermieristica SC Ginecologia e Ostetricia
Daniela Tanda, Infermiera Sviluppo Organizzativo Governo e Monitoraggio Risorse Professionali e di Supporto
Roberto Tumbarello, Direttore SC Cardiologia Pediatrica
Anna Rita Zara, Coordinatrice Infermieristica SSD Neonatologia

Verifica:

Marino Argiolas, Responsabile SSD Immunologia dei Trapianti-Banca del Sangue Cordonale
Giuseppe Chessa, Direttore SC Ostetricia e Ginecologia
Luciana Pibiri, Responsabile SSD Neonatologia
Roberto Pisano, Direttore SC Anestesia e Terapia Antalgica
Pierpaolo Pusceddu, Direttore SC Pediatria
Marco Songini, Direttore SC Diabetologia
Roberto Tumbarello, Direttore SC Cardiologia Pediatrica
Bruna Dettori, Responsabile Sviluppo Organizzativo Governo e Monitoraggio Risorse Professionali e di supporto

Approvazione :

Marinella Spissu, Direttore Medico di Presidio Ospedaliero "*San Michele*"
Maria Gabriella Nardi, Direttore Sanitario Aziendale AOB
Graziella Pintus, Direttore Generale /Commissario Straordinario AOB

Percorso Clinico Assistenziale Dolore Toracico/IMA [Delibera Aziendale n. 965 del 25.05.2016]

Redazione :

Manti Antonio	Dirigente Medico Direzione Sanitaria - Coordinatore AOB del Gruppo di Lavoro
Ballore Luca	Dirigente Medico SC Cardiochirurgia
Boi Virginia	Coordinatrice SC Cardiologia
Caredda Cristiana	Coordinatrice UTIC
Desogus Marco	Coordinatore SSOO Cardiochirurgia
Dettori Bruna	Responsabile Coordinamento Risorse Umane
Loi Bruno	Direttore SC Emodinamica
Pani Alessandro	Dirigente Medico SC Cardiologia
Serra Milena	Coordinatrice SC Emodinamica
Simbula Sara	Dirigente SC Farmacia
Sini Maurizio	Dirigente Medico SC Cardioanestesia
Staico Sabrina	Dirigente Medico SC Pronto Soccorso / OBI

Ha collaborato :

Giuseppe Iasiello	Responsabile C 118 Centrale operativa
-------------------	---------------------------------------

Verifica :

Arru Alberto	Direttore SC Pronto Soccorso / OBI
Cirio Emiliano	Direttore SC Cardiochirurgia
Curreli Luciano	Direttore SC Cardioanestesia
Porcu Maurizio	Direttore Dipartimento CTV- Direttore SC Cardiologia

Approvazione:

Spissu Marinella	Direttore Medico di Presidio Ospedaliero
Nardi Maria Gabriella	Direttore Sanitario Aziendale AOB
Pintus Graziella	Commissario Straordinario AOB

Percorso Clinico Assistenziale Trauma Maggiore nel paziente adulto
[Delibera Aziendale n. 1740 del 05.10.2016]

Redazione:

Ghiani Carla	Dirigente Medico S.C. Direz. Medica Presidio San Michele, Coordinatrice AOB del Gruppo di Lavoro
Argiolas Giovanni Maria	Dir. Medico S.C. Radiologia
Bergamini Sonja	C.I. S.C. Pronto Soccorso e OBI
Camba Roberta	Dir. Medico S.C. Chirurgia d'Urgenza
Cara A. M. Elisabetta	Dir. Medico S.C. Riabilitazione Fisica
Deplano Fortunato	Dir. Medico S.C. Anestesia
Di Stefano Simonetta	Fisioterapista S.S.D. Neuroriabilitazione
Diana Annarita	Dir. Medico S.S.D. Neuroriabilitazione
Dominici Marco	Dir. Medico S.C. Rianimazione
Giorgi Bruna	C.I. S.C. Pronto Soccorso e OBI
Lai Rosanna	RiD S.C. Chirurgia d'Urgenza
Massidda Rita	C.I. S.C. Rianimazione
Maxia Antonio	Dir. Medico S.C. Ch. Toraco Vascolare
Monteverde Cimbro	Infermiere S.C. Neurochirurgia
Montis Andrea	Dir. Medico S.S.D. Neuroriabilitazione

Mulas Rosanna	C.I. S.C. Chirurgia d'Urgenza
Mura Paolo	Dir. Medico S.C. Chirurgia d'Urgenza
Murroni Tiziana	Infermiera S.S.D. Neuroriabilitazione
Nocco Narcisa	Infermiera S.C. Pronto Soccorso e OBI
Orru Elisabetta	Inf. S.O. Ortopedia e Traumatologia
Pilia Carla	Dir. Medico S.C. Centro Trasfusionale
Pirri Andrea	Dir. Med. S.C. Pronto Soccorso e OBI
Pittalis Egidio Mario	Dir. Medico S.C. Rianimazione
Runfoia Matteo	Dir. Medico S.C. Chirurgia Generale
Sarais	Sabrina Dir. Medico S.C. Chirurgia Toracica
Serra Alessandro	Dir. Medico S.C. Ortopedia e Traumat.
Soro Paolo	Infermiere S.C. Anestesia
Tatti Emiliano	Dir. Medico S.C. Neurochirurgia
Telmon Maria Cristina	Dir. Medico S.C. Pronto Socc. e OBI

Verifica:

Arru Alberto	Direttore S.C. Pronto Soccorso e OBI
Bitti Maria Grazia	Direttore S.C. Radiologia
Braina Pietro	Direttore F.F. S.C. Riabilitazione Fisica
Campanini Stefano	Direttore S.C. Chir. Toraco Vascolare
Cherchi Roberto	Direttore S.C. Chirurgia Toracica
Conti Carlo	Direttore S.C. Neurochirurgia
Dessi Giuseppe	Direttore S.C. Ortopedia e Traumatol.
Dettori Bruna	Direttore Servizio Infermieristico
Diana Annarita	Responsabile F.F. S.S.D. Neuroriabilit.
Gemini Sergio	Direttore S.C. Chirurgia d'Urgenza
Napoleone Alessandra	Direttore S.C. Rianimazione
Pani Mario	Direttore S.C. Centro Trasfusionale
Pisano Roberto	Direttore S.C. Anestesia
Zamboni Fausto	Direttore S.C. Chirurgia Generale

Approvazione:

Marinella Spissu	Direttore Medico di Presidio "S. Michele"
Maria Gabriella Nardi	Direttore Sanitario Aziendale AOB
Graziella Pintus	Commissario Straordinario AOB

Percorso Clinico Assistenziale Neoplasie della Mammella (Delibera Aziendale n. 2215 del 24/11/2017)

Redazione:

Valle Enrichetta, Dirigente Medico, Responsabile UOS Oncologia Medica Ospedale "A. Businco" – Coordinatore AOB del Gruppo di Lavoro

Asunis Anna Maria, Dirigente Medico, Anatomia Patologica Ospedale "San Michele"

Balestrino Luisa, Dirigente Medico, Genetica Medica Ospedale "Binaghi"

Cabula Carlo, Dirigente Medico Responsabile SS Diagnostica Operativa, UOC Oncologia Chirurgica, Ospedale "A. Businco"

Casula Maria Antonietta, Fisioterapista, Rieducazione Funzionale Ospedale "A. Businco"

Costantini Melania, Dirigente Medico, Radiodiagnostica Ospedale "San Michele"

Deidda M. Assunta, Dirigente Medico, Radioterapia Ospedale "A. Businco"

Dessena Massimo, Dirigente Medico UOC Chirurgia Sperimentale Ospedale "A. Businco"

Loddo Mauro, Dirigente Medico, Responsabile UOS Rieducazione Funzionale Ospedale "A. Businco"
 Meloni Paolo, Dirigente Medico Radiologo, Radiodiagnostica Ospedale "A. Businco"
 Mocci Cristina, Dirigente Medico, Patologia Mammaria, Anatomia Patologica Ospedale "A. Businco"
 Orrù Sandra, Dirigente Medico, Responsabile UOS Patologia Mammaria, Anatomia Patologica Ospedale "A. Businco"
 Palmas Maria Dolores, Infermiera Professionale, DH Oncologia Medica Ospedale "A. Businco"
 Piras Maria Antonietta, Tecnico di Radiologia, Radiodiagnostica Ospedale "A. Businco"
 Ragosa Sandra, Dirigente Psicologo, Responsabile UOS Assistenza Psicologica Ospedale "A. Businco"
 Sanna Giovanna Francesca, Infermiera Professionale, Preospedalizzazione UOC Oncologia Chirurgica Ospedale "A. Businco"
 Sollai Giuseppe, Direttore UOC Oncologia Chirurgica Ospedale "A. Businco"
 Stochino Maria Barbara, Dirigente Medico, S.C. Medicina Nucleare e Centro PET. Ospedale "A. Businco"
 Zanda Simona, Tecnico di Radiologia, Radiodiagnostica Ospedale "San Michele"

Hanno collaborato:

Caria Marcolina, Infermiera Professionale, Radiodiagnostica Ospedale "San Michele"
 Corriga Anna Maria, Dirigente Medico – Direzione Sanitaria P.O. "A. Businco"
 Demurtas Giovanna, Dirigente Medico Radiologo, Radiodiagnostica Ospedale "San Michele"
 Diana Fernanda, Direttore ff, UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale "A. Businco"
 Fadda Elisabetta, Dirigente Farmaciasta, Ospedale "A. Businco"
 Farci Daniele, Dirigente Medico Oncologia Medica Ospedale "A. Businco"
 Ferra Enrico, Dirigente Medico Radiologo, Radiodiagnostica Ospedale "San Michele"
 Locci Giorgio, Direttore Servizio di Cardiologia, Ospedale "A. Businco"
 Menna Rosalba, Dirigente Medico Radiologo, ASSL Cagliari Centro Screening
 Murgia M. Laura, Dirigente Medico Radiologo, Radiodiagnostica Ospedale "A. Businco"
 Piras Marcella, Assistente Sociale Ospedale "A. Businco"
 Serra Paolo, Farmacista, gruppo tecnico di supporto per il Governo Clinico Aziendale AOB
 Silvestri A. Maria, Dirigente Medico Radiologo, ASSL Cagliari Centro Screening

Verifica:

Bitti Grazia Tomasa, Direttore Struttura Complessa di Radiologia, Radiodiagnostica
 Carcassi Carlo, Direttore Genetica Medica, Ospedale "Binaghi"
 Catani Gualtiero, Direttore Struttura Complessa di Anatomia Patologica
 Defraia Efisio, Direttore ff UOC Oncologia Medica
 Melis Giorgio, Direttore S.C. Medicina Nucleare e Centro PET
 Murenu Giuseppe, Direttore ff UOC Chirurgia Sperimentale
 Orrù Silvia, Direttore ff UOC Radioterapia

Approvazione:

Maria Teresa Addis,	Direttore Medico Presidio "A. Businco"
Vinicio Atzeni	Direttore Sanitario Aziendale AOB
Graziella Pintus	Direttore Generale AO "Brotzu"

Percorso Clinico Assistenziale del paziente con Talassemia [In corso di approvazione]

Redazione:

Giancarlo Angioni, Direttore Laboratorio Analisi, PO "S. Michele"
 Maria Paola Atzori, Assistente Sociale, Direzione Medica di Presidio PO "A. Cao"
 Susanna Barella, Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO "A. Cao"
 Patrizio Ettore Bina, Responsabile Medico, SS Cardiologia, PO "A. Cao"
 Grazia Tommasa Maria Bitti, Direttore SC Radiologia, PO "S. Michele"

Riccardo Cao: Dirigente Medico, SC Nefrologia e Dialisi, PO *"S. Michele"*
 Letizia Casula: Dirigente Medico, SSD Endocrinologia Pediatrica e Centro Screening Neonatali, PO A. Cao
 Giuseppe Chessa: Direttore SC Ostetricia e Ginecologia, PO *"S. Michele"*
 Andrea Cunico: Dirigente Medico, Radiologia PO *"A. Cao"*
 Carlo Dessì: Dirigente Medico, SSD Talassemia, in quiescenza; Responsabile Scientifico Thalassa Azione Cagliari Onlus
 Roberto Ganga: Direttore SC Medicina Generale, PO *"S. Michele"*
 Anna Ghiani: Infermiera, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Rosalba Lai: Dirigente Medico, SC Fisiopatologia della riproduzione umana, PO *"A. Cao"*
 Maria Beatrice Landis: Coordinatrice Infermieristica Direzione Medica di Presidio, PO *"A. Cao"*
 Giovan Battista Leoni: Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Irene Loi: Biologo, SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale, PO *"S. Michele"*
 Milvia Massidda: Coordinatrice Infermieristica SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Paolo Moi: Direttore SC Clinica Pediatrica e Malattie Rare, PO *"A. Cao"*
 Maddalena Morittu: Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Raffaella Origa: Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Maria Grazia Orofino: Responsabile SSD CTMO Pediatrico, PO *"A. Cao"*
 Daniele Pasqualucci: Dirigente Medico SC Cardiologia, PO *"S. Michele"*
 Maria Perra: Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Maria Paola Pilia: Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Rita Podda: Infermiera SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Maria Elisabetta Puddu: Dirigente Psicologo, Direzione Medica di Presidio PO *"A. Cao"*
 Carlo Ripoli: Dirigente Medico, SC Clinica Pediatrica e Malattie Rare, Responsabile S.S. Diabetologia dell'Età Evolutiva, PO *"A. Cao"*
 Vanessa Serafini: Dirigente Medico, Direzione Medica di Presidio, PO *"A. Cao"*, Coordinatore del Gruppo di lavoro
 Marco Songini: Direttore SC Diabetologia e Malattie del Metabolismo, PO *"S. Michele"*
 Alessandra Spiga: Dirigente Medico, SSD Talassemia, PO *"A. Cao"*
 Maria Bonaria Tronci: Dirigente Medico, SC Immunoematologia e Centro Trasfusionale, PO *"S. Michele"*
 Claudio Zonza: Dirigente Medico, SSD Chirurgia D'Urgenza, PO *"S. Michele"*

Hanno collaborato:

Guido Almerighi: Direttore SC Endocrinologia, ASSL Cagliari
 Alberto Arru: Direttore SC Pronto Soccorso e OBI, PO *"S. Michele"*
 Alice Atzeni: Dirigente Medico SC Nefrologia e Dialisi, PO *"S. Michele"*
 Maria Giuseppina Cabras: Responsabile ff Ematologia e CTMO, PO *"A. Businco"*
 Debora Murgia: Dirigente Medico SC Medicina Generale, PO *"S. Michele"*
 Sandra Murgia: Dirigente Medico SC Medicina Generale, PO *"S. Michele"*
 Maria Cristina Rosatelli: Responsabile SSD Laboratorio Genetica e Genomica, PO *"A. Cao"*
 Vincenzo Tondolo: Dirigente Medico, SC Chirurgia Generale e dei Trapianti, PO *"S. Michele"*
 Roberto Tumbarello: Direttore SC Pediatria Cardiologica e delle Cardiopatie congenite – Piattaforma ambulatoriale, PO *"S. Michele"*

Verifica:

Grazia Tommasa Maria Bitti: Direttore SC Radiologia, PO *"S. Michele"*
 Bruna Dettori: Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica
 Sandro Loche: Responsabile SSD Endocrinologia Pediatrica e Centro Screening Neonatali, PO *"A. Cao"*
 Giovanni Monni: Direttore SC Fisiopatologia della riproduzione umana, PO *"A. Cao"*
 Antonello Pani: Direttore SC Nefrologia e Dialisi, PO *"S. Michele"*
 Mario Pani: Direttore SC Immunoematologia e Centro trasfusionale, PO *"S. Michele"*
 Maurizio Porcu: Direttore SC Cardiologia, PO *"S. Michele"*

Fausto Zamboni: Direttore SC Chirurgia Generale e dei Trapianti e Direttore ad interim SSD Chirurgia d'Urgenza, PO "S. Michele"

Approvazione:

Maria Gabriella Nardi Direttore Sanitario Presidio "A. Cao"
Vinicio Atzeni Direttore Sanitario Aziendale
Graziella Pintus Direttore Generale A.O. Brotzu

Procedure Aziendali

Procedura - Sorveglianza, controllo e prevenzione della tubercolosi in ambito ospedaliero
[Delibera Aziendale n. 1044 del 15.06.2016]

Redazione:

Antonio Manti	Dirigente Medico Direzione Sanitaria PO "San Michele", Coordinatore del Gruppo di Lavoro
Marcello Campagna	Medico del Lavoro Università di Cagliari
Roberto Ciocci	Medico Competente PO "San Michele"
Claudia Crociani	Dirigente Medico Laboratorio PO "San Michele"
Antonella De Gasperi	AS DMP PO "San Michele"
Bruna Dettori	Responsabile Servizio Infermieristico PO "San Michele"
Sara Dettori	Infermiera DMP PO "Microcitemico"
Bruno Facen	Responsabile SPP
Maria R. Faedda	ICI DMP PO "Oncologico"
Fabrizio Manno	AS DMP PO "San Michele"
Pietro Mascia	Medico Competente PO "Microcitemico e Oncologico"
Miranda Melis	AS DMP PO "Oncologico"
Roberto Minelli	Dirigente Medico Clinica Pediatrica 1 PO "Microcitemico"
Angela Oggianu	AS DMP PO "Microcitemico"
Liliana M. Orrù	Infermiera DMP PO "Oncologico"
Silverio Piro	Medico Infettivologo AOB
Giuseppe S. Porcu	Dirigente Medico Laboratorio Anatomia Patologica PO "Oncologico"
Luisa Sodano	Medico Igienista GISIO-SItI

Verifica:

Giuseppe Piras	Medico PO Delegato CIO del DM PO "Microcitemico"
Antonio Manti	Medico Responsabile CIO PO "San Michele"
Maria Rosa Faedda	ICI Delegato per CIO del DMPO "Oncologico"

Approvazione:

Maria T. Addis	Direttore Medico PO Oncologico "A. Businico"
Giuseppe Piras	Direttore Medico PO "Microcitemico" ff
Marinella Spissu	Direttore Medico PO "San Michele"
Maria G. Nardi	Direttore Sanitario Aziendale AOB
Gabriella Pintus	Direttore Generale AOB

Procedura Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti
[Delibera Aziendale n. 1990 del 18.10.17]

Procedura infezioni correlate all' assistenza, Precauzioni standard e di isolamento
[Delibera Aziendale n. 1990 del 18.10.17]

Redazione

Dott. Antonio Manti	Direzione Sanitaria PO "San Michele", Coordinatore del Gruppo di Lavoro
Paolo Mundula	Medico Direzione Sanitaria PO "A. Businco"
Maria Rosa Faedda	Infermiere Specialista Rischio Infettivo, Direzione PO "A. Businco"
Dott. Maurizio Dedoni	Dirigente Medico Clinica Pediatrica 1 PO "Microcitemico"
Dott.ssa Angela Oggianu	AS DMP PO "Microcitemico"
Dott.ssa Sara Dettori	Infermiera DMP PO "Microcitemico"
Dott.ssa Claudia Crociani	Dirigente Medico Lab. Responsabile Microbiologia
Dettori Bruna	Responsabile Professioni Sanitarie

Verifica Comitato Infezioni Ospedaliere AOB

Approvazione

Maria Gabriella Nardi	Direttore Medico PO "A. Cao"
Marinella Spissu	Direttore Medico PO "San Michele"
Maria Teresa Addis	Direttore Medico PO "A. Businco"
Vinicio Atzeni	Direttore Sanitario AOB
Graziella Pintus	Direttore Generale AOB

Procedura - Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da *Clostridium difficile*
[Delibera Aziendale n. 1990 del 18 .10.17]

Redazione:

Dott. Antonio Manti	Direzione Sanitaria PO "San Michele", Coordinatore del Gruppo di Lavoro
Claudia Crociani	Dirigente Medico Laboratorio di Microbiologia PO "San Michele"
Sara Dettori	Infermiera DMP PO "Microcitemico"
Maria R. Faedda	ISRI DMP PO Oncologico
Rita Galbiati	Dirigente Medico Anestesia e Rianimazione PO "Oncologico"
Angela Oggianu	AS DMP PO "Microcitemico"
Paolo Mundula	Dirigente Medico DMP PO "Oncologico"
Giuseppe Piras	Dirigente Medico DMP PO "Microcitemico"
Dettori Bruna	Responsabile Professioni Sanitarie

Verifica: Comitato Infezioni Ospedaliere AOB

Approvazione:

Maria T. Addis	Direttore Medico PO "Oncologico"
Maria G. Nardi	Direttore Medico PO "Microcitemico"
Marinella Spissu	Direttore Medico PO "San Michele"
Vinicio Atzeni	Direttore Sanitario Aziendale AOB
Graziella Pintus	Direttore Generale AOB

Procedura per il Trasferimento Secondario Aereo Pediatrico
[In corso di approvazione]

Redazione:

Paola Pitzalis

Direzione Medica di PO – Coordinatore del Gruppo di Lavoro

P.O. "San Michele"

Roberto Tumbarello

Livia Frau

Paola Spanu

Maurizio Zanda

PierGiorgio Setti

Manuel Scarano

Alessandro Canetto

Direttore SC Cardiologia Pediatrica

Dirigente Medico SC Cardioanestesia

Dirigente Medico SC Anestesia

Direttore SC Pediatria

Dirigente Medico SC Rianimazione

Dirigente Medico SSD Neonatologia

Direttore SSD Medicina D'Urgenza Pediatrica

P.O. "Microcitemico":

Giuseppe Piras

Alberto Lai

Francesco Corongiu

Rosa Anna Podda

Direzione Medica di PO

Responsabile SSD Anestesia Pediatrica

Dirigente Medico SC Onco Ematologia Pediatrica

Dirigente Medico SC Clinica Pediatrica, Talassemia e Mal. Rare

Verifica:**P.O. "San Michele":**

Fortunato Deplano

Maria Emilia Marcello

Luciana Pibiri

Luciano Curreli

Marinella Spissu

Direttore ff SC Anestesia AOB

Direttore ff SC Rianimazione AOB

Direttore SSD Neonatologia AOB

Direttore SC Cardioanestesia AOB

Direzione Medica di PO "S. Michele"

P.O. "Microcitemico":

Paolo Moi

Direttore SC Clinica Pediatrica, Talassemia e Mal. Rare

Approvazione:

Maria Gabriella Nardi,

Marinella Spissu,

Maria Teresa Addis,

Vinicio Atzeni,

Graziella Pintus,

Direttore Medico di Presidio Ospedaliero "A. Cao"

Direttore Medico di Presidio Ospedaliero "San Michele"

Direttore Medico di Presidio Ospedaliero "A. Businco"

Direttore Sanitario Aziendale AOB

Direttore Generale AOB

Procedura Trasferimento aereo paziente adulto**[In corso di approvazione]**

C. Ghiani

Dirigente Medico Direzione di Presidio- Coordinatore del Gruppo di Lavoro

P.O. "San Michele":

V. Atzeni

M. Pisu

E. Cirio

F. Deplano

C. Ghiani

Direttore SC Medicina II

Dirigente Medico SC Rianimazione

Direttore SC CCH

Infermiera Coordinatore SSOO

Dirigente Medico, Direzione di Presidio Ospedaliero

M.E. Marcello
M.Porcu
M. Melis
A. Diana
L. Fei

Direttore ff SC Rianimazione
Direttore Dipartimento CTV
Direttore SC Neurologia / Stroke
Direttore SSD Neuroriabilitazione
Dirigente Medico Medicina 1

P.O. "A. Businco":

M. Corrigan
M.G. Cabras
A.A. Di Tucci

Dirigente Medico Direzione di Presidio Ospedaliero
Direttore SC ff Ematologia
Dirigente Medico SC Ematologia

Verifica e Approvazione:

Marinella Spissu
Maria Teresa Addis
Vinicio Atzeni
Graziella Pintus

Direzione Medica di PO "*San Michele*"
Direttore Medico di Presidio Ospedaliero "*A. Businco*"
Direttore Sanitario Aziendale AOB
Direttore Generale AOB

Cap. 3 – Progettazione e gestione del progetto: il contesto di riferimento l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari. di Giorgio Banchieri¹

Metodologia, strumenti e analisi di fattibilità del progetto.

Il contesto del progetto.

La realtà dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari e il suo percorso verso l'eccellenza.

L'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari è una Azienda di rilevanza nazionale e una struttura di riferimento per l'alta specialistica per la Regione Sardegna.

Con la recente incorporazione del Polo Oncologico "A. Businco" e del Presidio Ospedaliero Pediatrico e Talassemico "A. Cao", già presidi interni alla ASL di Cagliari, è diventato il complesso ospedaliero non policlinico più significativo della Sardegna e un polo ospedaliero per l'alta specialistica di assoluta rilevanza anche a livello nazionale.

Data questa sua evoluzione, la Direzione strategica si è posta l'obiettivo di elevare il livello di qualità diffusa nelle articolazioni aziendali e di garantire strumenti di *governance clinica* evoluti (*assessment* organizzativo, desk direzionale, PDTA/PCA, procedure aziendali).

Per altro l'Azienda Ospedaliera aveva a suo tempo avviato un processo di accreditamento con la *Joint Commission International*, poi interrotto per cause interne ed esterne.

La Direzione strategica aziendale ha voluto strutturare un sistema di PDTA/PCA relativi ai principali profili di patologie trattate nell'ospedale. Sistema di PDTA/PCA, a sua volta supportato da Procedure aziendali condivise e trasversali ai PDTA/PCA sviluppati, a completamento di un sistema di sicurezza e qualità delle cure erogate. Per quanto sopra, la Direzione Generale ha indetto una gara con procedura pubblica per scegliere un partner esterno affidabile e qualificato in grado di supportare le risorse professionali interne.

La procedura di gara si è svolta e ha dato un esito concretizzatosi nell'individuare il partner progettuale esterno nel RTI Tra *LUISS Business School* e *Gruppo Forma Mentis srl*, entrambi di Roma.

La missione dell'Azienda.

"... L' Ospedale, inaugurato nel 1982, è intitolato al Prof. Giuseppe Brotzu (1885 – 1976), insigne scienziato sardo, il cui nome è legato alla scoperta delle cefalosporine.

Nel 1993, con D.P.C.M., è stato riconosciuto come Ospedale di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione e, successivamente, nel 1996, viene costituito in Azienda Ospedaliera Autonoma. Sin dalla sua progettazione è stato pensato come un centro di alta specializzazione in grado di offrire ai cittadini sardi un'assistenza all'avanguardia, soprattutto nell' alta specialità e nell' emergenza. Le successive riforme del Servizio Sanitario ne hanno modificato lo stato giuridico, ma l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" ha mantenuto questa naturale vocazione di motore per l'innovazione in campo sanitario attraverso la capacità e la volontà di progettare ed offrire un'assistenza sanitaria migliore e sempre più utile ai cittadini.

Coerentemente con i suoi principi fondatori, infatti, lavora costantemente per sviluppare la capacità di offrire servizi sanitari di alto livello, con una particolare attenzione verso la ricerca della "qualità" e del "eccellenza", intesa, non solo come realtà tecnologica, ma soprattutto come capacità di rispondere in modo efficiente alle diverse esigenze dei cittadini con la consapevolezza che al centro di ogni attività medica c'è l'uomo nella sua interezza e complessità.

1. Direttore del Progetto

La missione dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" si può quindi sintetizzare come "un costante impegno per migliorare i servizi per la salute".

Un impegno che si traduce in una continua attività di aggiornamento del personale e delle attrezzature mediche e la creazione di spazi assistenziali sempre più accoglienti e conformi alle esigenze dei pazienti ..." [Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu", Deliberazione n.131 del 31/01/2014]

Le dimensioni del Polo Ospedaliero.

L'Ospedale "G. Brotzu" è un ospedale che oggi include tre stabilimenti ospedalieri, precedentemente autonomi, ovvero, l'Ospedale "San Michele", l'Ospedale Oncologico "A. Businco" e l'Ospedale Pediatrico - Talassemico "A. Cao". I Posti letto nei tre complessi ospedalieri di AOB nel 2017 erano così distribuiti 617 PL ordinari. 105 PL di day Hospital e 26 PL di Day Surgery.

DESCR. STABILIBENTO	CLASSIFICAZIONE di Struttura	TIPO LETTO	D.O.	D.H.	D.S.	TOT
SAN MICHELE	CARDIOCHIRURGIA	ACUTI	24			24
SAN MICHELE	CARDIOLOGIA	ACUTI	41	1	1	43
SAN MICHELE	CHIRURGIA GENERALE e dei TRAPIANTI di FEGATO e PANCREAS	ACUTI	23	1	2	26
SAN MICHELE	CHIRURGIA D'URGENZA	ACUTI	24		1	25
SAN MICHELE	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	ACUTI	1	1	2	4
SAN MICHELE	CHIRURGIA PEDIATRICA	ACUTI	10		2	12
SAN MICHELE	CHIRURGIA PLASTICA	ACUTI	3		1	4
SAN MICHELE	CHIRURGIA TORACO VASCOLARE	ACUTI	22		1	23
SAN MICHELE	MEDICINA II	ACUTI	33	1		34
SAN MICHELE	MEDICINA II	ACUTI	38	1		39
SAN MICHELE	NEUROCHIRURGIA	ACUTI	28			28
SAN MICHELE	NIDO	ACUTI	28			28
SAN MICHELE	NEUROLOGIA	ACUTI	27	4		31
SAN MICHELE	STROKE UNIT	ACUTI	13			13
SAN MICHELE	OCULISTICA	ACUTI			2	2
SAN MICHELE	ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA	ACUTI	18		1	19
SAN MICHELE	OSTETRICIA e GINECOLOGIA	ACUTI	34		1	35
SAN MICHELE	CHIRURGIA del PAVIMENTO PELVICO	ACUTI	3		1	4
SAN MICHELE	GINECOLOGIA DISFUNZIONALE ed ENDOSCOPICA	ACUTI	2		1	3
SAN MICHELE	CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA	ACUTI	1		1	2
SAN MICHELE	PEDIATRIA	ACUTI	20	2		22
SAN MICHELE	UROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	UROLOGIA AMBULATORIALE E DH	ACUTI		1	1	2
SAN MICHELE	NEFROLOGIA e DIALISI	ACUTI	20	2	1	23
SAN MICHELE	TRAPIANTO RENE	ACUTI	10			10
SAN MICHELE	RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	ACUTI	12			12
SAN MICHELE	CARDIOANESTESIA	ACUTI	9			9
SAN MICHELE	UNITÀ CORONARICA	ACUTI	8			8
SAN MICHELE	CARDIORIABILITAZIONE	POST ACUTI		10		10
SAN MICHELE	GASTROENTEROLOGIA	ACUTI	24	1		25
SAN MICHELE	NEONATOLOGIA	ACUTI	2			2
SAN MICHELE	NEURORIABILITAZIONE	POST ACUTI	11	1		12
SAN MICHELE	CENTRO DISTURBI PERVASIVI dello SVILUPPO	POST ACUTI		5		5

L'Azienda ospita inoltre "Fase 1", che è una società della Regione Sardegna di ricerca clinica per la sperimentazione di nuovi farmaci e di quelli già esistenti. L'Unità di Ricerca Clinica di "Fase 1" si trova all'11° piano dell'Ospedale "San Michele", che collabora nei progetti di sperimentazione.

I tre stabilimenti ospedalieri sono costituiti da una moderne strutture articolate in più piani e in seminterrati, ed anche in un corpo staccato che ospita i nuovi ambulatori.

Sin dalla sua progettazione, è stato pensato come un Centro di Alta Specializzazione, in grado di offrire ai cittadini sardi un'assistenza all'avanguardia soprattutto nelle specialità, come quelle relative alla malattia del cuore ed ai trapianti d'organo. Oggi è il più grande complesso ospedaliero della Sardegna ad alta complessità assistenziale non policlinico universitario.

Il volume dei ricoveri per le principali patologie sono stati nel 2016 i seguenti:

Codice MDC	Descrizione MDC	Totale casi anno 2016	Incidenza % casi
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	4.757	11,879%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	4.206	10,503%
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3.987	9,957%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2.523	6,301%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.421	6,046%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.334	5,829%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.166	5,409%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso e della gola	1.881	4,697%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.874	4,680%
14	Gravidanza, parto e puerperio	1.727	4,313%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.572	3,926%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.496	3,736%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sist. Immunitario	1.432	3,576%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.350	3,371%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo scheletrico e del connettivo	1.340	3,346%
19	Malattie e disturbi mentali	1.222	3,052%
18	Malattie infettive e parassitarie	927	2,315%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	920	2,297%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	913	2,280%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	301	0,752%
21	Traumatismi avvelenamenti ed effetti tossici da farmaci	291	0,727%
00	Pre MDC	264	0,659%
24	Traumatismi multipli rilevanti	90	0,225%
22	Ustioni	23	0,057%
20	Abuso di alcol, droghe e disturbi mentali indotti	21	0,052%
25	Infezioni da HIV	6	0,015%

La definizione degli obiettivi del progetto

La condivisione degli obiettivi tra i partner di progetto.

All'inizio dell'affidamento del progetto da parte della Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari al Raggruppamento temporaneo di Imprese tra la LUISS "G. Carli" Business School e Forma Mentis SRL, aggiudicatario della gara svolta, si è svolta una intensa fase di confronto tra la committenza e il RTI per definire il Piano Esecutivo del progetto che doveva renderlo operativo.

Quindi la fase di pianificazione del progetto ha coinciso con la sua fase di start up.

In sintesi, scopo finale della pianificazione del progetto è stata l'effettuazione dell'analisi di fattibilità allo scopo di verificare attuabilità e condizioni del progetto, definendo, appunto, il Piano Esecutivo o di fattibilità del progetto condiviso con la Direzione Strategica Aziendale. In questa fase si sono organizzate le attività e le risorse del progetto effettuando una tempistica realistica dell'inizio e della fine di ciascuna sotto attività del progetto in condivisione con la Direzione Strategica Aziendale e con la Cabina di regia Aziendale del progetto. La determinazione finale delle attività e delle risorse del progetto è stata svolta in questa fase. Le sotto fasi della programmazione del progetto svolte si possono sintetizzare in:

- attribuzione di responsabilità (matrice compiti-responsabilità);
- effettuazione della programmazione del progetto (*network planning*);
- realizzazione del diagramma di GANTT;
- analisi dei problemi potenziali del progetto;
- analisi delle risorse disponibili;
- valutazione economica del progetto.

La garanzia di qualità e l'approccio di change management del progetto.

La fase di transizione dall'attuale assetto dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" verso quello desiderato e progettato, è stata gestita, quindi, con un *Piano di Cambiamento*, tempificato rispetto al piano di progettazione

e realizzazione, centrato sulle persone destinatarie delle innovazioni, monitorandolo nel conseguimento dei risultati. Questo Piano includeva le azioni necessarie per:

- raccogliere consenso sulle innovazioni organizzative e funzionali proposte;
- agevolare l'introduzione di nuovi PDTA/PCA e delle loro modalità operative;
- intervenire sui "sistemi organizzativi", in maniera coerente ed integrata (organizzazione, procedure di lavoro, gestione risorse umane).

Il *Piano di Cambiamento* ha considerato i seguenti aspetti:

- orientamento all'innovazione e al grado di motivazione degli operatori da coinvolgere;
- grado di integrazione e frequenza dei rapporti tra le diverse funzioni aziendali coinvolte;
- tipologia di relazione in rapporto al grado di autonomia e responsabilizzazione;
- sviluppo delle competenze manageriali e professionali;
- indirizzamento dei comportamenti individuali ed organizzativi;
- coinvolgimento del personale ai vari livelli;
- documentazione e supporto del sistema informativo.

Le fasi del *Piano di Cambiamento* sono state definite in base alle evidenze e alle buone pratiche come segue:

1. Individuazione degli operatori sanitari per ruoli e gruppi omogenei;
2. Analisi dei ruoli organizzativi;
3. Analisi degli impatti del cambiamento e dei fattori di rischio del progetto (1);
4. Analisi degli impatti del cambiamento e dei fattori di rischio del progetto (2);
5. Individuazione dei "facilitatori" aziendali del progetto;
6. Piano di Formazione dei "facilitatori" aziendali e verifica della qualità diffusa nelle SSC e SSD coinvolte;
7. Piano di comunicazione sugli obiettivi e i risultati attesi del progetto.

1. Individuazione degli operatori sanitari per ruoli e gruppi omogenei:

Fase di lavoro	Descrizione
<i>Identificazione degli operatori da coinvolgere</i>	Gli operatori sanitari interni alle SSC e SSD da coinvolgere nella stesura dei PDTA/PCA sono stati identificati e descritti in riferimento alle loro competenze e qualifiche professionali.
<i>Individuazione delle Unità Organizzative da coinvolgere</i>	In base agli obiettivi dei PDTA/PCA sono state individuate le Strutture Organizzative e gli operatori da coinvolgere.
<i>Definizione degli operatori da coinvolgere</i>	E' stata approfondita la descrizione dello skill degli operatori da coinvolgere, aggregati per categorie omogenee.

2. Analisi dei ruoli organizzativi:

Fase di lavoro	Descrizione
<i>Identificazione degli operatori da coinvolgere</i>	E' stata definita la scelta dei parametri di selezione degli operatori da coinvolgere anche tramite l'uso della <i>Social Network Analysis</i> . E' stato definito il personale interno, su cui condurre la rilevazione per arrivare successivamente alla identificazione dei 194 "facilitatori" presso le SSC e SSD coinvolte.
<i>Personalizzazione delle modalità di indagine</i>	Sono stati modificati e personalizzati gli strumenti di indagine e di elaborazione dati. Sono state definite le modalità di conduzione della rilevazione.

<i>Fase di lavoro</i>	<i>Descrizione</i>
<i>Conduzione della analisi e raccolta dati</i>	Sono state definite le modalità di comunicazione dell'iniziativa, la pianificazione e la distribuzione e raccolta dei questionari per i livelli operativi.
<i>Elaborazione e analisi dei risultati</i>	Sono stati elaborati i dati raccolti con questionari, e sono stati interpretati i risultati, formalizzando il rapporto finale.
<i>Comunicazione dei risultati</i>	I risultati dell'analisi sono stati predisposti con una comunicazione scritta alla Direzione Strategica Aziendale.

3. Analisi degli impatti del cambiamento e dei fattori di rischio del progetto (1):

<i>Aree di possibile impatto</i>	<i>Potenziali resistenze monitorate</i>
1) Organizzazione 2) Figure professionali 3) Procedure di lavoro 4) Competenze 5) Sistemi informativi 6) Comunicazione 7) Responsabilità e Delega 8) Logiche di funzionamento 9) Integrazione tra le funzioni 10) Gestione risorse umane	1) Perdita potere/status 2) Adeguatezza professionale 3) Comprensione del cambiamento 4) Carenza di <i>sponsor ship</i> 5) Mancato coinvolgimento 6) Modifica dei contenuti lavorativi 7) Aspetti retributivi 8) Cambio di responsabilità 9) Sicurezza del posto di lavoro 10) Non sufficiente interesse

4. Analisi degli impatti del cambiamento e dei fattori di rischio del progetto (2):

<i>Fase di lavoro</i>	<i>Descrizione</i>
<i>Progettazione</i>	Attraverso incontri con la Direzione Strategica Aziendale, sono stati identificati i temi chiave di indagine, definiti gli attori che hanno partecipato alla progettazione (Cabina di Regia aziendale del Progetto) e le modalità di conduzione.
<i>Esecuzione</i>	Incontri tra Team WORK RTI e Cabina di Regia AOB
<i>Follow-up</i>	Formalizzazione dei risultati. Incontro con la Direzione Strategica Aziendale per esaminare i risultati emersi e le proposte di intervento scaturite dagli incontri.

5. Individuazione delle competenze dei "facilitatori" aziendali del progetto:

<i>Fase di lavoro</i>	<i>Descrizione</i>
<i>Condivisione del modello progettuale di progettazione di PDTA/PCA aziendali</i>	Sono stati sottoposti agli interlocutori di riferimento metodologie e strumenti per svolgere l'analisi organizzativa propedeutica allo sviluppo dei PDTA aziendali, apportando le necessarie personalizzazioni.
<i>Definizione delle competenze distintive</i>	Sono state identificate le competenze distintive e innovative, indotte dalla introduzione dei PDTA/PCA nell'azienda sanitaria.
<i>Valutazione del Gap delle competenze</i>	Sono state confrontate le competenze possedute dagli operatori sanitari coinvolti con quelle richieste dal progetto, evidenziandone i possibili divari.
<i>Formazione</i>	In funzione delle scelte, è stato definito e attuato un piano di azione per lo sviluppo delle competenze tecniche e relazionali del personale sanitario coinvolto.

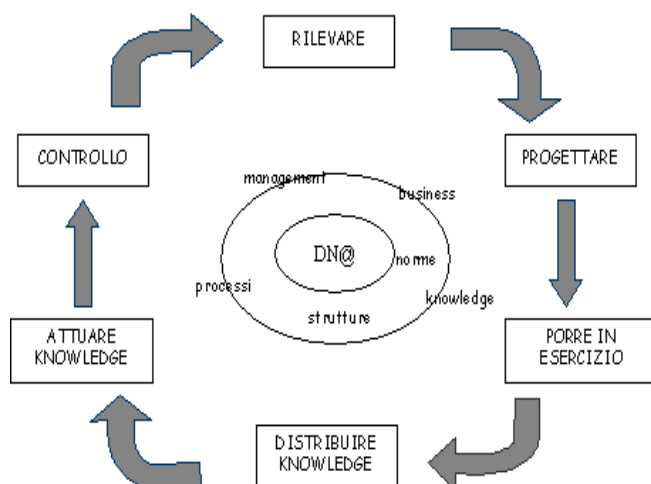
6. Piano di Formazione dei “facilitatori” aziendali e verifica della qualità diffusa nelle Unità Operative coinvolte:

Fase di lavoro	Descrizione
<i>Analisi dei fabbisogni formativi</i>	Partendo dal Piano di azione scaturito dalla valutazione delle competenze ed integrandolo con le informazioni raccolte durante le fasi successive di lavoro, è stato possibile definire i fabbisogni di formazione.
<i>Definizione dei contenuti formativi</i>	Sono stati esplicitati i fabbisogni in iniziative di formazione relative a: ▪ Formazione Manageriale; ▪ Formazione Professionale; ▪ Addestramento Operativo. Per ogni area è stata elaborata una scheda progetto, con l’indicazione dei titoli dei corsi, la descrizione, gli obiettivi di apprendimento le modalità didattiche, i destinatari, la docenza, la durata, le modalità di verifica dell’apprendimento, i materiali di supporto, la logistica d’aula.
<i>Calendarizzazione interventi</i>	Sono stati mappati i corsi di formazione sui destinatari, definendo l’orizzonte temporale per la progettazione ed erogazione dei corsi.
<i>Formazione on the job</i>	I “facilitatori” hanno usato gli strumenti acquisiti “on the job” nelle loro SSC e SSD per raccogliere i dati utili alla rilevazione, in una ottica di autovalutazione dei professionisti, dei dati qualitativi sul livello di aderenze o meno ai criteri definiti nell’ambito del progetto.
<i>Trasduzione di dati qualitativi in dati quantitativi</i>	Per trasdurre i dati qualitativi raccolti in dati quantitativi il Gruppo di progetto ha usato il Metodo Delphi, ovvero, utilizzando referi ha tradotto i dati qualitativi delle autovalutazioni dei professionisti in dati quantitativi confrontabili tra loro per range di valutazione.
<i>Desk direzionale</i>	I dati qualitativi trasdotti in dati quantitativi sono stati usati per alimentare un database strutturato che ha generato un “Tableau per la Governance”, denominato TAGO, in grado di dare alla Direzione Strategica aziendale un visione di insieme e sintetica sulla qualità diffusa presente nell’azienda ospedaliera e consentire politiche attive di allineamento ai criteri adottati delle articolazioni aziendali non convergenti.
<i>Identificazione delle Azioni di Miglioramento possibili e necessarie.</i>	Dalle lettura del Desk direzionale è stato possibile identificare le azioni di miglioramento possibili e necessarie per garantire una “qualità diffusa” e “allineata” tra le diverse SSC e SSD da coinvolgere nella costruzione dei PDTA/PCA.
<i>Costruzione dei PDTA/PCA aziendali relativi ai profili di patologia più significativi per numero di casi e loro valore.</i>	Dopo questa attività di consolidamento e allineamento del livello qualitativo delle articolazioni aziendali è stato possibile avviare il lavoro di costruzione dei PDTA/PCA con gruppi di operatori sanitari multi professionali e multi disciplinari.

7. Piano di comunicazione sugli obiettivi e i risultati attesi del progetto:

Fase di lavoro	Descrizione
<i>Definizione dello approccio</i>	Sono state definite le motivazioni del cambiamento e individuati gli eventi cardine che dovevano guidare la comunicazione.
<i>Selezione messaggi e destinatari</i>	E’ stata fatta una segmentazione della popolazione destinataria della comunicazione, sono stati identificati i messaggi chiave e i contributori/estensori dei messaggi.
<i>Scelta dei media</i>	In funzione delle caratteristiche dell’audience, del tipo di messaggio, dell’efficacia ricercata, sono stati proposti e scelti i media più adeguati: siti, portali, meeting, ecc..
<i>Calendarizzazione</i>	E’ stata definita la tempistica delle azioni con gli eventi cardine del piano di comunicazione.

Quanto sopra ci aiuta a comprendere il carattere “*ciclico*” della progettazione svolta e a capire il senso del così detto “*Project life Cycle*”, come segue nel seguente schema:



L'evoluzione del contesto di analisi.

I Dipartimenti nella fase iniziale del progetto.

Nella fase di ingresso nell'Azienda Ospedaliera la struttura organizzativa era di tipo dipartimentale: erano presenti otto Dipartimenti, organizzati tra di loro, complementari ed interdipendenti per massimizzare l'efficienza clinica. Le finalità generali dei Dipartimenti erano:

- il miglioramento di efficacia e tempestività dell'atto medico attraverso il coordinamento del processo assistenziale,
- il miglioramento dell'assistenza anche attraverso l'umanizzazione dei rapporti tra operatori, assistiti e familiari,
- la standardizzazione delle procedure al fine di fornire livelli di assistenza omogenei,
- l'aumento dell'efficienza complessiva integrando programmazione e controllo di gestione,
- la promozione della ricerca.

I Dipartimenti erano: *Emergenza, Patologia Cardio Toraco Vascolare, Medicina Interna, Chirurgia, Servizi Speciali di Diagnosi e Cura, Patologia Renale, Diagnostica per Immagini.*

I Dipartimenti nell' Atto Aziendale di AOB (2014), Azienda Ospedaliera “G.Brotzu”.

L'organizzazione interna dell'Azienda Ospedaliera subisce una successiva modificazione e implementazione con il nuovo Atto Aziendale dell'Azienda Ospedaliera “G. Brotzu”, Deliberazione n.131 del 31/01/2014. I Dipartimenti previsti, alcuni nuovi e altri ridefiniti, sono i seguenti:

- *Dipartimento di Igiene e Governo delle Attività Sanitarie* (nuovo);
- *Dipartimento di Chirurgia e Trapianto di Fegato* (riparametrato);
- *Dipartimento di Patologia Renale, Ostetrico-Ginecologico e Trapianto di Rene* (riparametrato);
- *Dipartimento di Emergenza;*
- *Dipartimento Internistico;*
- *Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare;*
- *Dipartimento di Neuroscienze* (nuovo);
- *Dipartimento Servizi;*
- *Dipartimento Amministrativo e Tecnico* (nuovo).

Le articolazioni interne dell'Azienda previste nel nuovo Atto Aziendale sono le seguenti:

- *Strutture Complesse (SSC)*: sono caratterizzate da un elevato grado di autonomia gestionale e da piena responsabilità nella realizzazione di processi integrati.
- *Strutture Semplici Dipartimentali (SSD)*: sono istituite per l'esercizio di funzioni o di specialità la cui complessità organizzativa o i cui volumi di attività non giustificano l'attivazione di SSC. Sono caratterizzate da autonomia operativa che comporta la gestione di risorse umane, strutturali o strumentali dedicate o condivise con altre strutture. Dipendono gerarchicamente dal Direttore del Dipartimento.
- *Strutture Semplici*: sono dotate di una propria autonomia funzionale ed operativa e di risorse finalizzate allo svolgimento dei processi e delle funzioni di competenza assegnate. Tali strutture operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla Struttura Complessa sovra-ordinata, di cui rappresentano articolazione interna.

E' prevista una linea intermedia di governo delle attività sanitarie tramite la costituzione del nuovo:

Dipartimento di Igiene e Governo delle Attività Sanitarie, cui afferiscono le seguenti strutture:

Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera	S.C.
Farmacia e Gestione del Farmaco	S.C.
Sviluppo e Valutazione dei Processi Sanitari (attivazione dopo riordino rete ospedaliera)	S.C.
Centro Coordinamento Trapianti	S.C.
Health Technology Assessment	S.S.D.
Formazione e Libera Professione	S.S.D.
Struttura delle Professioni Sanitarie	S.S.D.

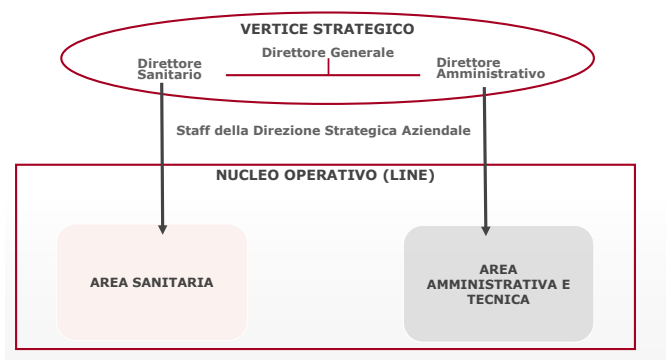
Il Dipartimento di Igiene e Governo delle Attività Sanitarie ha il ruolo di coordinamento, gestione, controllo e valutazione delle attività sanitarie dal punto di vista igienico – tecnico – organizzativo e concorre, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Lo stesso supporta i Dipartimenti e tutte le Strutture nelle rispettive attività sanitarie di competenza al fine di favorire lo sviluppo e l'implementazione di strumenti per il governo clinico, assicurare lo sviluppo ed il miglioramento della qualità e della sicurezza nonché la continuità e l'appropriatezza dei processi clinico – assistenziali. Si propone, inoltre, di definire le relazioni e sviluppare gli strumenti operativi che permettono l'integrazione tra le varie componenti professionali, indirizzando e supportando i comportamenti verso l'appropriatezza e l'efficienza clinico organizzativa.

Il nuovo Atto Aziendale del 25 settembre 2017.

Nel nuovo Atto Aziendale la struttura organizzativa di AOB è articolata in:

- *Vertice strategico*, costituito dalla Direzione aziendale (Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) che, nell'esercizio delle proprie funzioni di direzione strategica, si avvale dello Staff;
- *Staff della Direzione aziendale*: svolge funzioni strumentali e di supporto alle attività di programmazione e controllo strategico orientate allo sviluppo della produzione dei servizi sanitari e all'efficiamento organizzativo;
- *Nucleo operativo (line)* che svolge il complesso delle attività sanitarie di organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, delle attività di supporto diretto (servizi alberghieri e tecnici operanti nelle strutture sanitarie con attività che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie) e delle attività amministrative e tecniche non direttamente coinvolte nella produzione/erogazione dei servizi, mediante le quali vengono acquisite, organizzate e gestite le risorse destinate alle unità di produzione.



Nel nuovo Atto Aziendale l'AOB viene strutturata, quanto alla specifica componente sanitaria, in un Presidio ospedaliero unificato, articolato su tre stabilimenti ospedalieri, rispettivamente:

- stabilimento San Michele, DEA di II livello e HUB regionale per la rete dei trapianti;
- stabilimento "Armando Businco", HUB regionale per la rete delle malattie oncologiche;
- stabilimento "Antonio Cao", centro di riferimento regionale per le malattie rare e talassemie e HUB dell'assistenza pediatrica connesso al San Michele per le attività pediatriche di emergenza urgenza.

Le attività sanitarie di organizzazione, produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie sono rese attraverso la strutturazione di dipartimenti strutturali a loro volta articolati in:

- a. strutture complesse e semplici dipartimentali;
- b. strutture semplici (articolazioni organizzative delle strutture complesse).

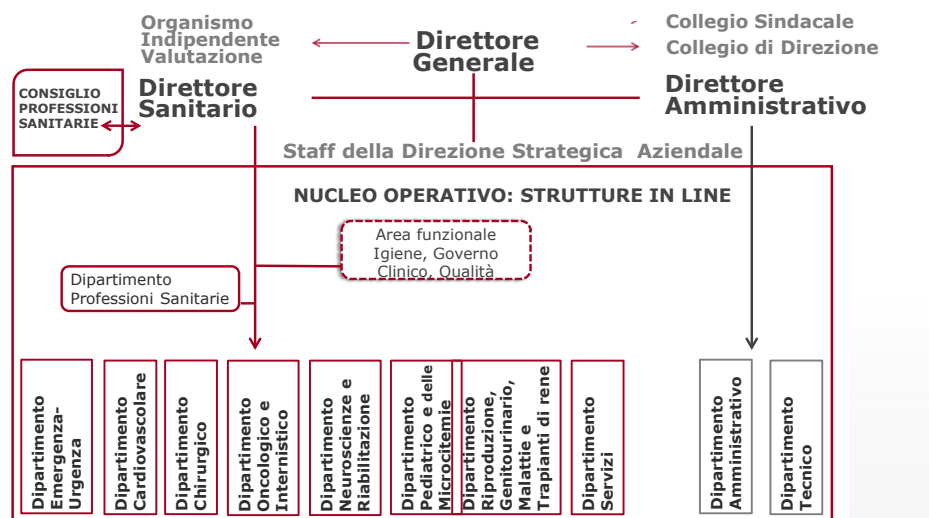
Sono previsti dipartimenti/aree funzionali finalizzati al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari:



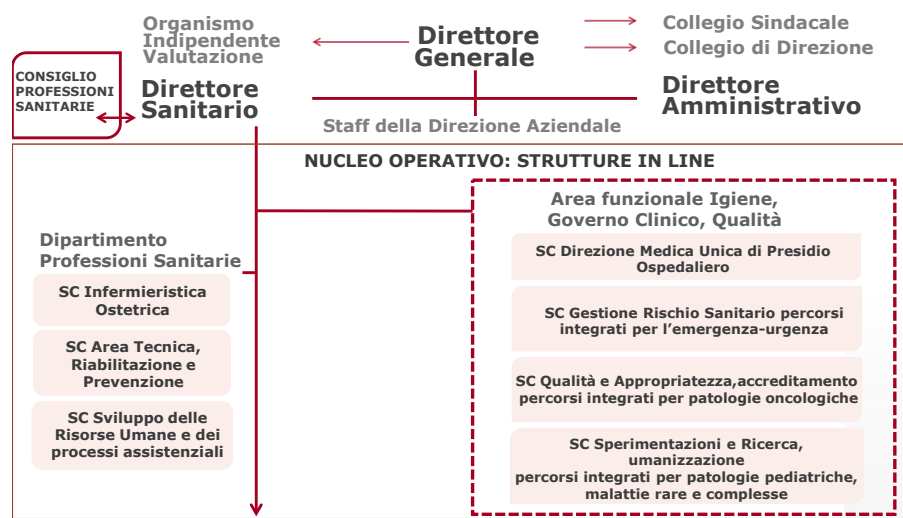
Il modello organizzativo della Direzione Strategica Aziendale è il seguente:



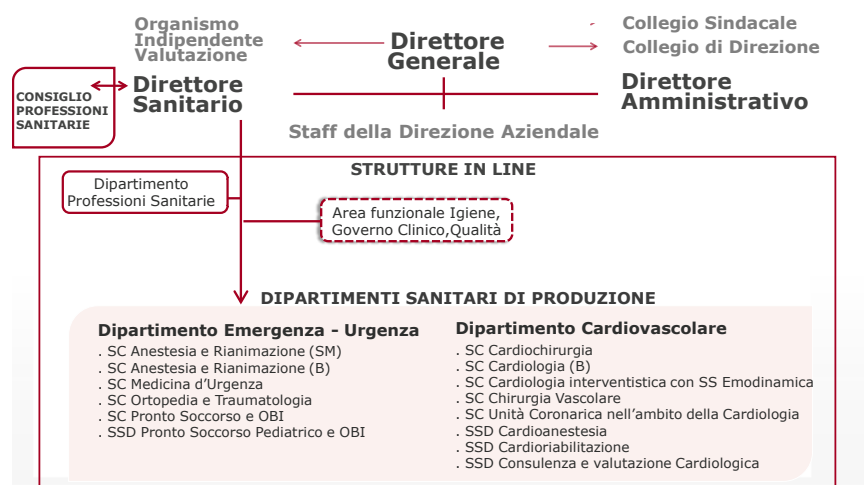
Di seguito è riportato uno schema generale dell'assetto organizzativo aziendale che prevede 10 dipartimenti di cui 2 a carattere tecnico amministrativo:



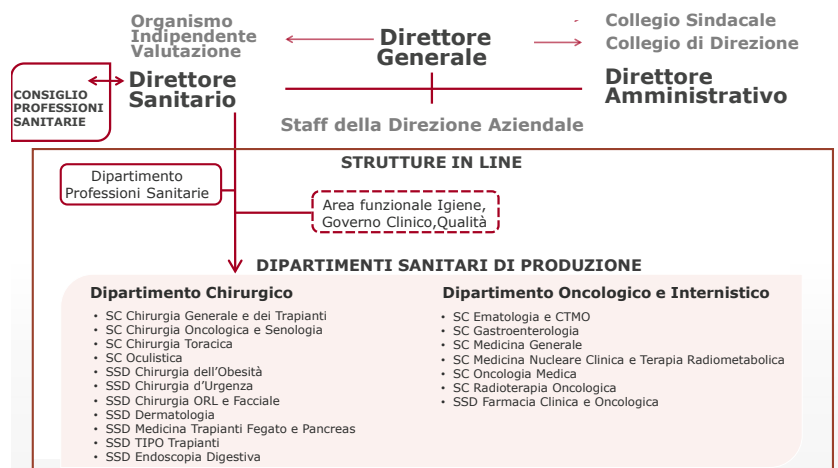
Di seguito è illustrata la articolazione organizzativa dell'area sanitaria:



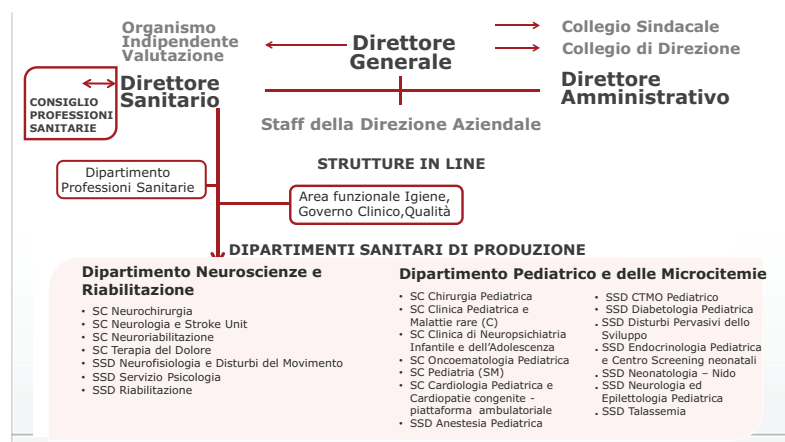
Il Dipartimento Emergenza-Urgenza e il Dipartimento Cardiovascolare sono costituiti rispettivamente dalla aggregazione delle SC e SSD indicate nel seguente schema:



Il *Dipartimento Chirurgico* e il *Dipartimento Oncologico e Internistico* sono costituiti rispettivamente dalla aggregazione delle SC e SSD indicate nel seguente schema:



Il *Dipartimento Neuroscienze e Riabilitazione* e il *Dipartimento Pediatrico e delle Microcitemie* sono costituiti rispettivamente dalla aggregazione delle SC e SSD indicate nel seguente schema:



Il *Dipartimento Riproduzione, Genitourinario, Malattie e trapianti di rene* e il *Dipartimento Servizi* sono costituiti rispettivamente dalla aggregazione delle SC e SSD indicate nel seguente schema:



La definizione degli obiettivi del progetto.

Il progetto PDTA/PCA in AOB: gli obiettivi del progetto.

Il progetto ha registrato, quindi, una sua evoluzione man mano che tra Cabina di Regia Aziendale, interfaccia progettuale interna, e il Team Work del Raggruppamento Temporaneo d'Imprese tra *LUISS Business School* e *Forma Mentis I&S srl*, si sono andate precisando le condizioni di contesto e lo stato della cultura aziendale sui temi del miglioramento continuo della qualità e della gestione per processi.

La prima definizione del progetto.

Il progetto aveva inizialmente i seguenti obiettivi:

1. Costruire una rete di “*facilitatori*” nei Dipartimenti e nelle SSC/SSD per la condivisione degli strumenti e per lo svolgimento dell’assessment organizzativo di SSC/SSD, tramite un programma di formazione e addestramento degli operatori dedicati e successiva sperimentazione sul campo;
2. Costruire PDTA/PCA (Trapianto del rene e Ictus) per filiere assistenziali all’interno dell’azienda ospedaliera con indicatori e standard di riferimento.

La nuova definizione del progetto.

Dopo le verifiche svolte sul campo dal Team Work del RTI, congiuntamente a quelle con la Cabina di Regia Aziendale, si è convenuto di precisare in maniera più puntuale gli obiettivi del progetto.

Questo sia per la verifica congiunta della non sussistenza di PCA o PDTA nelle SSC/SSD o nei Dipartimenti di AOB da considerare propedeutici a nuovi PDTA/PCA “*integrati*” aziendali, sia per il bisogno di svolgere una diffusa e capillare analisi organizzativa in tutte le articolazioni aziendali.

Pertanto sono stati precisati gli obiettivi progettuali a modifica e integrazione di quelli originari, prevedendo l’articolazione in quattro *Linee di attività* autonome, ma coordinate fra loro:

1. *Linea di attività 1.* Analisi del potenziale e del posizionamento dell’Azienda in confronto alle altre aziende sanitarie della Sardegna e di un cluster di aziende ospedaliere nazionali simili per complessità assistenziale NON policlinici, ovvero, l’AO “*Ca’ Granda – Niguarda*” di Milano”, l’AO “*San Camillo – Forlanini*” di Roma e l’AO “*Cardarelli*” di Napoli;
2. *Linea di attività 2.* [Implementata rispetto al primo piano di progetto]. Attività di analisi organizzativa quale preconditione per le successive analisi dei potenziali assistenziali dell’azienda in 41 raggruppamenti di Strutture Complesse e Dipartimentali, come indicato dalla Direzione Generale della AO “*G.Brotzu*”, tramite la formazione dei 194 “*facilitatori*” aziendali su strumenti di analisi organizzativa versus l’attivazione di processi di miglioramento della qualità dell’assistenza ;
3. *Linea di attività 3.* Formazione dei “*facilitatori*” sull’uso di strumenti di analisi del potenziale assistenziale e clinico verso l’eccellenza, più la decisione di concentrarsi sulla scrittura di 2 PDTA/PCA interdipartimentali integrati, scelti tra una rosa di possibili PDTA/PCA, ovvero, Ictus, Trapianto di rene, Infarto del miocardio, Percorso nascita, Scompenso cardiaco, come da analisi incrociata dei punteggi (1) e (2) precedenti, da parte della Direzione Generale della AO “*G.Brotzu*”, e di un “*format*” unico aziendale predisposto a tale scopo;
4. *Linea di attività 4.* Costruzione di una library documentale strutturata con modello di archiviazione condiviso con la Direzione Generale della AO “*G.Brotzu*”, su tutti i materiali raccolti a supporto dei punti da (1) a (3) o prodotti autonomamente dal progetto sui punti da (1) a (3);

L’obiettivo generale del progetto è, quindi, diventato la rilevazione e l’analisi dei dati più significativi sulla realtà dell’organizzazione esistente, sui temi della costruzione, gestione, implementazione, monitoraggio e valutazione dei PDTA/PCA sulle patologie più significative per volumi di attività e peso dei DRG in AOB.

Per ogni Raggruppamento di Strutture Complesse e Dipartimentali alla fine dello svolgimento della analisi organizzativa, tramite la somministrazione delle *Schede di Autovalutazione* e delle *Matrici di Analisi Organizzativa*, è stata compilata una mappa dei punti di forza e di debolezza.

Il Lotto 2 del progetto (anno 2013).

La Direzione Generale di AOB dopo la conclusione del Lotto1 ha ritenuto di implementare le attività svolte, attivando un Lotto 2 (anno 2013), con i seguenti obiettivi:

1. PCA e Procedure

Attività di scrittura di altri 3 PCA aziendali

- Infarto del Miocardio, Percorso Nascita, Politrauma, salvo altre indicazioni successive da parte della Direzione Generale di AOB.

Attività di scrittura di Procedure Aziendali anche a supporto dei PDTA/PCA realizzati: definite dalla Direzione Generale come segue:

1. Assistenza paziente con trauma maggiore (codice rosso);
2. Assistenza paziente con trauma maggiore (codice giallo);
3. Gestione paziente con infezione tubercolare;
4. Procedura per il trasferimento secondario aereo di un paziente pediatrico;
5. Procedura per il trasferimento secondario aereo di un paziente adulto;
6. Infezioni ospedaliere: Precauzioni standard e di isolamento per le ICA
7. Infezioni ospedaliere: Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti
8. Infezioni ospedaliere: Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium Difficile

2. Audit e Formazione

- Realizzazione di una attività di autovalutazione delle singole unità organizzative e di un piano di analisi organizzativa;
- Attività di audit organizzativo per garantire l'uniformità e l'allineamento delle singole azioni di miglioramento rispetto agli obiettivi strategici aziendali;
- Attività di formazione per il miglioramento continuo della qualità aziendale;
- Identificazione e monitoraggio di un set di indicatori e standard utili per una gestione integrata e sistemica dell'azienda, coerentemente con i sistemi di monitoraggio in uso per i PDTA/PCA realizzati;
- Identificazione di strumenti di governance aziendale per la costruzione di un sistema di gestione che integri i flussi informativi con il sistema di budgeting e i sistemi premianti aziendali.

3. Comunicazione.

- Costruzione di un piano di comunicazione sia interno che esterno all'azienda sugli esiti del progetto.

Le nuove fasi di lavoro sono state svolte in loco attraverso un ulteriore coinvolgimento dei singoli Dipartimenti e dei Facilitatori di AOB già precedentemente impegnati.

Poiché per ogni Dipartimento era stata compilata una mappa dei punti di forza e di debolezza relativamente allo sviluppo della qualità organizzativa - tramite la realizzazione di TAGO, *Tableau Mutidimensionale per la Governance Aziendale* - e delle performance cliniche, è stato possibile definire le azioni di miglioramento necessarie per allineare l'organizzazione aziendale agli standard individuati per supportare la gestione dei PDTA/PCA progettati e da progettare. I "facilitatori" hanno potuto, ove richiesto, aggiornare i profili di autovalutazione e di analisi organizzativa con il supporto del RTI.

Individuati i gap formativi rispetto alle competenze tecniche e relazionali necessarie alla gestione dei singoli PDTA/PCA da sviluppare, la Cabina di Regia AOB del progetto, con il supporto del RTI di progetto, ha acquisito tutti gli elementi utili per definire le attività formative da svolgere per garantire una uniforme diffusione delle competenze e delle capacità necessarie alla gestione dei nuovi obiettivi del progetto.

Rimaneva l'esigenza di un collegamento successivo da parte della Direzione Generale AOB delle procedure codificate per il budgeting e la pianificazione strategica triennale, come da obblighi normativi vigenti, con i flussi di dati, indicatori e standard, generati dai PDTA/PCA e dalle Procedure Aziendali attivate per consolidare il percorso sviluppato.

Lotto 3 del progetto (2015)

La Direzione Generale di AOB, anche alla luce del processo di integrazione con altri due presidi ospedalieri di Cagliari precedentemente interni alla AUSL territoriale, ovvero il Presidio Ospedaliero Oncologico e quello Pediatrico/Talassemico, ha deciso di estendere l'esperienza di costruzione di PDTA/PCA integrati intra aziendali indicando un nuovo Lotto del progetto, con i seguenti obiettivi:

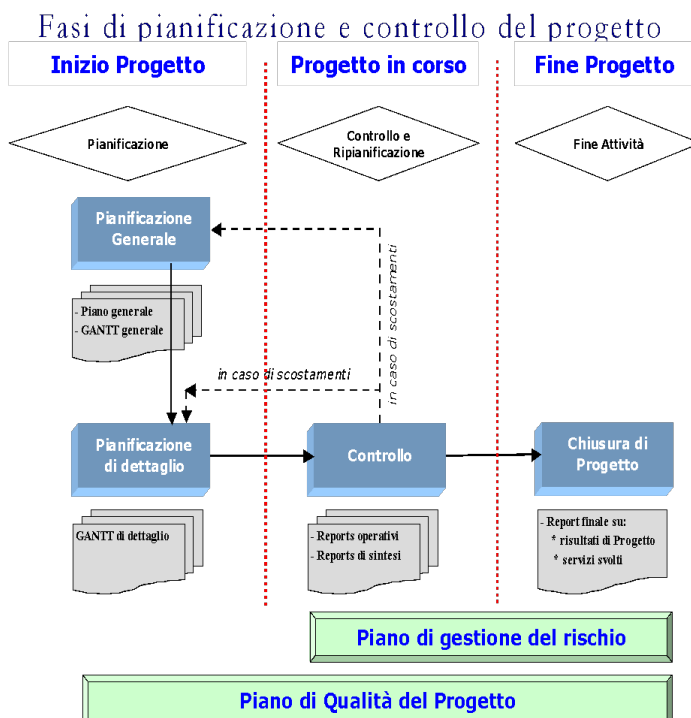
- Progettazione e redazione di un PDTA *"Tumore della mammella"* anche ai fini dell'attivazione di una Breast Unit presso il Presidio Ospedaliero Oncologico dell'Azienda AOB;
- Progettazione e redazione di un PCA *"Paziente Talassemico"* presso il Presidio Ospedaliero Microcitometrico dell'Azienda AOB;
- Aggiornamento di TAGO, *Tableau Multidimensionale per la Governance Aziendale*, quale cruscotto direzionale, per sviluppare politiche permanenti di sviluppo della qualità organizzativa delle articolazioni interne di AOB.

Le attività suddette sono in corso di svolgimento presso i tre Presidi Ospedalieri di AOB.

La Metodologia generale utilizzata.

Fasi di pianificazione e controllo del progetto.

L'esperienza acquisita su progetti ben riusciti rivela che la chiave del successo è basata sull'utilizzo di un insieme di *buone regole* che governano le fasi sopra evidenziate. Lungo tutto l'arco del *"ciclo di vita del progetto"* sono state quindi svolte le seguenti principali attività, schematizzate nell'immagine successiva:



Nell'ambito dello sviluppo del progetto, in base ai risultati raggiunti nell'applicazione e uso dei PDTA/PCA presso i Dipartimenti e le SSC/SSD afferenti, è stata prevista la definizione delle loro procedure e la tempistica per la loro implementazione.

Normalmente i PDTA/PCA ospedalieri *"integrati"* vengono implementati e sottoposti a manutenzione ogni 24 mesi per tener conto dello sviluppo della cultura clinica e della pratica medica reale, degli aggiornamenti delle Linee Guida, dello sviluppo delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, dello sviluppo dei farmaci. In

questo contesto è buona pratica mantenere i gruppi di lavoro che hanno prodotto i PDTA/PCA in essere come organismi per la loro revisione e implementazione.

Standard e indicatori sono stati condivisi con gli operatori coinvolti e possono diventare strumenti di governance clinica e gestionale del network aziendale ed essere a base di un *reporting* ai Dipartimenti e alle SSC/SSD loro afferenti.

Attività di gestione del progetto.

La conduzione del progetto è stata prevista e realizzata come segue:

Il Comitato di Progetto:

Era composto dai rappresentanti legali e dai responsabili operativi del progetto della AOB e del RTI tra LUISS Business School e Forma Mentis Innovazione e Sviluppo srl e ha assolto ai seguenti compiti:

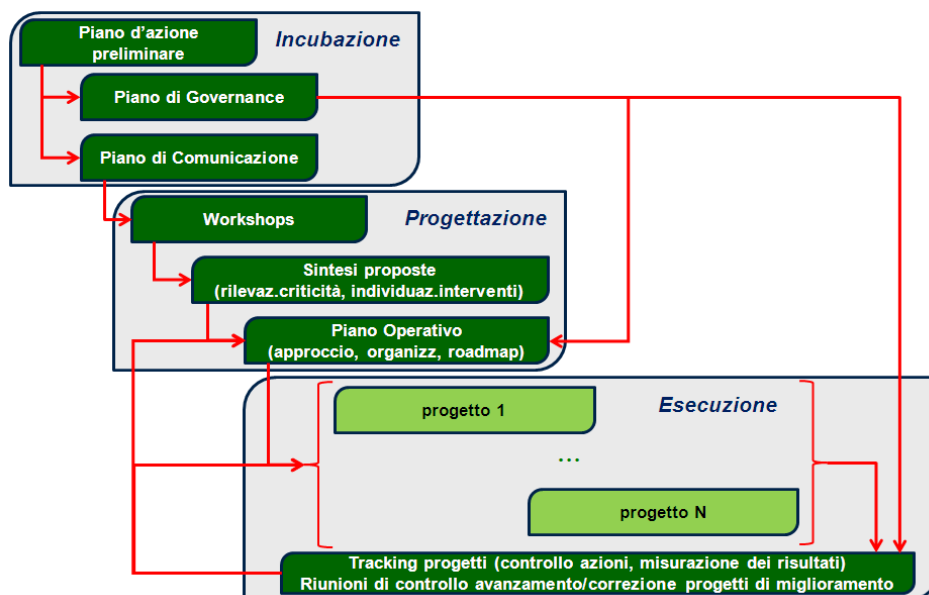
- Governare la gestione del progetto in tutte le sue fasi e articolazioni;
- Monitorare gli esiti per singolo Modulo del progetto in base alle risorse umane e alle risorse finanziarie previste per lo svolgimento del progetto;
- Coordinare le attività dei partner del progetto;
- Garantire il management dei rapporti istituzionali e delle relazioni necessarie allo svolgimento del progetto.

La Cabina di Regia AOB:

Composta dai Dirigenti delle funzioni di staff alla Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Direzione Amministrativa e Direzione di presidio Ospedaliero dell'AOB, ha assolto ai seguenti compiti:

- Interfacciare il Team Work progettuale del RTI tra LUISS Business School e Forma Mentis Innovazione e Sviluppo srl;
- Facilitare le attività presso i Dipartimenti, le SSC, le SSD relativi al progetto;
- Partecipare al monitoraggio e all'implementazione delle attività progettuali;
- Partecipare con funzioni di tutorship alle attività di formazione e sviluppo in loco.

Algoritmo dello sviluppo in sequenza delle fasi progettuali:



Il Team Work progettuale del RTI

Composto dai consulenti Senior e Junior della RTI LUISS BS e Forma Mentis I&S srl, ha assolto ai seguenti compiti:

- Pianificare e controllare lo svolgimento di tutto il progetto;
- Coordinare le attività dei leader dei singoli moduli/attività;
- Controllare l'esecuzione del piano del progetto;
- Prendere le necessarie azioni correttive per riportare le attività in linea con il piano del progetto;
- Garantire che gli standard e il piano di assicurazione della qualità del progetto fossero applicati;
- Applicare le prescrizioni regolamentari in termini di tutela della privacy dei dati e di loro integrità;
- Discutere gli obiettivi del progetto e suoi risultati nel Comitato di Progetto.

Obiettivo del RTI per la conduzione del progetto è stato quello di garantire la costruzione tra RTI e AOB di un team progettuale *"integrato"* in grado di condividere il piano del progetto e raggiungere gli obiettivi sopradetti.

La conduzione della realizzazione del progetto si è sostanziata in:

- *Verifiche periodiche con il Responsabile di Progetto:* a date prefissate, tutti i responsabili componenti del gruppo di lavoro hanno riferito al Responsabile di Progetto sull'andamento delle attività nel periodo di riferimento; il Responsabile di Progetto, insieme con la Segreteria di Progetto, ha sintetizzato con specifici documenti lo Stato di Avanzamento complessivo delle attività (SAL) e ha rappresentato le eventuali turbative e/o criticità al fine di prendere le opportune decisioni; i Report sono stati inviati alla Cabina di Regia AOB;
- *Verifiche con il Comitato di Progetto:* in base a specifiche esigenze, è stato riunito il Comitato di Progetto; nel corso di questi incontri il Responsabile di progetto ha riferito sull'andamento complessivo del progetto;
- *Aggiornamento del Piano di Progetto:* a seguito di richieste di modifica delle specifiche e/o della tempificazione delle attività, richieste dal Responsabile del Progetto e concordate con il Comitato di Progetto, è stata aggiornata la pianificazione dello stesso e modificato il Piano di Progetto. Date le caratteristiche di work in progress che hanno i progetti di consulenza organizzativa, le modifiche da apportare alla prima definizione del Piano Esecutivo di progetto sono state molte e successive e hanno richiesto una continua verifica sul campo per assicurarsi la loro corrispondenza al contesto di intervento rispetto agli obiettivi condivisi con i rappresentanti della committenza.

Cap. 4 – Analisi di contesto dell'azienda “G. Brotzu”

4.1 Analisi contesto normativo

di Paolo Fornelli

Al fine di comprendere complessivamente il ruolo e la rilevanza ricoperti dall'Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale, una delle attività che sono state condotte nella fase iniziale del progetto è stata quella dell'analisi del contesto normativo.

La ricognizione esaustiva dei documenti (atti, delibere, leggi regionali) è stata finalizzata da un lato a capire come il “G. Brotzu”, in termini di insieme di servizi sanitarie offerti dalla struttura, si posizionava nella rete delle strutture sanitarie regionali, dall'altro ad intercettare eventuali mutamenti in atto nel sistema sanitario regionale che potessero impattare sul complessivo assetto organizzativo aziendale (chiusura, ridimensionamento di unità organizzative, maggiore rilevanza di talune specialità rispetto ad altre,).

I risultati derivanti da tale analisi, come vedremo successivamente, sono poi stati utili nell'ambito delle valutazioni effettuate per indirizzare le scelte sui PCA da implementare.

Infine, tra i documenti presi in considerazione, vi è stato anche quello relativo all'accreditamento istituzionale (Deliberazione della Giunta Regionale n. 47/43 DEL 30.12.2010): la scelta di analizzare anche i contenuti di tali disposizioni regionali è stata dettata dal fatto che i requisiti per l'accreditamento istituzionale emanati dalle regioni erano relativi essenzialmente agli aspetti organizzativi (mentre quelli autorizzativi, definiti dalle disposizioni nazionali con il DPR del 14/01/97, regolamentavano prevalentemente gli aspetti tecnologici e strutturali).

Da qui l'opportunità di cogliere eventuali obblighi derivanti dal soddisfacimento dei requisiti di accreditamento che potessero essere soddisfatti proprio dai risultati del progetto (che avrebbero quindi avuto una duplice valenza dal punto di vista della *governance* aziendale).

Nello specifico, dunque, i documenti presi in considerazione per tale analisi sono stati:

1. Il *Piano Sanitario Regionale* (PSR) vigente (Piano Regionale dei Servizi Sanitari - Approvato dal Consiglio Regionale il 19 gennaio 2007);
2. Il *Piano di Riorganizzazione dell'Assistenza Sanitaria della Regione Sardegna* (Deliberazione n. 31/2 DEL 20.7.2011), che aveva introdotto il modello hub & spoke;
3. Il Documento sulle *Linee guida per l'accreditamento Istituzionale* (Deliberazione n. 47/43 DEL 30.12.2010).

Le principali evidenze emerse dall'analisi del PSR 2006-2008 (approvato, come detto, a gennaio del 2007, mentre il precedente PSR risaliva a quasi vent'anni prima...) sono state quindi valutate in termini di rilevanza rispetto al “G.Brotzu”.

IL PSR, infatti, fissa gli obiettivi e le priorità, non tutti i riferiti in maniera esplicita ad una struttura piuttosto che ad un'altra, di qui la scelta della rilevanza, più ampia rispetto alla stretta pertinenza.

Tra i principali obiettivi del PSR vi era quello del riordino del sistema per risolvere carenze e sovrapposizioni nell'offerta di servizi, attraverso l'implementazione del sistema a rete, la focalizzazione sul principio della centralità della persona/personalizzazione degli interventi, il perseguimento dell'appropriatezza e una maggiore qualificazione del personale e valorizzazione delle eccellenze.

In termini di obiettivi strategici di salute, invece, il PSR analizzato poneva una significativa enfasi su una serie di aree sanitarie, con particolare focus su quelle patologie che riteneva essere ad alta specificità per la Sardegna:

1. *Il diabete mellito*, per cui era ribadita l'importanza di una rete integrata territorio-Day Hospital-degenza e la creazione di centri specializzati di riferimento (HUB): in particolare, proprio tale indirizzo era di particolare interesse per il "G.Brotzu", che nel PSR si riteneva potesse ricoprire un ruolo centrale rispetto a tale patologia, anche perché sede del Centro Trapianti pancreas e isole pancreatiche;
2. *Le malattie rare e la Talassemia* (all'epoca tale obiettivo non aveva alcuna incidenza sul "G.Brotzu");
3. *La Sclerosi Multipla (SM)*, patologia per la quale nel PSR il "G.Brotzu" era segnalato come centro attivo (Divisione neurologica), il che lo candidava a possibile HUB nel nuovo modello a rete;
4. *Le donazioni e i trapianti* (di particolare interesse per il "G.Brotzu", in quanto struttura afferente al Centro Nazionale Trapianti, con particolare specializzazione sui trapianti di cuore, fegato e rene (tra l'altro, la cura delle nefropatie rientrava specificatamente tra gli obiettivi strategici del PSR);
5. *Le patologie cardiovascolari*, nel trattamento delle quali il "G.Brotzu" è previsto possa essere considerato un centro di riferimento (identificato come HUB per la riabilitazione cardiologica);
6. *I disturbi circolatori dell'encefalo (ICTUS)*, per cui il "Brotzu" era un centro di riferimento;
7. La rete materno-infantile, all'interno della quale il "G.Brotzu" per la Regione Sardegna viene considerato un centro di riferimento per la Neuro Psichiatria Infantile e Adolescenza, per l'Autismo, e nodo chiave nel percorso nascita;
8. Altre aree, con nessuna incidenza sul "G.Brotzu": tipo le malattie respiratorie, l'asma bronchiale ed allergie, l'oncologia, tutte patologie che richiedono continuità assistenziale (demenze, riabilitazione post ictus, ipertensione, patologie neurodegenerative) e sono di pertinenza della medicina territoriali.

L'analisi incrociata del PSR con il piano di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, basato su 12 indirizzi fondamentali in coerenza con i principi stabiliti dal PSR, aveva invece evidenziato come il "G.Brotzu" fosse identificato come HUB/Centro di riferimento per:

- Emergenza e Urgenza (DEA II Livello per una delle tre macrozone → Trauma-center);
- Cardiovascolare (inclusa la cardiologia pediatrica);
- Ostetricia e ginecologia (*"quale struttura di terzo livello coinvolta nei più recenti processi di diversificazione delle risposte assistenziali"*);
- Trapianti *"attraverso una reale integrazione organizzativa e funzionale delle professionalità mediche e chirurgiche"* (attualmente presenti in urologia, nefrologia, gastro)
- Medicina Generale *"qualifica l'attività di ricovero delle medicine generali potenziando in particolare l'offerta assistenziale nelle aree complementari rispetto a quelle specialistiche"*;
- Medicina e Chirurgia Generali *"qualifica l'attività delle chirurgie generali, diversificandole dalla attività del centro trapianti di fegato valorizzando le competenze di eccellenza già presenti all'interno e sviluppando le attività in relazione alle esigenze della popolazione"*

Come si può intuire, l'analisi dei contenuti dei due documenti di indirizzo/programmazione della Regione Sardegna si è rivelato utile nella definizione operativa del progetto per individuare in termini di mandato gli obiettivi regionali da implementare nell'azienda, nel momento in cui si dovevano individuare gli ambiti in cui implementare i PCA: le scelte che si dovevano operare, infatti, non potevano non essere coerenti con le strategie regionali.

Discorso a parte va fatto invece per l'analisi della normativa relativa all'accreditamento istituzionale: essa, infatti, non esprime delle norme riconducibili ad una specifica struttura (nel nostro caso, ad hoc per il "G.Brotzu"), quanto piuttosto dei requisiti necessari al conseguimento dello status di struttura accreditata.

La Regione Sardegna, infatti, con la Delibera n. 47/43 del 30.12.2010, aveva approvato in via definitiva le schede relative ai requisiti ulteriori di accreditamento, requisiti di interesse specifico in ordine alle tematiche organizzative (procedure, standard di qualità, personale, formazione,).

Ad esempio, la delibera individuava requisiti specifici per l'Area Emergenza e Urgenza, in tema di *Clinical Competence*:

- Competenza clinica di base (requisiti 2-3-4-5-6-7);
- Requisiti di formazione continua e mantenimento della competenza clinica (8-9-10);

- Requisiti di applicazione delle linee guida (tutti i punti del requisito 11, *“Nell’Area di Emergenza sono applicate linee guida e procedure aggiornate per...”*): tale requisito impattava su tutte le aree per le quali il “G.Brotzu” era indicato come HUB/centro di riferimento (Trauma center, Cardiologia, Stroke Unit, Dialisi, Punto nascita).

Sempre a titolo esemplificativo, erano definiti requisiti specifici relativi alla Qualità e sicurezza dell’assistenza ai pazienti (*“11. Vengono utilizzati strumenti (quali ad esempio: linee guida, profili assistenziali, protocolli, etc.) per assicurare l’efficacia e l’appropriatezza degli interventi”*), Coordinamento e continuità delle attività assistenziali (*“24. Esistono modalità definite per assicurare il coordinamento e la continuità delle attività assistenziali”*; *“25. Sono adottati strumenti per assicurare l’integrazione delle attività di assistenza all’interno dell’organizzazione”*; *“26. Vengono adottate modalità o strumenti di integrazione delle attività di assistenza all’interno della struttura”*;) e così via.

Nell’ambito delle attività progettuali, i requisiti di accreditamento sono stati di costante riferimento per redigere la Scheda di Autovalutazione, strumento utilizzato dal gruppo di lavoro per orientare le strutture organizzative del “G.Brotzu” ad una autovalutazione del grado di *readiness* delle stesse in termini di appropriatezza organizzativa.

Infine, ulteriore elemento emerso dall’attività di analisi del contesto normativo è stato il rilievo che il PSR, nell’ambito della definizione degli *“Strumenti per il funzionamento del sistema”*, attribuiva al tema del governo clinico, nell’ottica di migliorare *“il processo assistenziale, diagnostico e terapeutico, sostenendo la multi professionalità e la multidisciplinarietà,...”*.

Il PSR, infatti, individuava nel governo clinico:

“un sistema clinico-gestionale condiviso, partecipato e scelto dai professionisti in una logica di coinvolgimento che parte dal basso ed è capace di sviluppare quella eccellenza clinica, frutto del processo di miglioramento continuo indotto dalla ricerca della qualità e dell’efficacia clinica” in cui *“l’approccio sistematico tipico dell’analisi per processi, permette di gestire i diversi percorsi clinico-diagnostico-terapeutici in un contesto di multidisciplinarietà e di trasversalità privilegiando la qualità di vita della persona malata, l’adesione e la continuità delle cure al fine di garantire una maggiore efficacia terapeutica”*.

Lo stesso PSR, riteneva elementi caratterizzanti un adeguato Governo Clinico:

- la garanzia di efficacia;
 - la garanzia di appropriatezza;
 - il miglioramento della qualità; la garanzia di continuità dell’assistenza (*Disease Management*);
 - la garanzia di sicurezza (*Risk Management*);
 - il rapporto di trasparenza coi cittadini;
 - la ricerca e sviluppo;
 - la formazione orientata alla qualità.
- e ne incentivava l’introduzione attraverso *“l’implementazione di un sistema di valori incentrato principalmente su:*
- *responsabilità e autonomia professionale;*
 - *orientamento al cittadino/paziente;*
 - *sviluppo ed aggiornamento professionale;*
 - *capacità di lavorare insieme;*
 - *utilizzo di strumenti operativi”*.

Era dunque evidente come l’appropriatezza organizzativa rappresentasse un prerequisito per l’implementazione di successo dei PCA che potesse consentire al “G.Brotzu” di conseguire l’allineamento rispetto alle strategie del Sistema Sanitario Regionale e la *compliance* rispetto alla normativa inerente l’accreditamento istituzionale.

Conclusioni

L'attività di analisi del contesto normativo si è rivelata uno strumento utile a collocare il *"G.Brotzu"* nell'ambito complessivo delle strategie future del sistema sanitario regionale, e a derivare criteri aggiuntivi per una scelta ponderata dei PCA da implementare.

Inoltre, l'analisi della normativa sull'accreditamento, oltre che a costituire un diretto input per la redazione di uno degli strumenti utilizzati nell'ambito dell'analisi organizzativa (la Scheda di Autovalutazione) ha consentito di evidenziare benefici pratici aggiuntivi derivanti direttamente dalla realizzazione del progetto, dando un ulteriore *"slancio"* in termini di adesione allo stesso e motivazionale da parte delle risorse coinvolte.

4.2 Analisi di Posizionamento (Organizzativo, Economico, Clinico) dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu".

di Duilio Carusi

Premessa

Il sistema sanitario pubblico, per recuperare efficienza, qualità e fiducia da parte del cittadino, deve introdurre sistemi di valutazione dei risultati fondati sulla misurabilità oggettiva in funzione sia del miglioramento tramite il confronto su più dimensioni sia della trasparenza verso i propri utenti.

Da molti, e non solo in Italia, viene sottolineata la necessità di orientare in modo significativo la ricerca nell'ambito del management del settore pubblico sui fattori in grado di determinarne la capacità produttività. Per contrastare la deriva verso modelli sempre più statici e incapaci di rispondere adeguatamente ai bisogni dei cittadini e di "creare valore", in particolar modo in ambito sanitario, in molti paesi è stato dato spazio alla "scelta del cittadino", ossia si è tentato di creare condizioni di concorrenza tra erogatori che potessero spingere le istituzioni pubbliche verso una maggiore produttività e qualità.

La risposta più efficace è sintetizzabile in alcune parole chiave: misurazione, multidimensionalità, confronto, merito e reputazione.

La normativa italiana, a partire dalla fine degli anni Ottanta, contiene continui e sempre più puntuali riferimenti alla necessità di introdurre e applicare in modo diffuso nell'amministrazione pubblica, a tutti i livelli, principi e criteri aziendali, idonei a coniugare la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa con l'efficacia delle politiche di intervento pubblico, l'efficienza nell'impiego delle risorse, l'economicità della gestione (Borgonovi, 1996).

Le organizzazioni che erogano servizi di pubblica utilità quali quelli sanitari, benché possano non avere finalità di profitto, debbono infatti operare per creare valore e le loro strategie e capacità di gestione devono essere valutate proprio in quest'ottica (Coda, 1990).

Secondo la definizione di Ouchi (1977), la valutazione della performance consiste nel "processo di monitoraggio dei risultati da comparare con un qualche standard di riferimento che determina "rewards" o correzioni di linea di azione", intendendola quindi come un processo cibernetico.

Questo processo non va inteso come strumento per il controllo gerarchico, tra l'altro poco efficace nelle organizzazioni pubbliche con elevate professionalità caratterizzate da forme di "burocrazia professionale" (Mintzberg, 1996), ma come un meccanismo da integrare nell'evoluzione delle forme organizzative del sistema stesso, sempre più complesso e strutturato secondo le logiche di rete orizzontale e di struttura verticale, in pratica come uno strumento per la gestione del cambiamento.

La complessità del tema nasce in primo luogo dalla tipologia dell'oggetto da valutare, ossia i risultati conseguiti che, per loro natura, sono articolati, di vasto spettro, condizionati dall'ambiente e interrelati tra loro.

Nell'ambito della sanità il tema riveste grande rilevanza a causa, in primo luogo, della criticità di questi servizi in cui l'utente è in condizioni di asimmetria informativa e inoltre per il loro rilevante assorbimento di risorse finanziarie.

Questi aspetti hanno imposto in tutti i paesi occidentali, con i servizi a copertura universale, l'introduzione di strumenti e sistemi di governo complessi.

Elementi cardine di questi sistemi di governo sono stati la misurazione dei risultati con modalità multidimensionali, capaci cioè di cogliere la complessità dell'output erogato dal soggetto pubblico.

In sanità si sta cercando di passare da sistemi di valutazione dell'efficienza organizzativa secondo una logica prettamente finanziaria, a strumenti di *clinical governance* e, quindi, di valutazione e management della performance clinica, basandosi sulle indicazioni provenienti dall'*Evidence Based Medicine* (EBM) e su altre fonti di standard comportamentali (linee guida, protocolli delle società scientifiche, percorsi elaborati a livelli aziendale, ecc.).

In molti ambiti però non esistono standard di riferimento su cui basare la valutazione e le organizzazioni possono solo verificare se il risultato ottenuto risulta migliore o peggiore rispetto all'anno precedente.

Negli ultimi anni però si stanno definendo a livello nazionale e regionale dei sistemi che consentono il confronto e il *benchmarking* a cui è quindi possibile fare riferimento nella definizione degli indicatori e degli standard anche a livello di performance aziendale.

In particolare le Aziende Sanitarie hanno utilizzato negli anni indicatori e standard che provengono da diverse tipologie di sistemi, quali:

- il sistema degli indicatori progettato sin dal 2004 in Regione Toscana, dal *Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa* (Nuti, 2008), che misura in un network le aziende sanitarie di 15 Regioni, studiandone annualmente i risultati conseguiti in ottica multidimensionale, dagli aspetti tipicamente clinici e sanitari a quelli economici e finanziari, dalla "voce" dei cittadini e degli operatori agli orientamenti strategici regionali per migliorare lo stato di salute della popolazione;
- le misure annuali del *Programma Nazionale Esiti* di AGENAS (iniziate nel 2010 dopo una sperimentazione nel Lazio e poi estese a livello nazionale) che sono strumenti di supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo, finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale e riguardano indicatori di esito delle cure, valutando sia le funzioni di produzione degli ospedali, sia le funzioni di tutela e committenza, con riferimento alle aree di residenza e ai tassi di ospedalizzazione;
- gli indicatori definiti da sistemi regionali che consentono di confrontare i risultati per patologia con l'elenco delle strutture erogatrici con i casi più frequenti;
- gli indicatori definiti annualmente dagli Assessorati regionali, che fanno riferimento anche ai sistemi citati precedentemente.

Di quanto sopra si è tenuto conto nello sviluppo delle attività progettuali.

La scelta strategica di confrontare e misurare le proprie performance aziendali attraverso l'adozione di tecniche di Benchmarking è quindi da intendersi come la scelta di uno strumento essenziale per il perseguimento della qualità e dell'eccellenza.

L'analisi di posizionamento

L'analisi di posizionamento è stata la prima attività svolta all'interno del progetto ed ha avuto l'obiettivo di "*radiografare*" la struttura in alcuni dei suoi aspetti più rilevanti e quindi poter delineare un quadro complessivo della stessa in grado di comporre un'immagine sulla solidità dell'impianto clinico-organizzativo dell'Azienda utile per le finalità di cambiamento organizzativo prefisse.

Percepire (e quanto più possibile misurare) la solidità organizzativa di una struttura ed il livello qualitativo del suo output e, come vedremo, del suo *outcome* è un'attività conoscitiva fondamentale per comprendere il sostrato sul quale si sta conducendo una qualsivoglia attività di gestione del cambiamento e poter sperare di portarla a compimento con esiti favorevoli.

In questa fase infatti comincia il dialogo con i referenti delle aree di governo dell'azienda ospedaliera e si gettano le fondamenta per gli interventi più profondi che seguiranno.

In un'attività di posizionamento aziendale come questa, parlando di un'azienda pubblica e quindi costitutivamente caratterizzata dal mandato istituzionale della produzione di valore per la propria utenza, i fattori chiave da indagare sono certamente legati alla qualità della produzione di salute che nelle sue varie forme compone l'attività caratteristica di questa azienda, senza però tralasciare la componente economica, ridimensionata rispetto alla rilevanza cardinale che solitamente riveste per l'impresa privata, ma condizione necessaria per il corretto svolgimento dell'attività dell'azienda. Di fondamentale importanza anche la dimensione che delle due precedenti costituisce il tessuto connettivo, ovvero la dimensione organizzativa.

Pur non dovendo sviluppare ed attuare un sistema di metrica generale delle performance aziendali, ma un suo sottoinsieme idoneo a validare la sostenibilità di uno salto organizzativo ed a individuare le aree di intervento per cominciare a disegnare ed implementare questo salto, restano comunque molteplici gli indicatori che possono essere presi in considerazione e molteplici gli approcci per individuarli.

Riferendoci ad “*indicatori*” faremo riferimento a set di informazioni critiche, sintetiche, significative e prioritarie che permettono di misurare l’andamento aziendale nei suoi più svariati aspetti. Questi sono lo strumento attraverso il quale poter misurare i fenomeni aziendali nel tempo e nello spazio nonché pianificare e programmare le attività aziendali attraverso gli idonei strumenti di pianificazione strategica che li adoperano. L’approccio strategico alla pianificazione aziendale può quindi utilizzare la misurazione ed i suoi indicatori secondo due prospettive ovvero l’analisi dello stato di fatto e l’analisi tendenziale, rispettivamente che si guardi il presente o il futuro atteso.

Per l’individuazione delle aree di interesse e la definizione dei rispettivi indicatori sono presi in considerazione durante l’attività svolta principalmente due modelli di riferimento: il *Critical Success Factors* (CSF), utilizzato per definire le aree critiche ed il *Key Performance Indicators* (KPI), per individuarne le relative prestazioni critiche

L’approccio CFS identificando i fattori critici sui quali concentrare l’azione è funzionale a creare i presupposti per correlare le scelte strategiche alle le attività operative ed è infatti in questa fase che è avvenuta l’interlocuzione con la Direzione strategica dell’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” per la definizione degli obiettivi strategici del progetto.

In questa fase è emersa la priorità della Direzione Generale che, in conformità con il mandato aziendale, andava ad identificare l’area strategica di intervento per lo sviluppo e la crescita aziendale nell’incremento della qualità del servizio alla propria utenza sotto forma di incremento della performance clinico-organizzativa in aree da identificarsi.

Sotto queste condizioni si sono andati ad identificare gli indicatori più idonei a definire la descrizione degli ambiti operativi funzionali al mandato strategico attraverso l’individuazione dei Key Performance Indicators (KPI) quali/quantitativi più idonei a misurare i processi ed il loro output in chiave di Efficienza, Qualità, Risorse organizzative, Volumi, come avremo modo di illustrarli in seguito.

Dovendo evidenziare i tratti più salienti di una sorta di diario di bordo dello sviluppo progettuale bisogna rilevare come il perfezionamento di questa fase propedeutica non sia avvenuta con la sola definizione dei risultati delle analisi condotte, ma piuttosto con la restituzione in aula degli stessi, che ha consentito ai consulenti di passare dallo status di “*corpo estraneo*” a quello di partner nel processo di cambiamento.

Un corretto approccio al change management e quindi alla gestione del cambiamento organizzativo vede infatti proprio nella comunicazione con gli attori interessati e nel coinvolgimento a più livelli degli stessi alcuni dei fattori critici di successo che devono essere presi in considerazione.

Per lo sviluppo di una visione e di una strategia e la sua traduzione operativa, se il commitment della direzione strategica è imprescindibile, altrettanto importante si rivela essere il trasferimento della vision agli stakeholder ed il loro coinvolgimento attivo utile a creare un “*senso di urgenza*” al cambiamento e un clima interno che lo consenta e lo faciliti, in modo da consolidare gli sforzi attraverso il raggiungimento in tempi brevi di primi risultati tangibili a rinforzo dell’attività intrapresa.

Durante l’esposizione dei risultati dell’analisi le componenti aziendali coinvolte hanno avuto modo di percepirsi come davanti ad uno specchio, adottando il punto di vista dell’osservatore esterno, esperienza che pur potendo essere a tratti disorientante, ha avuto come risposta un incremento dell’interesse degli attori coinvolti e una maggiore responsabilizzazione nel proprio ruolo di facilitatori al cambiamento.

L’inevitabile interesse suscitato dalle risultanze dell’analisi di posizionamento è stato infatti il motore di un ampio dialogo che da un lato ha aiutato i facilitatori a comprendere i meccanismi propri della misurazione, a scoprire i primi *bias* organizzativi da modificare e a farsi parte attiva per l’attivazione dei cambiamenti organizzativi proposti, dall’altro ha aiutato i consulenti a conoscere qualche “*retroscena*” proprio delle realtà indagate altrimenti non individuabili.

Gli indicatori di misurazione delle performance

In una realtà che vede attuarsi sempre più la trasformazione dell'ospedale pubblico da luogo di cura indifferenziato a struttura di alto contenuto specialistico collegata ai bisogni del territorio, non possono più limitarsi al numero di posti letto e ricoveri effettuati.

Serve un approccio pluridimensionale in grado di quantificare efficienza ed efficacia, ma anche appropriatezza, sicurezza ed equità per coniugare i puri aspetti economici e di programmazione con la qualità dell'offerta clinica.

L'orientamento innovativo è quello di garantire, anche nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la presa in carico globale dell'assistito grazie a una forte integrazione tra le diverse professionalità e strutture organizzative.

Non più quindi una valutazione separata delle singole unità operative, ma una considerazione dell'intero percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale al quale il singolo paziente è stato indirizzato.

In questo senso un ruolo importante nella valutazione della performance lo svolgono anche i pazienti, nel momento in cui acquistano importanza gli studi sulla qualità percepita.

In base a quanto sopra la valutazione delle performance è stata sviluppata tenendo conto di diverse dimensioni di attività dell'azienda considerata e di quelle inserite nel cluster di confronto, come di seguito specificato.

Nello svolgere questa analisi comparativa si sono usati strumenti e modelli diversi finalizzati alla analisi delle dimensioni di benchmark individuate come strategiche per capire il posizionamento della A.O. "Brotzu".

Fondamentale è stata la fase di formazione dei "facilitatori", che ha visto avvicinarsi in aula quasi duecento professionisti, è stata determinante per instaurare un rapporto di comunicazione con la struttura.

Durante l'esposizione dei risultati infatti l'azienda si è potuta percepire come davanti ad uno specchio, ovvero come può apparire ad un esame esterno, situazione per molti del tutto nuova ed a tratti disorientante.

L'inevitabile curiosità suscitata dai vari grafici e benchmark è stata quindi il motore di un ampio dialogo che da un lato ha aiutato i facilitatori a comprendere i meccanismi di misurazione oggettiva ed a riconoscere come anche piccole attività all'interno dei processi quotidiani (come spesso capita) possano arrivare a condizionare i risultati macro delle rilevazioni.

L'attività di analisi svolta

L'attività di indagine conoscitiva attraverso l'analisi di posizionamento e strategica dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" è stata svolta affrontando vari aspetti differenti ma interconnessi propri dell'attività ospedaliera, analizzando lo scenario sotto vari profili: clinico, economico, organizzativo, di efficienza, documentale, relazionale, normativo, comunicativo.

Lo scopo dell'attività di analisi è stato infatti quello di indagare la struttura organizzativa dell'azienda, il livello di performance espresso nelle sue dimensioni qualitative e quantitative, operare una comparazione con altre strutture *benchmark* di riferimento sotto il profilo organizzativo, economico, di efficienza e di *outcome* clinico, determinandone un posizionamento relativo, al fine di accertare il livello di maturità dell'azienda e l'idoneità della stessa all'implementazione nei processi di lavoro di metodologie avanzate rappresentate dai Percorsi Clinici (PCA o PDTA), all'interno delle disposizioni e degli elementi programmatori del quadro normativo vigente.

Come si vedrà successivamente nel dettaglio dall'analisi la struttura emergerà in generale come un candidato idoneo all'implementazione delle metodologie proposte ed emergeranno anche le specialità sulle quali verrà concentrata dapprima l'azione di cambiamento organizzativo (per la stesura e l'implementazione dei percorsi relativi a "Ictus" e "Trapianto del rene" ed a seguire "Percorso nascita", "Infarto miocardico acuto", "Trauma" ed infine "Tumore della mammella" e "Talassemia").

L'indagine conoscitiva è stata condotta sia con gli strumenti propri dell'analisi strategica, sia attraverso una didattica caratterizzata da sessioni d'aula fortemente interattive (e che grazie al coinvolgimento attivo dei partecipanti ha fornito molte integrazioni dei contenuti informativi altrimenti non rilevabili) si è rivelato essere una potente lente di ingrandimento anche su ambiti diversi da quello di partenza.

L'interazione d'aula ha fornito spunti sull'organizzazione aziendale, ma anche su dinamiche esterne allo stretto ambito aziendale, fornendo informazioni sull'organizzazione della medicina territoriale, sull'interazione della struttura con il territorio e mostrando i primi punti di forza e debolezza della pianificazione territoriale.

La portata del progetto di reingegnerizzazione dei processi adottati a livello clinico, con la mole informativa che le ulteriori analisi condotte portano con sé, è stata tale da coinvolgere a vario titolo un'ampia gamma di *stakeholders*:

- La direzione strategica che in qualità di committente e di coordinatrice del progetto, si è trovata a dover gestire il cambiamento, governando un processo di crescita qualitativa della struttura ambizioso e complesso;
- Il professionista che ha dovuto affrontare la sfida di metodologie di lavoro all'avanguardia e altamente integrate a livello interdisciplinare;
- Il decisore politico che ha visto sul proprio territorio di competenza la presenza di una struttura, seppur già di eccellenza (come rilevato), che presenta ulteriori motivi di crescita e di esempio;
- Il cittadino utente che si è trovato e si trova ad essere partecipe di un nuovo modo di fare salute dalla struttura.

L'indagine svolta ha fornito pertanto anche alcuni primi elementi di pianificazione strategica utili all'individuazione di criticità e all'ottimizzazione dell'offerta clinico-sanitaria anche in considerazione di un contesto extra-aziendale.

L'approccio del *benchmark*

Il *benchmarking*, come è noto, è un processo continuo di misurazione dei prodotti, servizi, processi attraverso il confronto con i migliori erogatori (di solito con formazione di un network), indica il confronto tra le performance dell'azienda e quelle delle concorrenti "*eccellenti*". Definisce il posizionamento dell'azienda (punti forza e debolezza) nell'ambiente considerato (territoriale o cluster di aziende simili per livelli di complessità assistenziale).

Le motivazioni che spingono ad adottare questo tipo di approccio sono da ricercarsi principalmente nell'incremento della qualità della propria offerta a beneficio dell'utente.

Per soddisfare al meglio le attese ed i bisogni del paziente infatti un passaggio obbligato è incrementare il livello della qualità dei propri processi fissandosi correttamente obiettivi elevati, ma realistici e raggiungibili, attraverso uno sviluppo o una reingegnerizzazione del proprio disegno organizzativo da attuarsi con il coinvolgimento di tutti gli attori che ne partecipano in un'ottica di change management aziendale.

Nella scelta dei processi e delle aree da sottoporre a benchmarking diventa allora rilevante porsi i seguenti interrogativi sull'oggetto che si intende indagare:

- È importante per i miei utenti ?
- È in linea con la mission aziendale ?
- Incide sulla qualità reale e percepita dei miei servizi ?
- È rilevante in termini economico – finanziari ?
- Le informazioni ottenute possono essere utili ad innescare un ciclo di miglioramento (Deming)?

BOX 1

Benchmarking
Il <i>benchmarking</i> , nella definizione attribuita a Kearns, rappresenta il processo continuo di misurazione dei prodotti, servizi e processi attraverso il confronto con i migliori concorrenti o le aziende riconosciute come leader nel settore nel quale si opera.
Benchmarking interno
Stimola un confronto tra le diverse unità organizzative di cui si compone l'azienda, al fine di conseguire obiettivi di eccellenza tramite lo sviluppo della comunicazione e della collaborazione interna. In questo modo si pongono a confronto entità interne simili con lo scopo di rilevare le unità che dispongono della migliore prassi operativa. In pratica si ricercano opportunità di miglioramento grazie all'osservazione dei propri processi e attraverso la diffusione sinergica delle informazioni nell'organizzazione.
Benchmarking strategico
Ricerca la comprensione dei fattori che determinano il vantaggio competitivo dei migliori concorrenti, diretti e non, attraverso il confronto della propria organizzazione con altre simili. Tale approccio al benchmarking è sicuramente il più complesso in quanto presuppone la raccolta di informazioni presso i concorrenti, con l'obiettivo di scoprire i metodi che i leader adottano per soddisfare la propria clientela.

Le aziende *benchmark*

L'Analisi di posizionamento è stata condotta in un'ottica comparativa con altre strutture sanitarie utilizzate come termine di paragone, e di seguito definite *strutture benchmark*, tutte rispondenti ad alcuni requisiti quali: essere Aziende Ospedaliere; ospitare un DEA di II Livello; essere HUB in almeno una rete regionale; insistere in un capoluogo di Regione.

Per quel che rileva per le finalità illustrative dell'attività condotta in questo volume vengono citate alcune delle strutture prese in analisi, che seppur differenti dal Brotzu a livello dimensionale, sono tra le più note a livello nazionale:

- l'A.O. "Ca' Granda – Niguarda" di Milano,
- l'A.O. "San Camillo – Forlanini" di Roma,
- l'A.O. "Cardarelli" di Napoli.

Nell'analisi relativa agli *outcome* clinici il posizionamento del Brotzu è stato valutato anche relativamente agli altri attori presenti sul territorio sardo (laddove possibile), in considerazione della ulteriore valenza di un confronto territoriale regionale in un contesto insulare (con relative peculiarità in termini ad esempio di endemicità e mobilità)

Analisi degli assetti organizzativi

L'analisi degli assetti organizzativi ha visto una prima fase di raccolta documentale relativa all'organizzazione adottata dal Brotzu e dalle strutture *benchmark*.

Successivamente sono state indagate la struttura organizzativa, gerarchica e dipartimentale per mettere in luce eventuali particolarità o difformità nell'organizzazione aziendale e sono state rilevate le similitudini e le differenze tra i vari impianti, evidenziando quelle ritenute di maggior rilievo, anche da un punto di vista strategico.

L'assenza o l'incompletezza in più d'una struttura di documenti aziendali di importanza rilevante (es. Atto Aziendale) ha reso necessario ricorrere per la ricostruzione delle architetture organizzative a documenti afferenti alla comunicazione istituzionale e/o ad interviste.

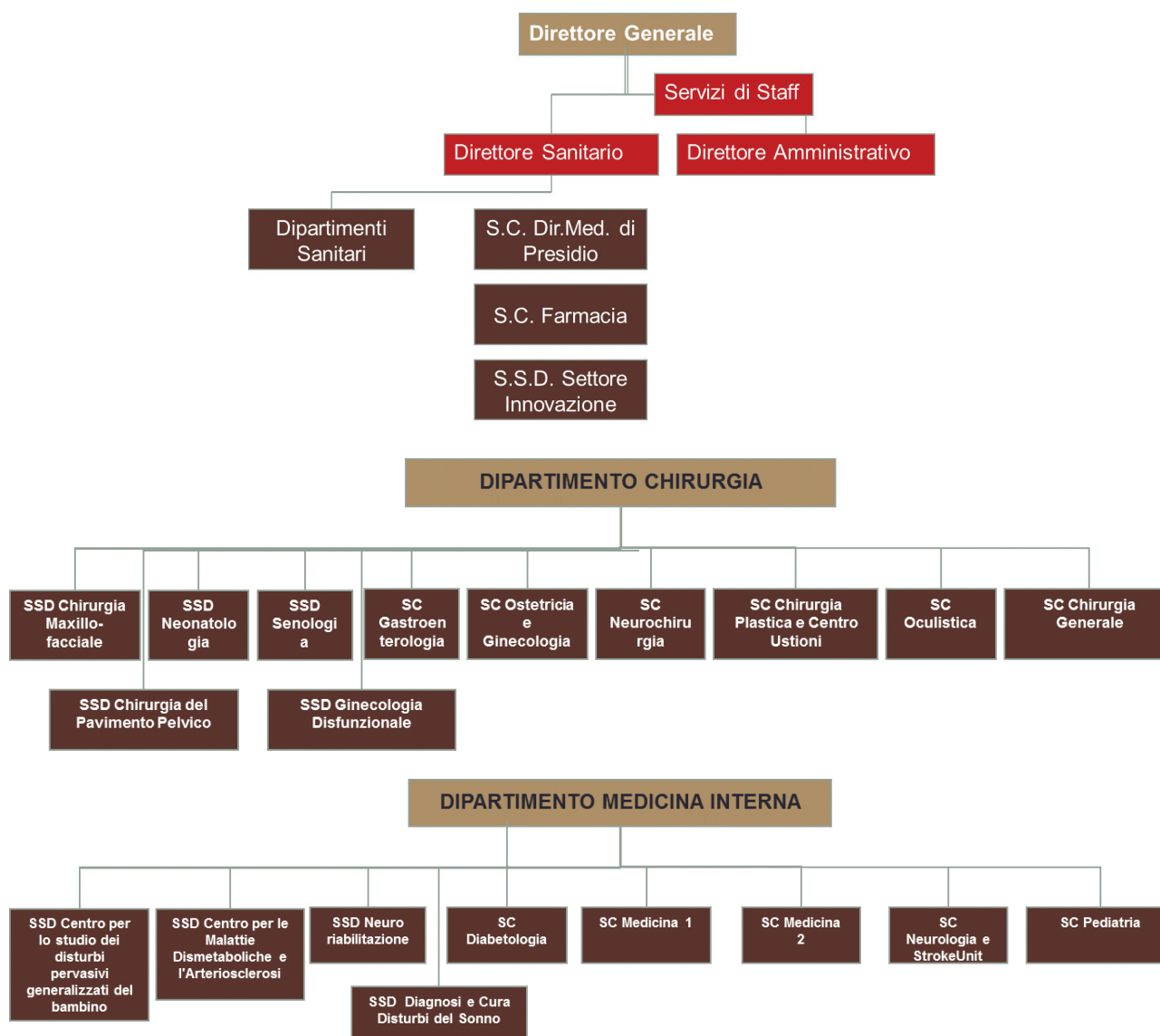
Dall'analisi è emersa una complessità organizzativa in linea con le dimensioni della struttura e una sostanziale coerenza nell'assetto organizzativo, seppur con delle peculiarità proprie del Brotzu rispetto ai benchmark quali:

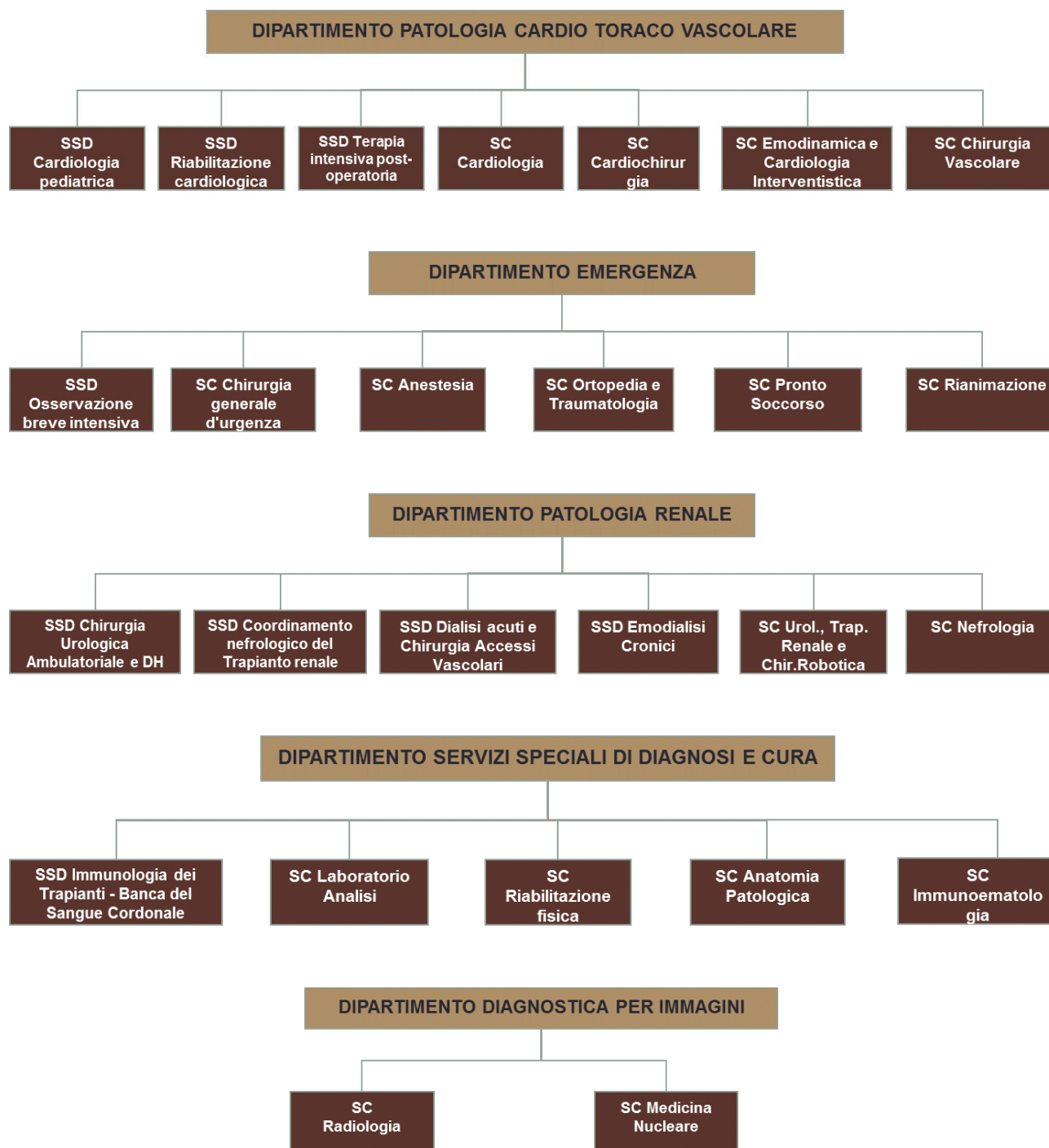
- la mancata attivazione del Dipartimento Materno Infantile;
- il posizionamento di Riabilitazione Fisica nel Dipartimento di Servizi Speciali di Diagnosi e Cura;
- il posizionamento di Gastroenterologia nel Dipartimento di Chirurgia;
- la mancata attivazione di una struttura di coordinamento per l'incremento dell'attività in Day Hospital.

Ferma restando la valenza metodologica e l'impostazione dell'analisi condotta, si tenga in conto che l'osservazione è stata svolta negli anni 2012-2013, quindi nel frattempo alcuni assetti organizzativi sono stati oggetto di evoluzione e modifica, in primis quello del "G.Brotzu" attualmente impegnato nell'accorpamento di altri due presidi ospedalieri già interni alla ASL di Cagliari, ovvero, il Polo Oncologico e il Presidio Pediatrico-Talasemico di Cagliari.

Questa evoluzione organizzativa della rete ospedaliera della Sardegna ha avuto ed ha sul "G.Brotzu" un impatto rilevante comportando un ripensamento e una riscrittura dell'Atto Aziendale per tener conto delle nuove dimensioni aziendali sia in quanto personale e posti letto che afferenze specialistiche e dotazioni strumentali, con rilevanti esigenze di ottimizzazione e integrazione delle SSC e SSSD.

L'organizzazione aziendale del "G. Brotzu" al momento dello svolgimento delle attività progettuali -e quindi in attesa dell'adozione di un nuovo Atto aziendale che sarebbe poi andato a modificarne alcune articolazioni- era quello ricostruito come segue:





Analisi dell'attività economica

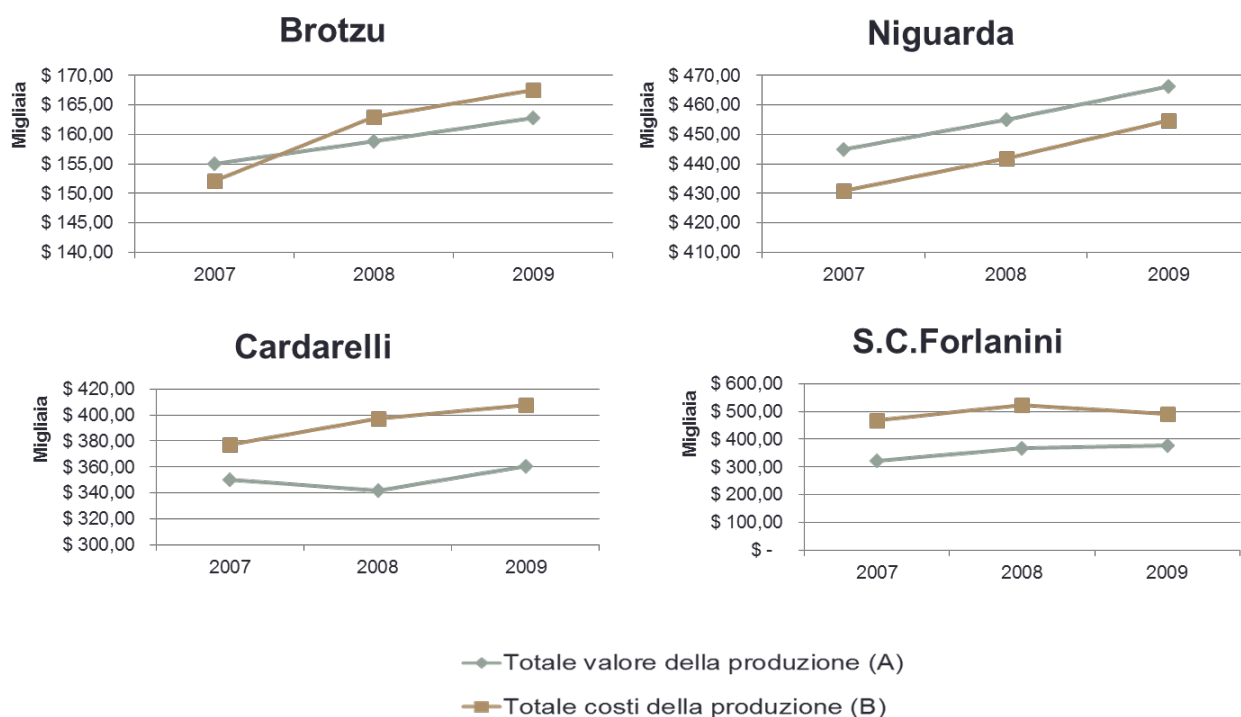
L'analisi della gestione economica delle strutture sebbene possa sembrare avere una valenza autonoma in un contesto clinico-sanitario, assume maggior significato abbinata alle considerazioni proprie delle analisi sui livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate e la composizione delle stesse.

L'analisi è stata condotta esaminando in ottica storico-tendenziale i conti economici dei bilanci depositati dei tre anni al momento più recenti e ufficialmente disponibili presso il database del Ministero della Salute relativi sia al "G.Brotzu" che alle strutture *benchmark*.

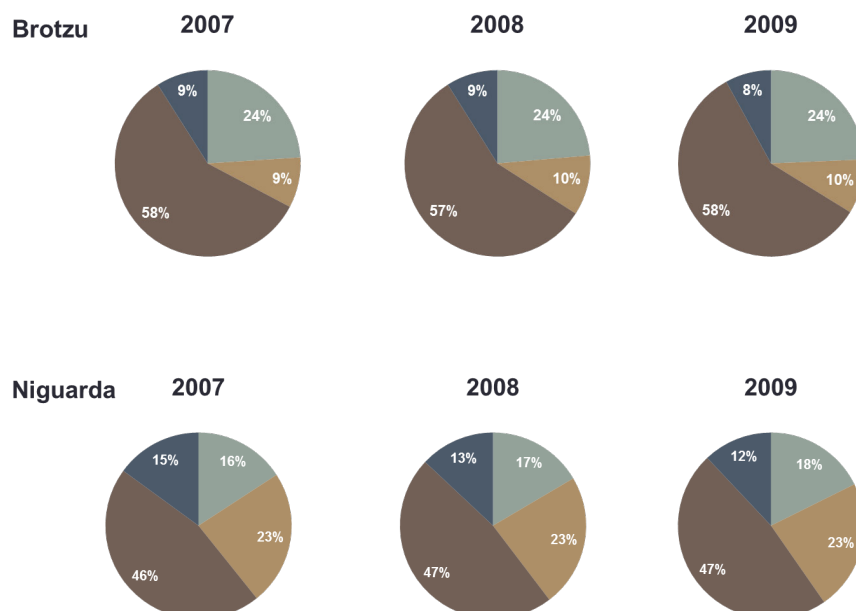
Il periodo considerato ha permesso di evidenziare il trend della gestione economica della struttura e di compararlo con le altre, sia in termini assoluti, che (a seguito di attività di classificazione e aggregazione dati) delle macro voci costitutive dei capitoli di costo e valore della produzione.

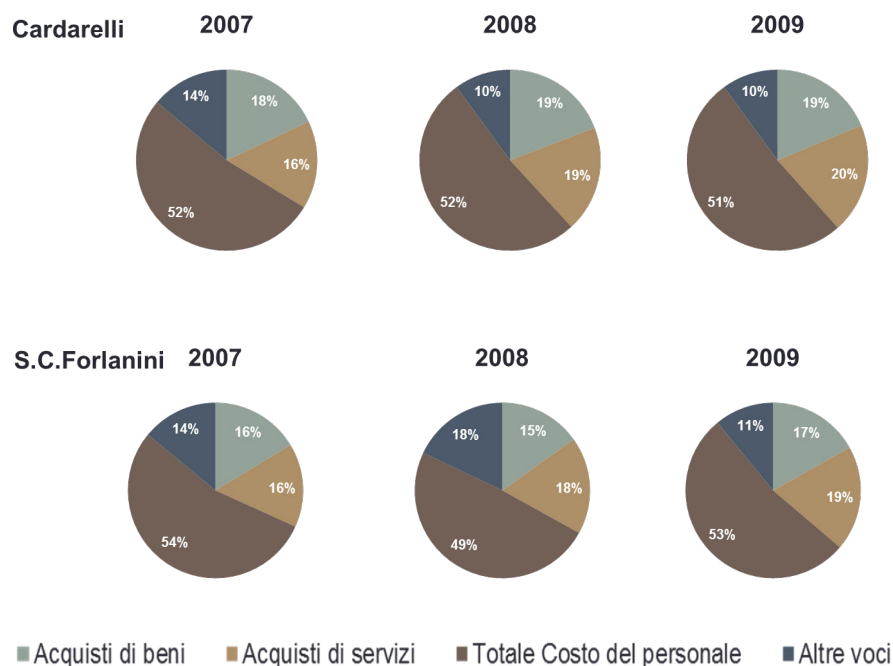
Con riferimento alla realtà “G.Brotzu” l’analisi economica ha evidenziato - seppur con delle fluttuazioni - un andamento sostanzialmente prossimo al pareggio di bilancio, dato in controtendenza rispetto allo scenario generale a livello nazionale e ad alcune aziende benchmark.

L’analisi ha quindi fatto emergere una struttura dei ricavi affidata nella pressoché totalità al rimborso da parte del SSR (essendo di fatto esclusa la mobilità attiva per via della posizione insulare) ed una struttura dei costi sostanzialmente non sbilanciata, seppur con una incidenza maggiore alla media di alcune voci nella composizione dei costi totali.



Composizione del Costo della produzione





Analisi dell'attività sanitaria

L'analisi dell'attività sanitaria ha visto dapprima la descrizione dell'attività del "G.Brotzu" espressa dalla struttura in termini quantitativi e successivamente è stata confrontata in termini qualitativi relativamente agli esiti della attività sanitaria sia con le strutture benchmark, sia con le strutture presenti nella Regione Sardegna attraverso il supporto di due differenti programmi ministeriali di verifica degli esiti.

Per quanto riguarda gli esiti dell'attività dell'A.O. "G.Brotzu" si è provveduto anche a fornire una serie storica degli stessi.

Tutte le indagini descritte sono quindi servite a definire il posizionamento della struttura, attività quest'ultima che ha beneficiato (e beneficerà) dell'interscambio informativo intercorso con il personale dell'azienda durante le sessioni d'aula.

Analisi della produzione

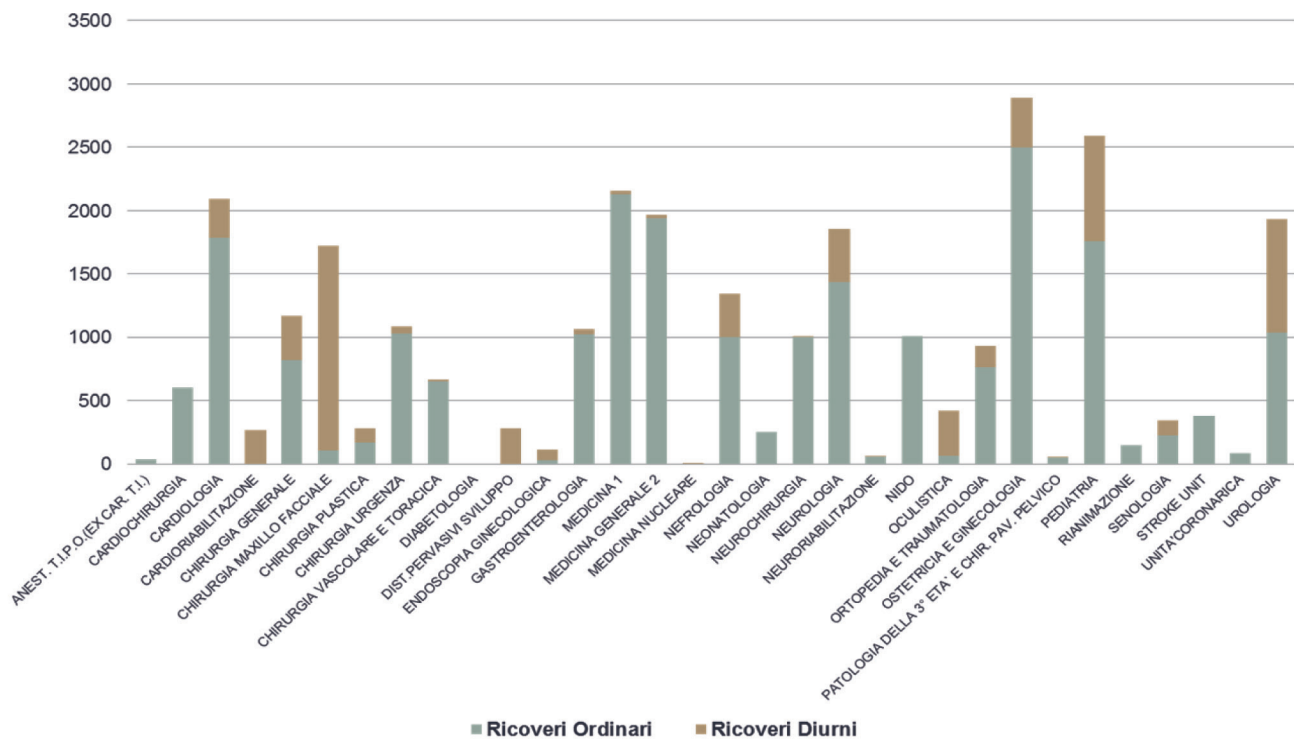
L'analisi della produzione ha avuto lo scopo di mappare i livelli produttivi della struttura in termini quantitativi sia di volume sia di composizione delle prestazioni erogate in termini di specialità e di regime assistenziale e di occupazione delle risorse.

E' stata condotta sulla base dei flussi informativi interni relativi alle schede di dimissione (SDO) del più recente anno disponibile forniti dall'ufficio programmazione sanitaria del "G.Brotzu" e sulle informazioni relative ai centri di costo fornite dal controllo di gestione.

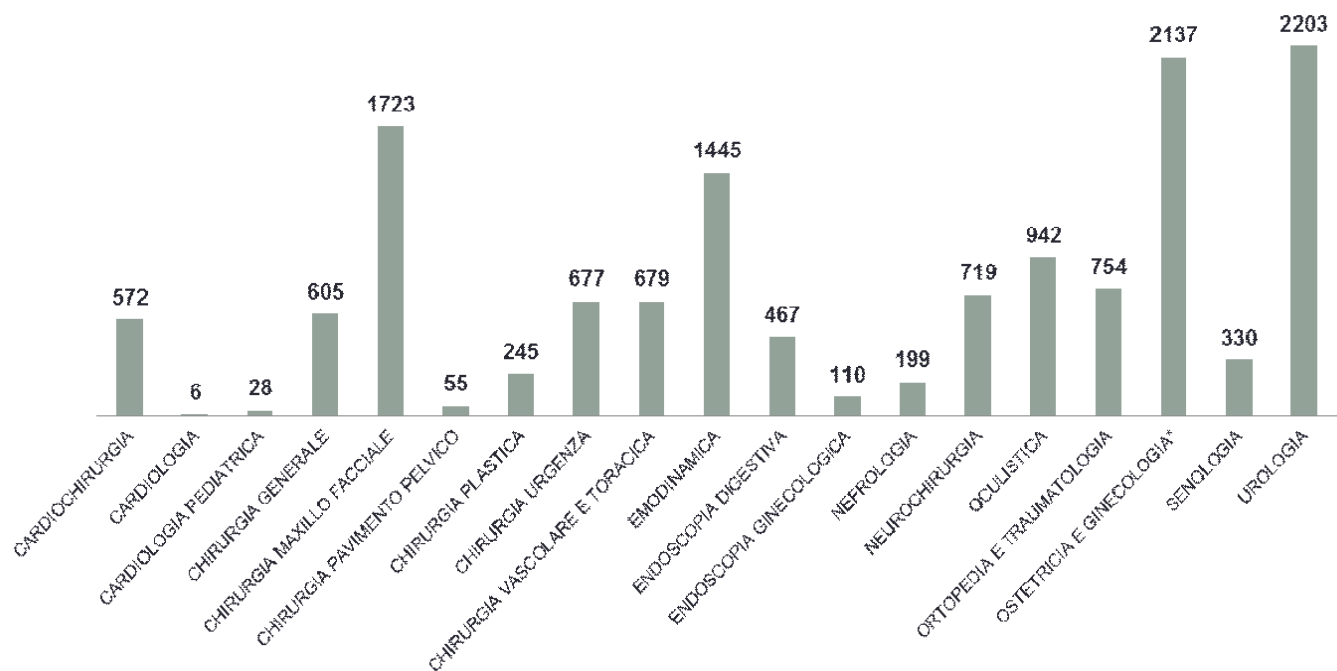
L'attività di analisi ha permesso dapprima di mappare la produzione di attività sanitaria, poi di aggregarne per Peso e Volume le componenti (DRG) e infine di identificare le aree target sulle quali intervenire per impiantare le nuove modalità clinico-organizzative (PDTA/PCA) massimizzando la ricaduta in termini di salute offerta.

Le aree target sono quindi risultate essere quelle di ostetricia, cardiologia, neurologia e nefrologia, venendo elette queste ultime due per la realizzazione dei PDTA/PCA relativi al trattamento di pazienti colpiti da "Ictus" e dei pazienti candidati al "Trapianto di rene".

Ricoveri per Unità Operativa



Numero di interventi per Unità Operativa



Analisi degli esiti della attività sanitaria

L'analisi degli esiti delle prestazioni sanitarie svolte ha indagato il livello qualitativo delle prestazioni erogate dalla struttura per il tramite dell'osservazione e misurazione di alcuni indicatori ritenuti in letteratura maggiormente rilevanti.

L'analisi è stata condotta sulla scorta dei dati ufficiali forniti dal Ministero della Salute e compresi in due distinti programmi di valutazione degli esiti: PNE e SIVEAS.

Per una maggiore completezza ed accuratezza dell'analisi, in considerazione anche di alcune peculiarità del territorio, l'analisi comparativa è stata estesa non solo alle strutture benchmark, ma anche a tutte le strutture del territorio sardo (laddove presenti nei database per gli indicatori considerati).

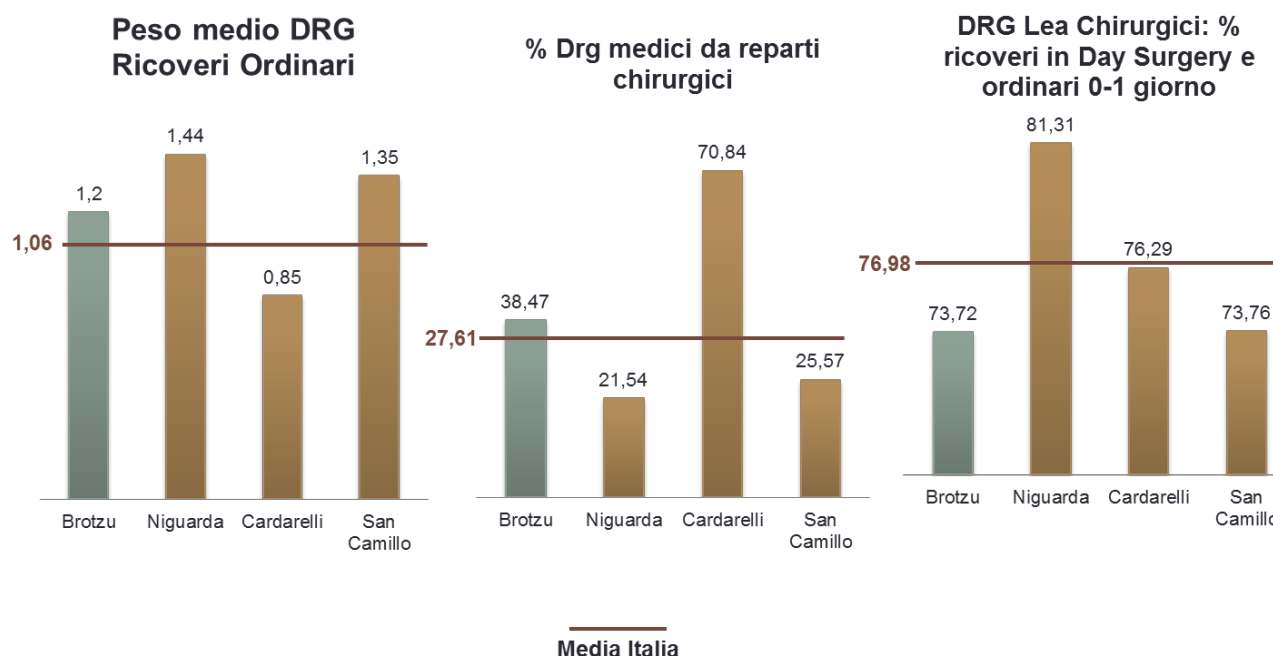
Per il "G.Brotzu" è stata anche collezionata ed evidenziata la serie storica del livello di performance degli indicatori sensibili dell'ultimo quinquennio.

Quest'ultimo strumento evidenziando il trend qualitativo della prestazione lungo la linea del tempo ha consentito di far emergere la costanza ovvero la discontinuità nel livello qualitativo dell'erogazione e pertanto risulta estremamente utile in fase di valutazione e scelta per l'implementazione di Percorsi Clinici perché fornisce un indizio importante sulla solidità organizzativa a monte della prestazione erogata.

I risultati emersi dall'attività di indagine sulla molteplicità di indicatori considerati dai programmi nazionali sopracitati hanno fatto emergere una posizione di generale vantaggio del "G.Brotzu" nei confronti degli altri attori presenti sul territorio sardo ed un ottimo posizionamento anche in relazione ai benchmark nazionali.

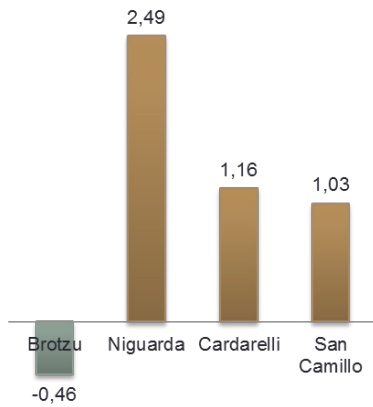
Indicatori SiVeAS

Indicatori Organizzativi

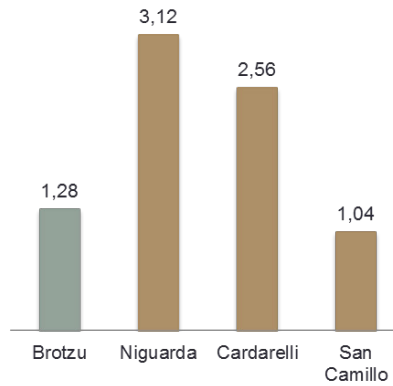


Indicatori Organizzativi

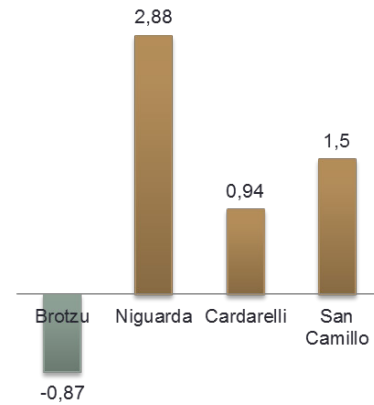
Indice di performance
degenza media per acuti



Indice di performance
degenza media per acuti -
DRG chirurgici



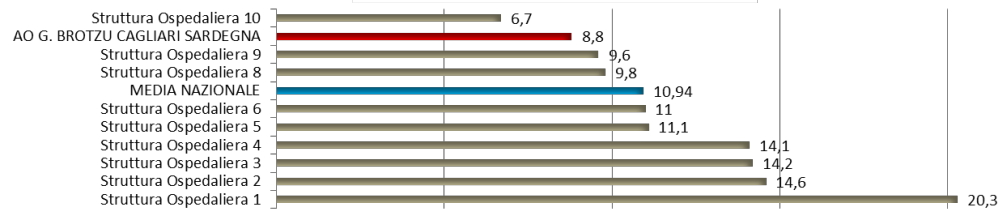
Indice di performance
degenza media per acuti
- DRG medici



Indicatori PNE

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero

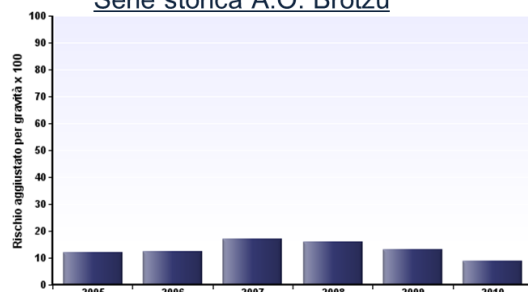
A.O. Brotzu vs Sardegna



A.O. Brotzu vs Benchmark



Serie storica A.O. Brotzu



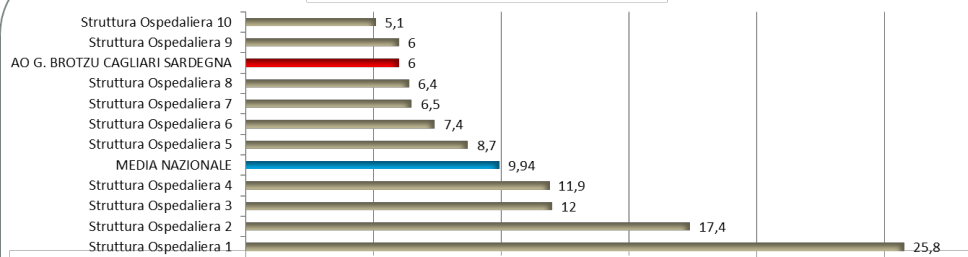
N.Casi230

Dall'analisi dell'indicatore considerato l'A.O.G.Brotzu presenta dati di performance **positivi** nel confronto con le strutture sia regionali che nazionali

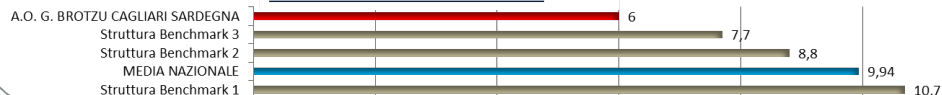
La serie storica evidenzia un andamento "a gobba" con maggior criticità negli anni 2007 e 2008, poi recuperata

Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero

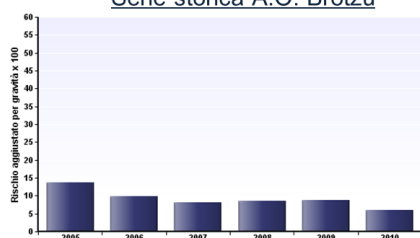
A.O. Brotzu vs Sardegna



A.O. Brotzu vs Benchmark



Serie storica A.O. Brotzu



N.Casi361

Dall'analisi dell'indicatore considerato l'A.O.G. Brotzu presenta dati di performance **positivi** nel confronto con le strutture sia regionali che nazionali. La serie storica evidenzia un andamento costantemente decrescente.

Analisi di efficienza

L'analisi condotta ha indagato le performance del "G. Brotzu" in termini di efficienza nell'utilizzo della dotazione di posti letto della struttura andando a considerare in maniera innovativa gli indicatori in letteratura associati a questo aspetto della gestione dell'attività sanitaria.

Spesso è più opportuno analizzare gli indicatori non singolarmente ma studiando le relazioni intercorrenti tra loro. Per fare questo sono stati sviluppati degli strumenti realizzati sulla scorta degli indicatori utilizzati per la costruzione del Nomogramma di Barber.

Nomogramma di Barber

E' un sistema di valutazione dell'attività che consente confronti nel tempo e nello spazio e permette di effettuare un check-up dell'attività ospedaliera, prendendo in considerazione quattro indicatori:

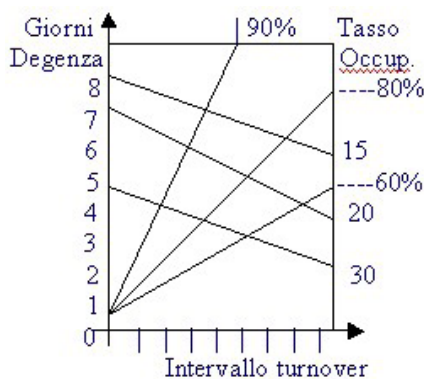
- La Degenza Media
- Il Tasso di Occupazione
- L'intervallo di Turn Over
- L'indice di rotazione per posto letto

$$DM = GD / CD$$

$$TO = GD / (PL \times 365)$$

$$IT = [(PL \times 365) - GD] / CD$$

$$IR = CD / PL$$



Nel lavoro svolto, quindi, si è fatto riferimento agli indicatori utilizzati nella costruzione del *Nomogramma di Barber* per indagare la congruità del dimensionamento di una struttura ospedaliera e per valutare le condizioni operative dei reparti e degli ospedali e per ricercare la strategia di riorganizzazione migliore da intraprendere sul fronte dell'efficienza nel caso in cui vengano rilevati scompensi nel funzionamento delle strutture.

Definizione e descrizione degli indici di performance considerati

Razionale:

- *Tasso di occupazione dei PL (%) (TO)* – Rapporto fra n. di giornate di degenza osservate e n. di giornate di degenza teoriche (PL x 365 gg)
- *Indice di rotazione (IR)* – Rapporto fra n. di dimissioni e n. di PL. L'indice misura quanti pazienti transitano mediamente su un PL nell'anno considerato.
- *Intervallo di turnover (IT)* – Rapporto fra n. di giornate non utilizzate (giornate teoriche – giornate erogate) e n. di dimissioni. L'indice misura l'intervallo di tempo medio che intercorre fra una dimissione e il successivo ricovero
- *Degenza media (DM)* – Rapporto fra n. di giornate erogate e n. di dimissioni totali

Formule applicative:

- *Tasso di occupazione posti letto (TO)* = [(Totale giorni di degenza) / (Numero PL attivati x 365)] x 100 *.
- *Indice di rotazione (IR)* = Numero di dimissioni / Numero posti letto attivati.
- *Intervallo di turnover (IT)* = Numero posti letto attivati x 365 - Totale giorni di degenza / Numero di dimissioni.
- *Degenza media (DM)* = Totale giorni di degenza / Numero di dimissioni.

Elaborazione dati su database ministeriale per Discipline 2010

Il confronto sugli indicatori è stato effettuato osservando sui quattro indicatori sopra descritti i differenziali di performance di AOB rispetto ai livelli medi di Italia e Sardegna (calcolati sulla base dei flussi SDO resi disponibili dal Ministero della Salute) per ogni singola Disciplina presente in AOB.

Gli indicatori di struttura osservati sono stati estratti e calcolati a partire dall'ultimo database ministeriale disponibile ed accorpati per ogni specialità presente e codificata in struttura evidenziando per ogni indicatore i valori del "G.Brotzu", i valori medi di Regione Sardegna, i valori medi di Italia.

Per ogni disciplina sono stati messi a confronto i quattro singoli indicatori componenti il nostro Set.

Considerando le notevoli differenze in termini di valore assoluto che gli indicatori possono prendere tra una specialità e l'altra (si pensi a titolo di esempio alla differenza in termini assoluti tra una degenza media in cardiocirurgia ed una in oculistica) si è scelto di riportare i valori in termini percentuali e specificamente poiché l'attività di indagine era riferita alla struttura "G.Brotzu" i valori sono stati riportati come scarto percentuale rispetto ai valori del "G.Brotzu", preso quindi come unità di misura della nostra metrica.

In questo modo si è potuta ottenere una lettura omogenea delle performance dei singoli indicatori per ogni specialità e condurre una lettura ragionata degli stessi all'interno del set per ogni specialità in grado di fornire indicazioni utili alla programmazione strategica e al dimensionamento e *setting* dell'attività aziendale.

Per ogni Specialità è stato ricavato anche un Indice Sintetico di performance che racchiude tutti i differenziali calcolati sui quattro indicatori.

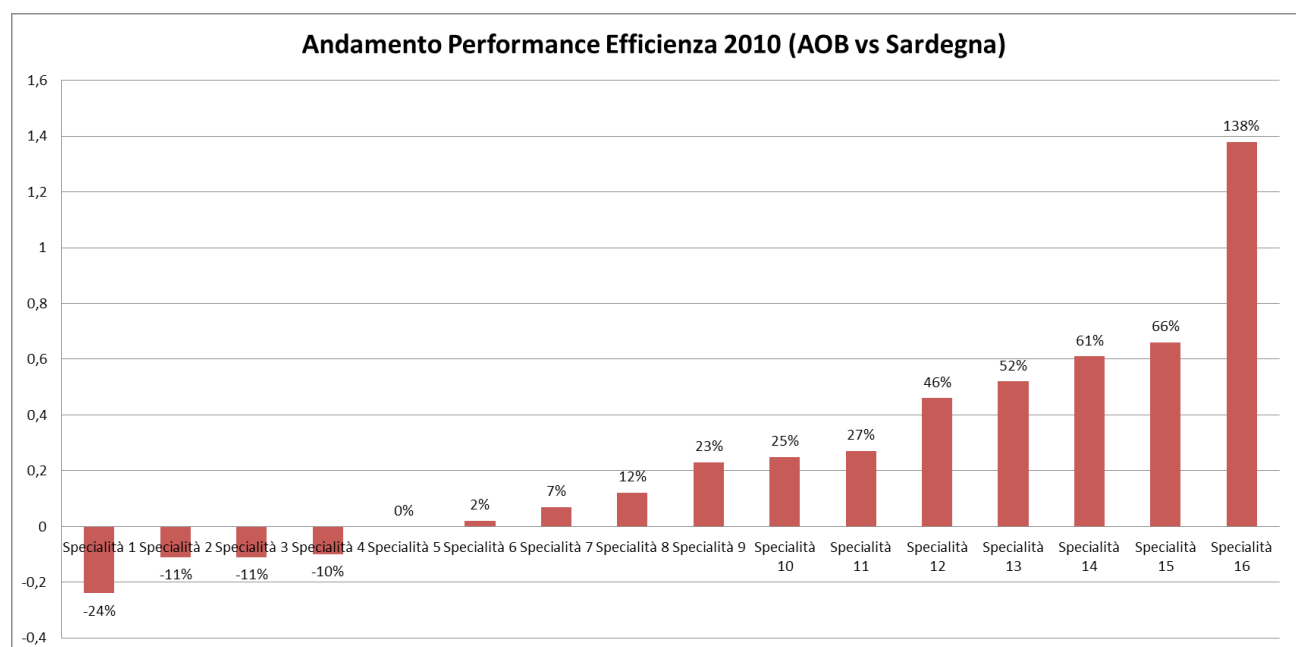
Una lettura critica delle risultanze emerse dall'incrocio dei quattro indicatori per le singole discipline ha consentito anche una prima interpretazione dei dati in chiave strategica.

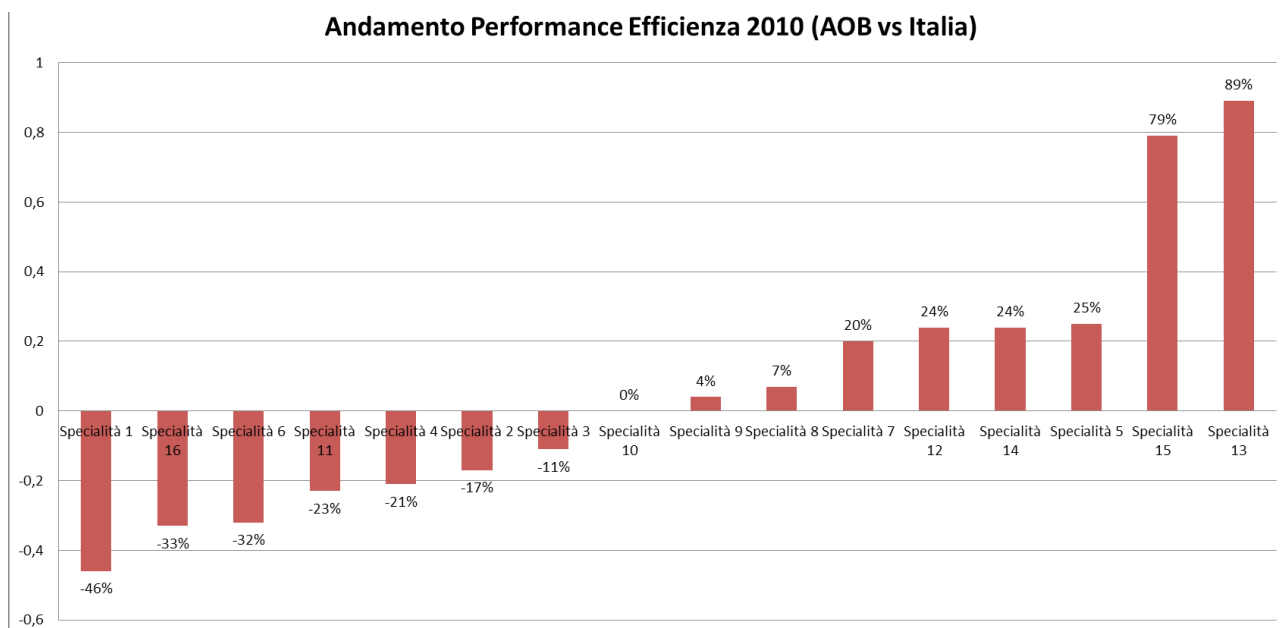
Si annota che l'attività di analisi ha mantenuto durante il progetto le caratteristiche del work in progress essendo emerse in corso d'opera delle criticità interne alla struttura nella validazione della base dati dovute ad alcune problematiche relative ai flussi informativi che hanno generato discordanze tra valori rilevati in database ministeriale e valori comunicati da fonte interna "G.Brotzu".

Viene fatto rilevare che lo strumento deve comunque essere considerato parziale in quanto non analizza la complessità e la qualità dell'assistenza fornita (anche se l'orientamento corrente considera interrelati gli aspetti dimensionali con quelli di *outcome*) e va utilizzato criticamente considerando nell'ambito delle componenti utili a supporto delle scelte strategiche per il dimensionamento della propria offerta anche fattori che tengano conto delle specificità e delle vocazioni della struttura oltre che della presenza o assenza concomitante di offerta di pari prestazioni sul territorio senza d'altro canto però perdere di vista la sostenibilità economica.

Anno	Target	Disciplina	IR Indice Rotazione	IT Intervallo Turnover	DM Degenza Media	TO Tasso Occupazione	Note sulla U.O.
2010	BROTZU	Disciplina 1	47,70	1,11	6,37	0,85	
2010	SARDEGNA	Disciplina 1	37,61	3,32	6,39	0,66	
2010	ITALIA	Disciplina 1	40,74	1,88	6,61	0,78	
		AOBvsSARDEGNA - Scarto % Performance	21%	-200%	0%	23%	Buona performance generale
		AOBvsITALIA - Scarto % Performance	15%	-70%	-4%	9%	
2010	BROTZU	Disciplina 2	108,00	0,91	2,47	0,73	
2010	SARDEGNA	Disciplina 2	50,21	1,51	4,76	0,76	
2010	ITALIA	Disciplina 2	44,76	2,60	4,95	0,66	
		AOBvsSARDEGNA - Scarto % Performance	54%	-67%	-93%	-4%	Probabile alto numero di ricoveri 0/1 gg
		AOBvsITALIA - Scarto % Performance	59%	-187%	-100%	10%	
2010	BROTZU	Disciplina 3	44,50	3,82	4,38	0,53	
2010	SARDEGNA	Disciplina 3	51,00	3,20	3,96	0,55	
2010	ITALIA	Disciplina 3	47,35	2,12	5,05	0,70	
		AOBvsSARDEGNA - Scarto % Performance	-15%	16%	10%	-3%	Sotto occupato Posti letto in eccesso
		AOBvsITALIA - Scarto % Performance	-6%	44%	-15%	-32%	
2010	BROTZU	Disciplina 5	50,17	-2,74	8,80	1,45	
2010	SARDEGNA	Disciplina 5	62,03	-1,09	6,63	1,20	
2010	ITALIA	Disciplina 5	58,58	-0,05	6,04	1,01	
		AOBvsSARDEGNA - Scarto % Performance	-24%	-60%	25%	18%	Degenza media eccessiva
		AOBvsITALIA - Scarto % Performance	-17%	-98%	31%	31%	

Evidenziazione grafica dell'andamento degli Indici Sintetici di Performance assegnati alle SSC e SSD di AOB:

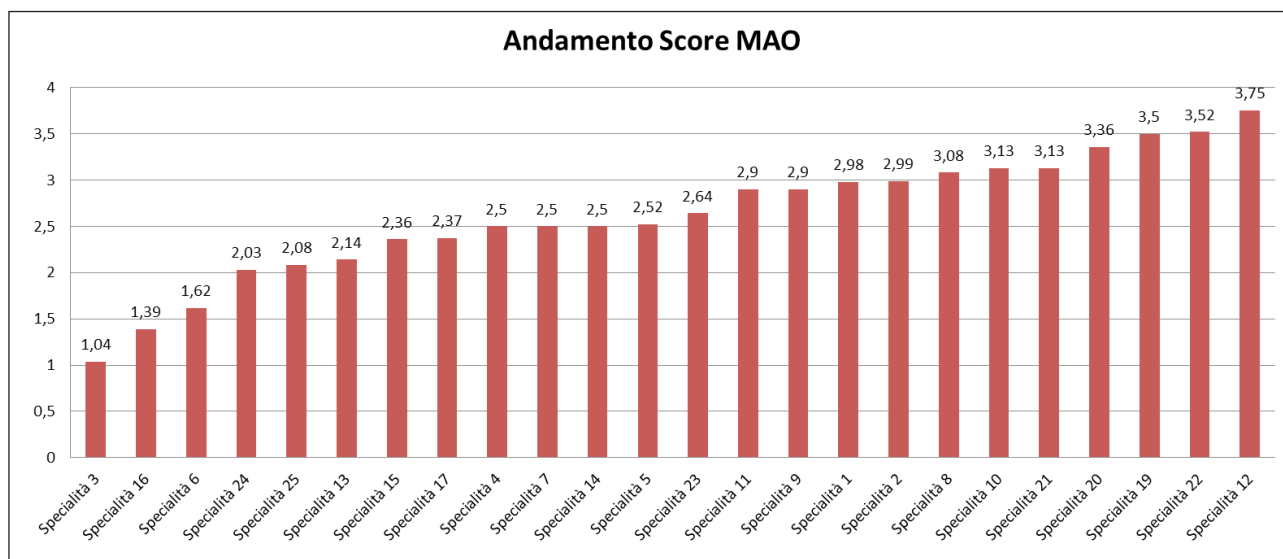




Organizzazione e classificazione degli scores ottenuti dalle SSC e SSD di AOB durante la valutazione della compilazione della Matrice Organizzativa

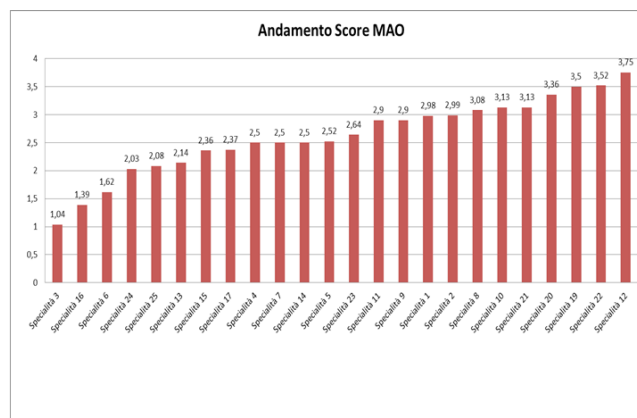
	Dipartimento 1						Dipartimento 2				Dipartimento 3		
	U.O. 1	U.O. 2	U.O. 3	U.O. 4	U.O. 5	U.O. 6	U.O. 7	U.O. 8	U.O. 9	U.O. 10	U.O. 11	U.O. 13	U.O. 14
1. LA NOSTRA STORIA	4,00	3,33	3,50	2,00	3,33	4,00	3,00	3,00	3,00	2,83	4,00	3,00	3,67
2. MISSION	4,00	2,80	4,00	3,10	2,80	3,80	2,00	2,50	2,00	3,40	2,00	3,00	3,10
3. ORGANIGRAMMA DI AFFERENZA	2,00	0,33	0,00	3,33	0,00	4,00	1,33	3,67	4,00	3,67	4,00	4,00	4,00
4. ORGANIGRAMMA	4,00	1,88	3,00	3,00	1,00	4,00	2,00	2,75	2,75	2,00	4,00	4,00	1,25
5. FUNZIONIGRAMMA	0,00	2,00	4,00	3,63	1,75	3,25	3,00	2,63	3,00	2,25	4,00	4,00	2,25
6. RISORSE UMANE	4,00	2,00	4,00	4,00	2,50	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00
7. SVILUPPO CONTINUO PROF.	3,67	2,33	4,00	3,00	3,17	3,00	3,67	2,33	3,67	1,67	3,00	0,00	3,00
8. CATALOGO ATTIVITA' EROGATE	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	3,50	3,50	3,00	4,00	3,00	4,00
9. ATTIVITA' RILEV.-CdRIF-H&S	4,00	3,00	4,00	0,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00
10. INDICATORI IN USO	0,50	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	3,00	2,50	3,00	2,00	3,50	0,00	4,00
11. MATRICE DELLE INTERFACCE	4,00	2,50	0,00	3,00	4,00	3,00	3,50	3,50	3,00	4,00	4,00	0,00	4,00
12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO	2,50	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	3,00	4,00
13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO	2,00	1,00	1,50	0,00	2,50	1,00	3,00	4,00	1,50	0,00	4,00	3,00	4,00
14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'	3,00	2,00	0,00	1,50	3,50	2,00	0,00	3,50	0,00	0,00	4,00	0,00	4,00
Score medio per CdR	2,98	2,08	2,50	2,47	2,90	3,15	2,82	3,13	2,89	2,52	3,75	2,36	3,52
Score medio per Dip.	2,68						2,84				3,21		

Evidenziazione grafica dell'andamento degli scores ottenuti dalle SSC e SSD di AOB durante la valutazione della compilazione della Matrice Organizzativa:



I risultati della Linea Analisi Strategica e Posizionamento e quelli della Linea Analisi Organizzativa sviluppati per l'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" sono stati sperimentalmente incrociati per dar luogo ad una matrice stile BCG (*Boston Consulting Group*) a quattro quadranti che desse una prima rappresentazione sinottica delle performance delle singole SSC e SSD in entrambe le dimensioni: clinica e organizzativa.

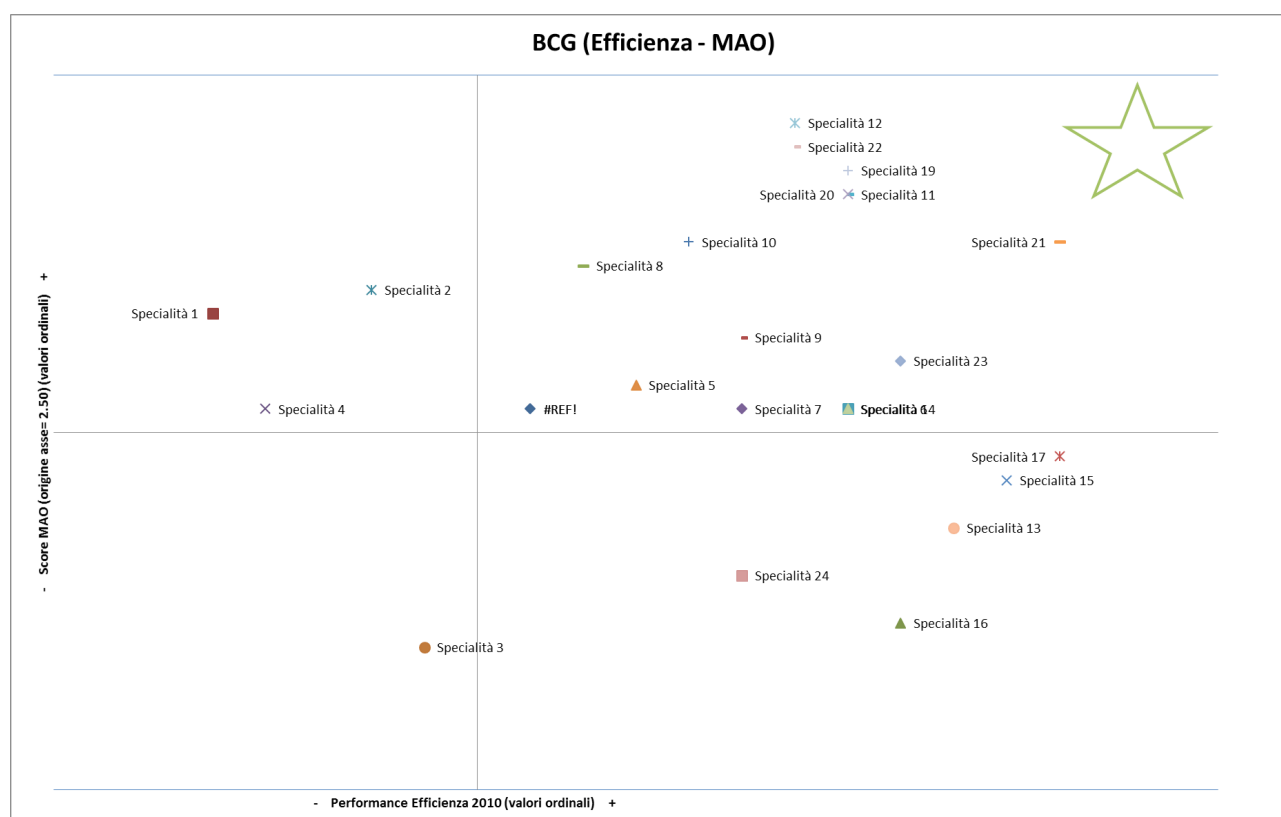
Anno	Target	Disciplina	IR Indice Rotazione	IT Intervallo Turnover	DM Degenza Media	TO Tasso Occupazione	Note sulla U.O.
2010	BROTZU	Disciplina 1	47.70	1.11	6.37	0.85	
2010	SARDEGNA	Disciplina 1	37.81	3.32	6.38	0.66	
2010	ITALIA	Disciplina 1	40.74	1.88	6.61	0.78	
		AObesSARDEGNA - Scarto % Performance	21%	-100%	0%	23%	Buone performance
		AObesITALIA - Scarto % Performance	15%	-20%	-4%	9%	alla generale
2010	BROTZU	Disciplina 2	108.00	0.91	2.47	0.72	
2010	SARDEGNA	Disciplina 2	50.21	1.91	4.76	0.76	
2010	ITALIA	Disciplina 2	44.76	2.60	4.65	0.66	
		AObesSARDEGNA - Scarto % Performance	51%	-67%	-90%	-4%	Probabile alto numero
		AObesITALIA - Scarto % Performance	55%	-187%	-100%	10%	di ricoveri 01 gg.
2010	BROTZU	Disciplina 3	44.50	3.82	4.38	0.53	
2010	SARDEGNA	Disciplina 3	51.00	3.20	3.98	0.55	
2010	ITALIA	Disciplina 3	47.35	2.12	5.06	0.70	
		AObesSARDEGNA - Scarto % Performance	-25%	17%	10%	-3%	Sotto occupato
		AObesITALIA - Scarto % Performance	-4%	44%	-25%	24%	Poco letto in ecocaso
2010	BROTZU	Disciplina 5	50.17	-2.14	8.80	1.45	
2010	SARDEGNA	Disciplina 5	62.03	-1.08	6.63	1.20	
2010	ITALIA	Disciplina 5	58.55	-2.05	6.04	1.01	
		AObesSARDEGNA - Scarto % Performance	-24%	60%	-25%	18%	Degenza media
		AObesITALIA - Scarto % Performance	-11%	89%	-31%	31%	eccessiva



Nella matrice di tipo BCG sono state fatte confluire le risultanze dei due grafici precedenti, arrivando a suddividere le SSC e SSD in quattro sottogruppi in base alle coppie di risultati ottenuti (secondo le combinazioni: + + ; + - ; - + ; - -).

Il quadrante "Star" ospita le unità con entrambe le valutazioni positive. Per chiarezza espositiva le posizioni delle SSC e SSD sono individuate sui due assi non riportando i valori puntuali, ma secondo i relativi ordinali nel ranking.

N.B. L'origine ha valore 0 sull'asse Performance e 2,50 sull'asse MAO



Conclusioni

L'insieme delle risultanze delle varie linee di analisi così come sopra descritte ha consentito ai consulenti di procedere con l'assegnazione alla Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" del cosiddetto "disco verde" relativamente al livello di qualità dell'assistenza sanitaria fornita, della gestione economica, della gestione organizzativa.

Un buon ranking all'interno della comparazione sul livello di *outcome* sanitario, un assetto organizzativo coerente al livello della struttura (con qualche evoluzione auspicabile a livello dipartimentale), una gestione economica di buon profilo prossima al pareggio nel Conto Economico sono precondizioni coerenti con l'adozione di azioni di sviluppo organizzativo particolarmente delicate e di alto profilo come possono essere la stesura e l'implementazione di percorsi clinici.

La presenza di alcune attività di ottimizzazione che possono invece essere condotte in aree della produzione, della completezza documentale, della comunicazione istituzionale, o i possibili margini di miglioramento nella performance di produzione dal punto di vista sanitario ed economico attraverso la modifica quali-quantitativa dell'offerta attuale, ottimizzando alcuni livelli di inappropriately in AFO (Area Funzionale Omogenea – ndr) medica, d'altro canto non sono sembrati essere ostativi per quantità e rilevanza al varo di attività di evoluzione aziendale dal punto di vista organizzativo.

Bibliografia di riferimento:

- Borgonovi, E. (1996). *I principi dell'azienda nell'economia pubblica. Introduzione*, in AA.VV., *Ripartire dall'azienda*, Atti del convegno dedicato al professor Carlo Masini, EGEA, Milano.
- Coda, V. (1990). *Il problema della valutazione della strategia*, *Economia e Management*, 12.
- Ouchi, W. G. (1977). *The relationship between organizational structure and organizational control*, *Administrative Science Quarterly*, 22/1977, pp. 95-113.
- Mintzberg, H. (1998). *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna.
- Nuti, S. (2008). *La valutazione della performance in sanità*, Il Mulino, Bologna.

Cap. 5 – La Social Network Analysis per lo sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali

di Roberto Dandi

Introduzione

La complessità dello sviluppo dei Percorsi Clinico Assistenziali (da qui in poi PDTA/PCA) risiede in larga misura nel fatto che i team che sono chiamati a confrontare la pratica clinica corrente con le linee guida di riferimento sono inerentemente multidisciplinari e multi professionali (Campbell, Hotchkiss, Bradshaw, Porteous, 1998). Nel caso di coinvolgimento di più strutture con servizi diversi, questi team sono anche multi settoriali e possono includere quindi l'ospedale, le residenze, l'assistenza domiciliare, l'assistenza sociale in un crescendo di complessità.

Questa diversità, che deve tradursi in complementarietà, può diventare un'elevata barriera alla collaborazione in quanto ogni professione, disciplina, reparto o *setting* ha i suoi obiettivi di missione, il suo orientamento temporale, le sue criticità e necessità organizzative e non ultimo il suo punto di vista scientifico sul percorso da implementare.

Secondo la letteratura (Di Stanislao, 2012) inoltre i gruppi di lavoro da organizzare in un progetto di sviluppo dei PDTA/PCA devono collocarsi su due livelli:

1. *Livello scientifico/aziendale*. Il gruppo di lavoro su questo livello ha una visione generale del progetto (che sia un progetto regionale o aziendale) e ha compiti di indirizzo dei gruppi di lavoro operativi. In particolare questo gruppo di lavoro si pone l'obiettivo di:
 - identificare e selezionare le linee guida della letteratura internazionale e nazionale;
 - esplicitare la qualità delle informazioni utilizzate (livello di evidenza), l'importanza – rilevanza – fattibilità - priorità della loro implementazione (forza delle raccomandazioni) e l'entità delle conseguenze (rilevanza delle decisioni)
 - esplicitare gli indicatori di monitoraggio e di *outcome*;
 - produrre i report per la fase di valutazione dei GdL operativi
 - aggiornare con regolarità le Raccomandazioni prodotte.
2. *Livello operativo / dipartimentale*: i gruppi di lavoro di questo livello hanno l'obiettivo di adattare le raccomandazioni delle linee guida alle specificità dell'organizzazione attraverso:
 - L'analisi delle attività "*as is*" (come sono ora)
 - La definizione del nuovo percorso assistenziale;
 - La sua sperimentazione;
 - La sua valutazione (in base agli indicatori individuati);
 - Il suo miglioramento attraverso la revisione continua.

Tutte queste attività, laddove avviate per la prima volta, presuppongono il superamento di un approccio culturale che vede la struttura sanitaria come frammentata in compartimenti stagni, dove ogni reparto è responsabile solo della sua parte di percorso.

I gruppi di lavoro devono quindi essere composti da persone non solo preparate dal punto di vista professionale e formate sullo sviluppo e sull'implementazione dei PDTA/PCA, ma anche aperte al cambiamento e alla collaborazione multidisciplinare.

Inoltre, mentre il gruppo di lavoro può svolgere con successo i compiti di sviluppo e implementazione, gli altri clinici dei rispettivi reparti hanno bisogno di essere attivati, motivati e formati a seguire il nuovo percorso così definito.

E' importante quindi che i membri dei gruppi di lavoro siano punti di riferimento professionale per il resto dei membri della organizzazione.

Nel progetto presso l'A.O. "G. Brotzu", il gruppo di lavoro di livello aziendale e scientifico era composto in maniera congiunta dai consulenti delle società del RTI e Cabina di Regia comprendente la Direzione Generale e i vertici aziendali.

Nell'identificazione dei membri dei gruppi di lavoro operativi, il RTI ha adottato una metodologia innovativa chiamata *Social Network Analysis* (analisi delle reti sociali), volta a misurare le potenzialità dei clinici da coinvolgere non in base alle loro caratteristiche individuali (ad esempio anni di esperienza, grado dirigenziale) ma in base alla loro centralità nella rete delle relazioni informali.

Prima di entrare nel dettaglio di questa soluzione offriamo una breve presentazione della metodologia.

L'utilità della Social Network Analysis in sanità

La nascita della Social Network Analysis (da qui in poi SNA) si può far risalire al 1930 quando Jacob Moreno, il pioniere della psicoterapia di gruppo, ha sviluppato la "*sociometria*", un modo per mappare le relazioni sociali in piccoli gruppi.

Nel corso dei decenni la SNA si è diffusa in tutte le branche del sapere, dalla psicologia sociale a all'antropologia, dalla sociologia, agli studi di organizzazione, fino alla fisica (Borgatti et al., 2009).

Tuttavia, anche se le prime applicazioni di SNA nella scienza dell'organizzazione sono ormai vecchie di decenni (Tichy, Tushman, e Fombrun, 1979), solo di recente la SNA è emersa come uno dei campi di ricerca più innovativi e di successo nella gestione e organizzazione aziendale e in particolare dell'organizzazione delle strutture sanitarie (Huerta e Dandi, 2014).

Gli assunti base della SNA, che la rendono uno strumento ideale per studiare e migliorare le organizzazioni, incluse quelle sanitarie sono (Kilduff, Tsai, Hanke, 2006)

- *La relazione conta*: il comportamento di un individuo deriva non solo dalle sue caratteristiche individuali (es: competenze, esperienza, livello gerarchico ecc.) ma anche dalle relazioni che ha con altri individui. Uno studio recente dimostra ad esempio che i pediatri di libera scelta che più sono centrali nella rete di scambio di pareri clinici sono statisticamente più propensi ad adottare le raccomandazioni delle linee guida *evidence-based* (Dandi, D'Alise, Mascia, 2013) mentre i pediatri meno "*connessi*" sono più isolati e non presentano questo comportamento.
- *Le relazioni sono complesse*: tra due individui di una rete non c'è mai un solo tipo di relazione, ma diverse. La creazione di una relazione tra due individui si spiega con altre relazioni esistenti. Ad esempio, la richiesta di un parere clinico a un medico e non a un altro si spiega dall'esistenza di una pre-esistente relazione di collaborazione (Brunetta e Dandi, 2010). Le persone che si scambiano una relazione di fiducia sono più propense anche a collaborare. Ad esempio, un medico ospedaliero a cui tutti chiedono consigli clinici può essere un vero "*agente del cambiamento*" che promuove l'adozione di innovazioni nel proprio reparto.
- *Le reti sociali sono utili*: coloro che detengono un patrimonio sviluppato di relazioni (cosiddetto "*capitale sociale*") possono ottenere informazioni e risorse più facilmente o velocemente di altri oppure possono attivare più persone per essere aiutate (il cosiddetto "*capitale sociale*").
- *La struttura delle relazioni conta*: non sono solo importanti le connessioni tra due "*nodi*", ma anche la struttura generale della rete.

Un individuo con poche connessioni può comunque avere grandi vantaggi dalla sua rete se i suoi contatti ad esempio sono scollegati. In questo modo il nodo in questione è il "*tertium gaudens*" tra due nodi in conflitto o semplicemente non interessati a relazionarsi tra loro.

La SNA quindi suggerisce di raccogliere dati sulle relazioni tra individui per ricostruire la struttura generale della rete. In sostanza una rete è un insieme di relazioni tra nodi.

Le relazioni possono essere di qualsiasi tipo: di scambio (di informazione, di risorse), relazioni sociali (parentela, amicizia, di fiducia), relazioni di comunicazione e collaborazione, relazioni formali o informali.

Un esempio di relazione formale lo si può trovare in qualsiasi organigramma organizzativo, dove sono esplicitate le relazioni di autorità (chi ha potere decisionale su chi).

In questo caso però la rete ci racconta poco su come funziona in realtà l'organizzazione.

Sovrapposte a questa rete ce ne sono altre, del tutto informali perché non formalizzate in documenti ufficiali, che spesso dipingono una realtà anche molto diversa dall'organigramma: reti di comunicazione, di fiducia, di richieste di pareri, di richieste di favori, che se mappate, potrebbero individuare come centrali alcuni "nodi" (individui) che nell'organigramma formale sono completamente marginali ma che nella realtà aziendale sono invece estremamente importati, punti di riferimento per molti altri nodi.

L'utilità di una prospettiva di rete nel settore sanitario è evidente se si considerano alcune caratteristiche particolarmente sfidanti delle organizzazioni e dei sistemi sanitari (Huerta e Dandi, 2014):

1. L'evoluzione epidemiologica dei paesi sviluppati presuppone una domanda di servizi sempre più complessa: da una parte l'invecchiamento della popolazione e quindi una maggiore necessità di gestire pazienti con più malattie, dall'altro il diffondersi di malattie croniche in tutte le fasce d'età (si pensi all'obesità, al diabete, all'asma) che richiedono lo sviluppo di un'assistenza di lungo periodo e più incentrata sulla persona (con tutti i suoi bisogni) che sulla malattia solamente. Questa domanda di assistenza presuppone che i servizi sanitari e i servizi sanitari e sociali siano sempre più efficacemente e efficientemente integrati.
2. La specializzazione medica crea sempre più difficoltà alla collaborazione. In linea di principio, l'alta specializzazione promuove le competenze e quindi la qualità delle cure, ma in realtà ostacola l'integrazione e la continuità delle cure (Nicolini et al., 2007). Un secolo fa esistevano solo 18 discipline mediche e una manciata di specializzazioni negli Stati Uniti. Entro il 2011 le discipline erano diventate 158 (Detsky, Gauthier, e Fuchs, 2012). Le specializzazioni mediche possono essere classificate come: chirurgiche o di medicina interna; per fascia d'età dei pazienti (bambini o anziani); basate sull'organo o sulla tecnica di base; di tipo diagnostico o terapeutico. Alcune specialità possono essere multidisciplinari, come la medicina del lavoro, la medicina preventiva, la medicina delle catastrofi o la medicina di genere, tra le altre. Nuove soluzioni devono essere implementate per far collaborare specialisti di diverse discipline, professioni e *setting* assistenziali.
3. Lo sviluppo dell'*evidence based medicine* (linee guida, PCA ecc.) spinge verso la codificazione del sapere clinico e alla collaborazione tra professionisti. Tutto questo però presuppone comunque un adattamento alle condizioni dell'organizzazione che la deve applicare e alle caratteristiche del singolo paziente. Questa difficile attività di traduzione crea nuove necessità di integrazione in sanità.

La crescente consapevolezza della necessità di integrare le persone, le competenze e le attività nella fornitura di servizi di assistenza sanitaria è compatibile con un approccio basato sulla SNA.

La Social Network Analysis in pratica

Alla base della SNA c'è l'assunto che per analizzare gli individui e i gruppi e possibilmente gestirli c'è bisogno di capire come questi si relazionano tra di loro e non solo che caratteristiche hanno. In qualsiasi organizzazione infatti non basta creare unità con persone competenti ma bisogna fare in modo che queste collaborino tra loro e si coordinino per raggiungere dei fini comuni.

A differenza delle altre metodologie di analisi quantitative, la SNA quindi raccoglie due tipi di dati:

- gli *attributi* dei nodi, cioè tutte quelle variabili che sono associabili agli individui sotto analisi (siano essi persone, gruppi, unità organizzative, ecc.), come ad esempio età, competenze, ecc.;
- le *relazioni* tra i nodi. Per ogni coppia di nodi è possibile definire se esiste o meno una relazione (ad esempio una relazione gerarchica: chi comanda chi, o di parentela) o quanto pesa quella relazione (ad esempio: scambio di comunicazioni giornaliere, settimanali ecc.).

La raccolta dati quindi presuppone che:

- Si sia deciso un confine per stabilire quali nodi appartengono alla rete e quali no. Ad esempio, il confine potrebbe essere organizzativo (tutti i membri di una unità organizzativa, o tutti quelli coinvolti da un PDTA/PCA), geografico, ecc.
- Si siano decise quali relazioni studiare. Tra due individui possono esistere innumerevoli relazioni:

La raccolta dati può avvenire in due maniere principali:

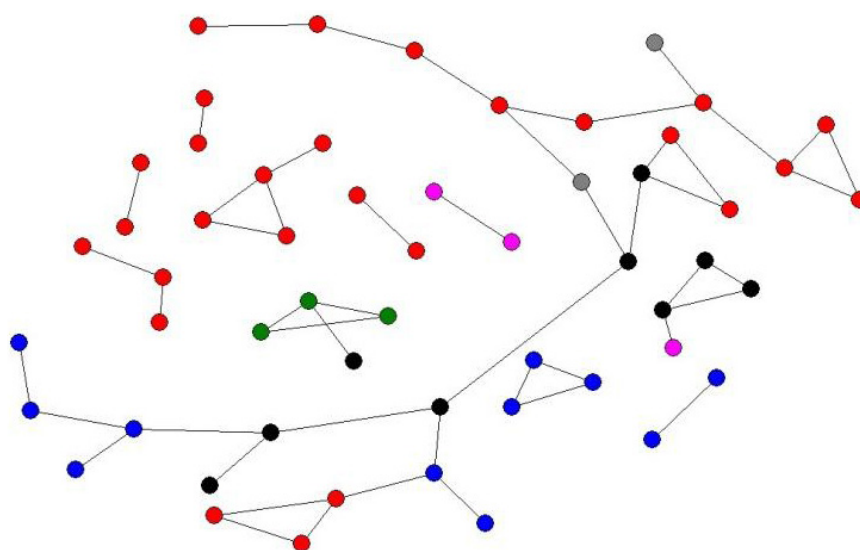
- Estrazione dei dati da documenti o sistemi informatici esistenti. Ad esempio, da un organigramma posso estrarre le relazioni di autorità, da un sistema email posso estrarre le relazioni di comunicazione, da un database di articoli scientifici posso estrarre le relazioni di *co-authorship*, ecc.
- Raccolta diretta tramite interviste, questionario o osservazione diretta. Tra questi, il metodo più semplice è il questionario, specialmente in caso di reti molto ampie (con centinaia di nodi).

Una volta raccolti i dati attributivi e relazionali si è in grado di visualizzare le reti.

Ad esempio in figura 1 troviamo come nodi i pediatri di libera scelta, come relazione lo scambio di pareri clinici.

I colori possono essere usati per visualizzare un attributo del nodo. In questo caso ogni colore è associato con uno specifico distretto sanitario.

Fig. 1 – Scambio di pareri clinici tra pediatri di libera scelta in una ASL (i colori rappresentano i distretti)



Fonte: nostra elaborazione

Le visualizzazioni sono usate per facilitare l'interpretazione dei risultati e delle analisi quantitative.

Ad esempio, è facile notare nella figura che i nodi dello stesso colore tendono a relazionarsi tra di loro.

Questo si spiega con il fatto che l'appartenenza allo stesso distretto facilita la conoscenza reciproca e quindi le occasioni per stabilire relazioni di fiducia e scambio di informazioni.

In generale si può dire anche che la figura presenta una rete molto frammentata, dove piccoli gruppi sono isolati dal gruppo più connesso.

Le analisi quantitative delle reti possono essere volte a (Valente, 2010):

- *Identificare i nodi della rete che sono più influenti degli altri.* La centralità di un nodo (Kim 2007; Borgatti, 2006) può essere misurata da indicatori basati sul numero di relazioni in uscita (*outdegree*) o in entrata (*indegree*), sulla qualità delle relazioni (il valore scambiato ad esempio), sulla qualità delle persone con cui è in contatto, sull'unicità delle relazioni che ha (solo il nodo x è connesso a un gruppo di nodi y, z, w), sulla sua capacità di mediazione (due nodi per potersi connettere devono passare per

x). I nodi più influenti possono essere selezionati da un'organizzazione per attivarli come agenti del cambiamento, o per valutare il loro potenziale di carriera, ecc. In sanità pubblica spesso si ricercano i nodi più influenti tra gruppi di cittadini di una comunità per influenzare comportamenti salutari (ad esempio, si identificano i key opinion leader di una comunità per promuovere una dieta più sana o l'abbandono di dipendenze come il fumo, l'alcool, ecc.. (Valente e Pumpuang, 2007).

- *Identificare gruppi di nodi interrelati.* All'interno della rete esistono dei sottogruppi coesi di nodi che possono essere utili per diversi scopi. Da una parte è utile per un'organizzazione capire quali sono le coalizioni interne per gestire il cambiamento, dall'altra potrebbe essere utile per capire la rete di stakeholder esterni all'organizzazione. In sanità pubblica l'identificazione dei gruppi di una rete potrebbe essere utile per studiare la diffusione delle epidemie e per sviluppare politiche sanitarie più mirate.
- *Diffondere le informazioni e le innovazioni.* L'analisi delle reti permette di individuare i percorsi attraverso i quali le informazioni sono scambiate. Questo permette di influenzare la diffusione e la velocità di diffusione (Rogers, 2003). Per esempio, si pensi agli studi su come rendere "virale" una notizia su Twitter. All'interno delle organizzazioni è anche importante comprendere quali parti della rete sono più o meno esposte alle innovazioni e alle notizie.
- *Alterazione della rete.* L'analisi potrebbe essere indirizzata a identificare i "colli di bottiglia" della rete, quei nodi cioè che essendo broker di diversi altri nodi possono essere sovraccarichi di informazioni e rallentano quindi le comunicazioni. Un intervento possibile in questo caso è sviluppare nuove relazioni dirette tra i nodi che sono collegati attraverso quel nodo. Un altro tipo di alterazione è la perdita di un nodo. Questo può avvenire nel caso un individuo lasci l'organizzazione oppure una unità organizzativa sia dismessa. In questi casi la rete di relazioni diventa più frammentata ed è necessario intervenire sostituendo quel nodo con un altro in grado di riallacciare i rapporti persi oppure creando relazioni nuove tra i nodi rimasti.
- *Controllare il "contagio" sociale.* L'analisi in questo caso prende in considerazione contemporaneamente gli attributi e le relazioni in modo da modificare (o presidiare) gli attributi dei nodi. Ad esempio, un famoso studio (Christakis e Fowler, 2007) ha dimostrato attraverso l'analisi delle reti di amicizia che l'obesità si *contagia*. Analizzando dati longitudinali su *body mass index* e relazioni sociali di una comunità negli Stati Uniti, gli autori hanno scoperto che coloro che hanno molti parenti, amici e vicini obesi sono più propensi nel corso degli anni a diventare obesi essi stessi. Gli autori spiegano il fenomeno dal punto di vista psicologico: chi è attorniato da persone obese (i) si percepisce magro e (ii) ha frequenti occasioni di mangiare insieme con le persone obese (quindi mangia di più).

La SNA ha dei limiti importanti, il primo dei quali è certamente la gestione della privacy (Borgatti e Molina, 2003). La SNA, proprio perché studia le relazioni tra individui, non può raccogliere i dati in via anonima. L'unico modo per difendere la *privacy* dei soggetti analizzati e non alienarsi la loro collaborazione nella raccolta dati è assicurare che i dati raccolti non saranno divulgati in nessun caso né ai membri dell'organizzazione studiata né al committente se non in via aggregata e anonimizzata.

Un altro problema della raccolta dati è la completezza della rete.

Proprio perché si studiano le relazioni tra individui, ogni dato mancante non vale solo per l'individuo che non ha risposto ma anche per tutte le $n-1$ relazioni che potenzialmente quell'individuo avrebbe potuto dichiarare.

Di conseguenza una *rule of thumb* della SNA è di considerare validi i *dataset* in cui il tasso di risposta ha raggiunto almeno il 60% del campione. Studi statistici (Costenbader e Valente, 2003) dimostrano però che alcune misure di centralità, in particolare l'*indegree*, sono robuste anche in presenza di un numero elevato di valori mancanti.

In sintesi la SNA è uno strumento estremamente versatile che si adatta a differenti obiettivi di analisi.

Questo deriva dal fatto è possibile applicarla a innumerevoli tipi di nodi (individui, unità organizzative, ma anche documenti, parole chiave ecc.) e di relazioni (relazioni tra persone ma anche tra persone e cose: chi compra quali libri, chi scarica quali file da internet, ecc.).

Le migliori capacità computazionali di oggi e la sempre crescente disponibilità di dati relazionali attraverso internet (si pensi ai database di pubblicazioni scientifiche, da cui è possibile estrarre relazioni come quelle di citazione) rendono la SNA anche uno strumento sempre più applicabile a differenti contesti.

Nel successivo paragrafo analizziamo le applicazioni della SNA nell'EBM e successivamente il caso dell'A.O. "G. Brotzu".

L'adozione dell'Evidence Based Medicine e le relazioni sociali

La qualità delle cure è oggi associata alla capacità di implementare le evidenze che la ricerca clinica ha identificato.

Purtroppo non sempre questo si verifica: la letteratura internazionale parla di “*know-do gap*”, l'incapacità cioè di applicare i risultati della ricerca nella pratica clinica.

È stato stimato che il tempo che intercorre tra un'innovazione nella disciplina medica e un'innovazione nella pratica clinica è in media tra i 15 e i 17 anni (Balas e Boren, 2000).

Questo divario può spiegare per esempio perché, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, 7 milioni di bambini muoiono ogni anno per cause prevenibili (Bryce et al., 2005).

Diversi studi basati sulla SNA hanno affrontato il problema dell'adozione dell'EBM “*al letto del paziente*”.

Come sottolineato in precedenza, un effetto dell'alta specializzazione dei professionisti della salute, l'enorme quantità di nuove ricerche cliniche, e la natura tacita di molte conoscenze mediche sono le cause principali del divario tra sapere e fare.

La letteratura sulle relazioni informali dei medici ha rilevato che i medici spesso, invece di accedere fonti formale espliciti come linee guida, si basano sulla loro esperienza, o su quella dei propri colleghi.

Gabbay e Le May (2004) chiamano queste euristiche *Mindlines*, anziché *Guidelines*, proprio perché sono delle linee guida informali “*interiorizzate, collettivamente rinforzate, di conoscenza non codificata*” (pag. 1014).

Le *Mindlines* sono collettivamente rinforzate in quanto “*le interazioni tra medici e tra questi e gli opinion leader, i pazienti, i rappresentanti farmaceutici e altre fonti di conoscenza in gran parte tacite sono alla base della formazione dell'esperienza e delle competenze dei medici*” (Gabbay & Le May, 2004, p. 1014).

Attraverso un processo di arricchimento, di controlli, e di raffinamento derivante dalla interazione tra pari, le *Mindlines* individuali diventano *Mindlines* collettive, condivise tra più medici.

Se lo studio di Gabbay e Le May (2004) fa presupporre una contrapposizione tra *Mindlines* e *Guidelines*, come se le *Mindlines* fossero una sostituzione delle *Guidelines*, un'altra parte di letteratura invece considera le *Mindlines* come un rinforzo dell'EBM.

Diversi studi hanno confermato l'importanza delle relazioni sociali tra colleghi nell'adozione di linee guida cliniche (Keating et al, 2007; Salvatore, 2006).

Gli scambi di pareri tra medici possono contribuire a rendere le linee guida o i risultati della ricerca scientifica più immediatamente applicabili al caso in esame (Dopson et al. 2002).

In alcuni studi italiani recenti sui pediatri di libera scelta si è dimostrato che la centralità di un medico all'interno della rete informale di scambio di pareri è positivamente associata alla frequenza d'uso delle linee guida EBM (Dandi, Mascia, D'Alise, 2013).

In altre parole, i medici che ricevono molte richieste di pareri da altri medici sono quelli più propensi ad applicare le linee guida EBM.

Inoltre, Mascia, Dandi e Di Vincenzo (2014) hanno trovato che i pediatri di libera scelta che più tendono a chiedere pareri clinici ai pediatri ospedalieri sono anche quelli che più usano le linee guida EBM.

Il risultato suggerisce che ci sia una sorta di “*contagio sociale*” per cui i pediatri che chiedono più colleghi ospedalieri per consigli sono più esposti a percorsi EBM ospedale e, di conseguenza, sono i più propensi a utilizzare le linee guida cliniche anche nell'assistenza primaria.

La Social Network Analysis presso l'A.O. “G. Brotzu”

Come precedentemente spiegato, la SNA è una metodologia che focalizza l'attenzione sulle relazioni tra nodi di una rete per studiarne e influenzarne il comportamento.

Questa metodologia è estremamente utile per l'individuazione di persone influenti all'interno di una organizzazione in modo da poter veicolare il cambiamento organizzativo più velocemente e più facilmente.

Nel nostro caso i nodi sono stati medici, infermieri e tecnici dell'A.O. “G. Brotzu” che dovevano essere selezionati per essere formati e per entrare a far parte del gruppo dei facilitatori che avrebbe successivamente lavorato operativamente allo sviluppo dei Percorsi Clinico Assistenziali.

La selezione dei facilitatori per un PCA può avvenire essenzialmente in due maniere:

- *Metodo tradizionale*: una volta stabilito quali discipline sono coinvolte dal PCA, si individuano alcune caratteristiche individuali da tenere in considerazione nella scelta e si decide un valore soglia o un valore target per effettuare la scelta. Ad esempio, caratteristiche individuali come il livello gerarchico (capo di struttura complessa, ecc.), gli anni di esperienza, misure bibliometriche per valutare la ricerca scientifica (es: indice H, numero di citazioni, ecc.).
- *Metodo SNA*: una volta stabilite le discipline mediche da coinvolgere, si individuano delle competenze chiave per lo sviluppo del PCA e si chiede ai clinici di selezionare a chi, tra i propri colleghi, chiedono un parere su quelle competenze.

L'approccio SNA è utile in quanto la letteratura dimostra che spesso i clinici nel prendere decisioni non si basano solamente sull'esperienza propria, su linee guida o articoli, ma anche sull'esperienza e l'opinione dei propri colleghi.

Questa rete informale non risulta in nessun documento aziendale. Rivelarla permetterebbe di individuare le persone che, a detta dei colleghi, più detengono competenze cliniche e organizzative e che sono più collaborative.

Questi *key opinion leader* sono le persone che potenzialmente possono svolgere al meglio il ruolo di facilitatori dei percorsi clinico-assistenziali in quanto non solo possiedono le competenze necessarie ma questa expertise è riconosciuta dai loro colleghi, che evidentemente li considerano come loro mentori.

Sulla base di questa convinzione il RTI ha:

- Sviluppato un questionario per la mappatura delle reti informali dell'ao Brotzu;
- Presentato il questionario alla Cabina di Regia del progetto;
- Presentato il questionario ai rappresentanti delle Unità Operative di AOB;
- Inserito il questionario online all'indirizzo [HTTPS://WWW.SURVEYMONKEY.COM/S/BROTZU](https://www.surveymonkey.com/s/brotzu) unitamente a una lettera di supporto della Direzione;
- Effettuato la raccolta dati rivolta a tutto il personale clinico (medici e infermieri) dal 7 maggio al 28 maggio 2012;
- Effettuato l'analisi dei dati dal 28 maggio al 31 maggio 2012;
- Presentato i risultati in sede di formazione del comitato guida, 31 maggio 2012.

Nel caso dell'A.O. "G. Brotzu" abbiamo selezionato tre caratteristiche chiave che ogni facilitatore dovrebbe avere per poter sviluppare dei PCA:

- Capacità di collaborazione;
- Competenze cliniche;
- Competenze organizzative.

Espandendo infatti l'approccio di altri studi, dove abbiamo dimostrato che i medici ai quali altri medici chiedono pareri clinici sono più propensi all'uso delle linee guida EBM (Dandi, D'Alise, Mascia, 2013), qui assumiamo che i clinici con *indegree* più alto (cioè selezionati da molti altri clinici) sulle tre variabili siano più propensi a adottare innovazioni cliniche e organizzative e a collaborare con gli altri affinché queste innovazioni si realizzino.

Per rilevare queste caratteristiche nel questionario abbiamo inserito tre domande concernenti le relazioni tra clinici:

1. Con quali colleghi della Sua Azienda COLLABORA con maggior frequenza nello svolgimento del suo lavoro?
2. A quali colleghi della Sua Azienda richiede con maggior frequenza PARERI CLINICI riguardanti il trattamento di specifici pazienti o richiede informazioni per il proprio AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE?
3. Su quali colleghi della Sua Azienda fa più affidamento per avere informazioni sulle procedure FORMALI E INFORMALI per completare il suo lavoro?

In tutte e tre le domande abbiamo chiesto di indicare nome, cognome e unità di appartenenza di al massimo 5 persone. Al questionario hanno risposto in maniera completa 159 persone, delle quali 71 medici, 63 infermieri, 14 tecnici di laboratorio e 10 tra biologi e terapisti. L'anzianità media è di 16 anni (min. = 1, max = 31, deviazione standard=9).

Sulla base dei dati raccolti sono state create attraverso il software UCINET (Borgatti, Everett e Freeman, 2002) tre liste ordinate in base alla centralità *indegree* (persone centrali in base al numero di volte in cui sono state votate dagli altri).

In particolare le tre liste identificano:

- Le persone con maggiore propensione alla collaborazione (selezionate cioè da molti nella domanda 1);
- Le persone considerate competenti dal punto di vista clinico (selezionate cioè da molti nella domanda 2);
- Le persone considerate competenti sulle questioni organizzative (selezionate cioè da molti nella domanda 3).

Analizzando i primi 50 nomi delle tre liste abbiamo rilevato che:

- Molti nomi erano presenti in più liste: chi collabora di più è più probabile sia anche competente clinicamente e che sappia bene anche come funziona l'organizzazione.
- Molti nomi erano di responsabili di unità, ma la maggior parte no. Il dato è importante perché il vantaggio della SNA è proprio quello rilevare ciò che l'organigramma non mostra: le persone più influenti al di là del loro livello gerarchico.

L'analisi delle tre liste ha permesso di individuare 194 persone per il ruolo di facilitatori del cambiamento. Questi operatori, che includevano medici, infermieri, tecnici e altre professioni sanitarie da 42 unità organizzative, sono stati poi formati e avviati alle attività di analisi organizzativa e di sviluppo dei Percorsi Clinici Assistenziali.

Bibliografia

- Balas, E. A., and Boren, S. A. (2000). *Managing Clinical Knowledge for Healthcare Improvements*. In J. Bemmell and A. T. McCray (eds.), *Yearbook of Medical Informatics* (pp. 65-70). Stuttgart, Germany: Schattauer Publishers.
- Borgatti, S. (2006). *Identifying sets of key players in a network*. *Computational and Mathematical Organization Theory* 12(1):21-34.
- Borgatti, S. Everett, M. & Freeman, L. (2002). *Ucinet for Windows: Software for Social Network Analysis*. Harvard, MA: *Analytic Technologies*.
- Borgatti, S. P., Mehra, A., Brass, D. J., and Labianca, G. (2009). *Network Analysis in the Social Sciences*. *Science* 323(5916), 892-895.
- Borgatti, S.P., Molina, J.-L., 2003. *Ethical and strategic issues in organizational network analysis*. *Journal of Applied Behavioral Science* 39 (3), 337-349.
- Brunetta, F. and Dandi, R. (2010). *Communities of Clinical Practice: Knowledge Exchange in Pediatric Communities*. Paper presented at the 26th EGOS Colloquium, Lisbon (Portugal) June 30-July 3.
- Bryce, J., Boschi-Pinto, C., Shibuya, K., and Black, R. E. (2005). *WHO Estimates of the Causes of Death in Children*. *The Lancet* 365(9465), 1147-1152.
- Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. (1998). *Integrated care pathways*. *British Medical Journal* 316: 133-137.
- Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2007). *The spread of obesity in a large social network over 32 years*. *The New England Journal of Medicine*, 357, 370-379.
- Costenbader E., Valente T.W. (2003). *The stability of centrality measures when networks are sampled*. *Social Networks* 25: 283-307.
- Dandi, R., D'Alise, C., Mascia, D. (2013). *Network professionali e uso delle linee guida: il caso della pediatria di libera scelta*. *Mecosan*, 87, 9-28
- Detsky, A. S., Gauthier, S. R., and Fuchs, V. R. (2012). *Specialization in Medicine*. *Journal of the American Medical Association* 307(5), 463-464.

- Di Stanislao F. (2012). *I Percorsi Assistenziali*. In *La qualità nell'integrazione tra sociale e sanitario*, Raccomandazione SiQUAS 2013.
- Dopson, S., Fitzgerald, L., Ferlie, E., Gabbay, J., and Locock, L. (2002). *No Magic Targets! Changing Clinical Practice to Become More Evidence Based.* *Health Care Management Review* 27(3), 35-47.
- Gabbay, J., and Le May, A. (2004). *Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed 'Mindlines?'* *Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care*. *British Medical Journal* 329(7473), 1013-1016.
- Huerta, T.R. and Dandi, R. (2014). *Social Network Analysis and the Integration of Care: Theory and Method*. In Mick, S.S., and Shay, P. D., Editors, *Advances in Health Care Organization Theory*, 2nd Edition, (pp. 229-258), Jossey-Bass Inc., Publishers
- Keating, N. L., Ayanian, J. Z., Cleary, P. D., and Marsden, P. V. (2007). *Factors Affecting Influential Discussions Among Physicians: A Social Network Analysis of a Primary Care Practice*. *Journal of General Internal Medicine* 22(6), 794-798.
- Kilduff, M., Tsai, W., Hanke, R. (2006). *A paradigm too far? A dynamic stability reconsideration of the social network research program*. *Academy of Management Review* 31, 1031-48.
- Kim, D. (2007). *Identifying Opinion Leaders by Using Social Network Analysis: A Synthesis of Opinion Leadership Data Collection Methods and Instruments*. PhD thesis, the Faculty of the Scripps College of Communication of Ohio University.
- Mascia, D., Dandi, R., Di Vincenzo, F. (2014). *Professional Networks and EBM Use: A Study of Inter-physician Interaction Across Levels of Care*. *Health Policy* 118 (1), 24-36
- Nicolini, D., Powell, J., Conville, P., and Martinez-Solano, L. (2007). *Managing Knowledge in the Healthcare Sector. A Review*. *International Journal of Management Reviews* 10(3), 245-263.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*, 5th Edition, Free Press, New York.
- Salvatore, D. (2006). *Physician Social Capital: Its Sources, Configuration, and Usefulness*. *Health Care Management Review* 31(3), 213-222.
- Tichy, N. M., Tushman, M. L., and Fombrun, C. (1979). *Social Network Analysis for Organizations*. *Academy of Management Review*, 4(4), 507-519.
- Valente, T (2010). *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*. New York, NY: Oxford University Press.
- Valente, T. & Pumpuang, P. (2007). *Identifying opinion leaders to promote behavior change*, *Health Education & Behavior* 34 (6), 881- 896.

Cap. 6 – La formazione

di Margherita Cazzetta e Mario Ronchetti

*“Per dare attuazione ai diversi interventi di riorganizzazione sarà necessario di volta in volta elaborare specifici documenti o strumenti operativi aventi una forte valenza organizzativa”
(Tanese, 2001)*

Il progetto “Assessment organizzativo, analisi di posizionamento e Percorsi Clinico Assistenziali” attuato presso l’Azienda Ospedaliera G. Brotzu di Cagliari aveva l’obiettivo di introdurre la metodologia dell’organizzazione per processi nelle attività cliniche del presidio. Questo innovativo modello organizzativo, clinico-assistenziale, che coinvolge orizzontalmente, per competenze, le articolazioni organizzative afferenti ai diversi Dipartimenti, richiede di analizzare e monitorare la qualità organizzativa di ogni singola struttura coinvolta e delle relazioni organizzative in essere nel presidio.

1. Attività di formazione in aula e sul campo come momento per il coinvolgimento e la condivisione di strumenti previsti dalla Linea di Progetto
2. Autovalutazione e l’analisi dei dati emersi
3. Descrizione dell’organizzazione, delle relazioni organizzative e gli strumenti di valutazione
4. Descrizione in modalità sintetica di analisi e rappresentazione dei dati dell’organizzazione (TAGO).
5. Attività di audit organizzativo svolto presso tutte le articolazioni organizzative coinvolte nei PCA elaborati
6. Progettazione di azioni correttive e/o di miglioramento secondo il validato metodo della qualità.

La complessiva attività svolta presso l’Azienda Ospedale G. Brotzu di Cagliari è stata programmata e attuata quindi su 3 linee di attività, coerenti e relativamente autonome:

1. Analisi posizionamento;
2. Analisi organizzativa;
3. PCA.

Terminata la fase di analisi del posizionamento della AOB nel contesto regionale e nazionale (riportata nel capitolo 3) si è proceduto alla attuazione di una intensa fase di formazione e analisi organizzativa.

Il lavoro qui descritto comprende anche la fase di analisi dei dati emersi dalla autovalutazione, la loro condivisione e la loro rappresentazione in una tabella dinamica.

L’attività di analisi organizzativa ha anche realizzato una significativa attività di formazione, in aula e sul campo e ha adottato una modalità sintetica di analisi e rappresentazione dei dati dell’organizzazione (TAGO).

Formazione individuale e apprendimento organizzativo

Il Progetto fornisce lo spunto per una riflessione sul ruolo della formazione continua nelle organizzazioni sanitarie.

“I sistemi di gestione della formazione nelle aziende sanitarie”, si legge sul sito del Ministero della Salute, “devono puntare, secondo le logiche del Governo clinico, ad un cambiamento “culturale e valoriale” riferito al lavoro dei professionisti e “cognitivo” relativo alle conoscenze già possedute, garantendo agli operatori l’acquisizione della flessibilità necessaria a gestire le innovazioni e i cambiamenti dentro i

Progetto aziendale:
I progetti aziendali consistono in un approccio metodologico organizzato per fasi e teso al raggiungimento di un obiettivo prefissato, in un contesto organizzativo predefinito.

contesti di cura. Inoltre è necessario costruire contesti di “apprendimento complesso”, che incidono non tanto sull’acquisizione di conoscenze o di nuove tecniche, ma sui modelli cognitivi e culturali alla base dell’agire professionale.”

Il Progetto AOB di Cagliari, ha previsto una significativa attività di formazione con l’intento di promuovere e sostenere un *“cambiamento culturale e valoriale”* necessario ad attuare il cambiamento progettato:

“adottare un modello organizzativo valutabile per ogni articolazione aziendale, secondo una visione sistemica, quale infrastruttura organizzativa per l’attuazione dei PDTA/PCA.”

Il Progetto ha puntato a *“costruire contesti di apprendimento complesso”*, apprendimento individuale e apprendimento organizzativo in grado di creare, acquisire e trasferire conoscenza, nonché di modificare il proprio comportamento per applicare la nuova conoscenza basata sulla responsabilizzazione gestionale e sulla rappresentazione oggettiva dell’organizzazione.

Fattori incentivano/inibiscono il trasferimento dell’apprendimento:

- Clima organizzativo
- Coinvolgimento del top management nel processo di cambiamento
- Stile partecipativo nel processo di cambiamento
- Aspettative dai processi di cambiamento (“too much is expected too soon”)
- Presenza di supporti/rinforzi alla applicazione dell’apprendimento sul lavoro
- Pianificazione carriera individuale
- Job involvement (centralità della situazione lavorativa per l’identità individuale)
- Motivazione alla formazione
- Grado di confidenza individuale sulle proprie capacità di apprendimento
- Commitment dei discenti nell’applicare l’oggetto di apprendimento al proprio contesto lavorativo

Lo specifico Piano formativo ha definito i diversi target e i relativi contenuti e obiettivi in funzione del ruolo ricoperto da ciascuno nella Azienda e nel Progetto.

Gli staff aziendali rappresentano, o per meglio dire dovrebbero rappresentare, il soggetto attuatore dei progetti aziendali, lo staff, espressione collettiva e non gerarchica, raccoglie e organizza finalisticamente le competenze specifiche dei diversi professionisti integrando le diverse funzioni strategiche del governo aziendale. La garanzia di una formazione di qualità è una responsabilità collettiva che coinvolge la direzione, i responsabili di struttura, gli operativi, i formatori.

La responsabilità collettiva si concretizza nella ricerca costante di un equilibrio fra i diversi attori coinvolti nel processo formativo.

I progetti aziendali finalizzati al cambiamento organizzativo e alla ricerca di una nuova cultura organizzativa devono attivamente perseguire anche il delicato equilibrio tra i clinici e il management (direzione aziendale) ed essere orientati alla cooperazione, c’è un valore culturale forte nella cooperazione (Sennett, 2012) che promuove lo spirito di squadra e sostiene la visione sistemica.

Un’organizzazione consapevole dei bisogni della sua comunità di riferimento e delle attese dei suoi stakeholder, chiara nell’informare il professionista e capace di sostenerlo nei suoi percorsi di sviluppo, rappresenta un significativo prerequisito per la qualità della formazione.

Rilevante a questo livello è la conoscenza dei risultati aziendali, del loro livello di performance e del relativo margine di miglioramento, a cui può contribuire la formazione come una delle tecnologie a disposizione.

Lo staff è la cassaforte dove questa conoscenza è coltivata e custodita, per tale motivo una linea di formazione è stata dedicata esclusivamente all'area di staff.

“Per unità di staff intendiamo quelle unità organizzative che non sono preposte alla direzione di strutture e di servizi (collocati in posizione di line), ma allo svolgimento di funzioni¹ di supporto tecnico e metodologico alla direzione per lo svolgimento della sua attività di governo e indirizzo dell'azienda (Mintzberg, 1985; Perrone, 1990).”

Per un trasferimento rapido ed efficiente della conoscenza all'interno dell'organizzazione, il Progetto ha realizzato un articolato piano di formazione che ha previsto una attività di formazione residenziale (FR) destinata ai 194 *facilitatori* con l'obiettivo di implementare tutte le conoscenze necessarie alle attività di analisi organizzativa ed autovalutazione. In particolare, oggetto della formazione sono stati:

- I risultati dell'analisi di posizionamento dell'ospedale, per rendere più consapevole il personale dell'orientamento strategico del Brotzu, del punto di vista del Programma Nazionale Esiti sulle performance dell'ospedale, e quindi dell'opportunità del cambiamento per stabilizzare gli outcome.
- Il metodo di analisi organizzativa. Questo ha permesso di orientare il personale alla qualità organizzativa secondo una corretta metodologia; veicolare una ben definita concezione di cultura manageriale che adotti partecipazione responsabilizzante in funzione dell'incarico e dei risultati prodotti); definire il ruolo dello staff aziendale nella attuazione dei progetti quale risorsa strategica per garantire l'allineamento organizzativo delle diverse funzioni strategiche aziendali e delle diverse articolazioni organizzative secondo il modello fornitore/cliente.
- I principi del governo clinico e la metodologia per la redazione e l'attuazione dei Percorsi Clinico Assistenziali in modo da uniformare linguaggio e conoscenze tra i vari componenti del gruppo.

Per permettere un'interazione tra l'apprendimento riflessivo sulle pratiche, finalizzato al loro rinnovamento attraverso nuove conoscenze (competenze esperte) e l'apprendimento trasformativo della professionalità degli operatori, per corrispondere ai cambiamenti interni dell'organizzazione sanitaria (Guilbert, 2002), è stata progettata ed attuata una specifica attività di formazione sul campo (FSC) affidata ai facilitatori formati e tutti dotati dei medesimi strumenti didattici.

L'attività di formazione del Progetto ha anche realizzato una attività di affiancamento in loco ed in remoto per garantire il costante accompagnamento/sostegno dei facilitatori impegnati nella FSC.

Consapevoli della valenza sistemica dei progetti aziendali la formazione ha teso a garantire sia la continuità fra i diversi livelli didattici, ma anche la partecipazione ampia. A quest'ultimo riguardo sono stati attuati una serie di *incontri informativi*, rivolti a tutto il personale con l'obiettivo di condividere il senso delle azioni in corso.

Tutte le attività di formazione hanno ottenuto il riconoscimento dei crediti ECM (Sistema AGENAS nazionale).

Il Progetto AOB ha anche garantito una costante attività di formazione e consulenza allo Staff aziendale con l'obiettivo di implementare le competenze necessarie alla gestione di progetti aziendali complessi, di cambiamento organizzativo a valenza strategica.

La struttura dei percorsi formativi è stata la seguente.

- *Formazione della Cabina di Regia (9 ore).* In una prima fase, oggetto della formazione sono stati i membri della Cabina di Regia, sulle tematiche seguenti: analisi di posizionamento; risultati della social network analysis, strumenti e metodi di clinical governance, cosa sono e come si costruiscono i PCA e i PDTA; cos'è l'audit clinico.
- *Formazione di 194 facilitatori sui risultati dell'analisi di posizionamento.*

1. Tra tali funzioni possiamo comprendere, ad esempio:

- Budget, controllo di gestione
- Marketing e offerta di servizi a pagamento
- Comunicazione
- Qualità e audit
- HTA

Formazione Residenziale (FR): 4 ore - 5 giornate - 9 edizioni - circa 20 partecipanti.

Il modulo ha trattato temi quali: il ruolo del Brotzu nel Piano Sanitario Regionale; l'assetto organizzativo del Brotzu; analisi degli outcome clinici in base al Programma Nazionale Esiti del Brotzu in confronto con gli outcome delle strutture regionali e nazionali e di un set di ospedali presi come benchmark.

- *Formazione di 194 facilitatori sui metodi per l'analisi organizzativa:*

Formazione Residenziale (FR): 7 ore - 5 giornate - 9 edizioni - circa 20 partecipanti.

Titolo evento formativo "*Standard di servizio e percorsi assistenziali*".

Obiettivo formativo: condividere un linguaggio e un approccio. Conoscere la metodologia e gli strumenti per autovalutazione e analisi organizzativa.

Formazione sul campo (FSC): 12 ore.

Titolo evento formativo "*Analisi organizzativa per definire standard di servizio*".

Obiettivo formativo: descrivere le variabili significative della articolazione organizzativa di appartenenza (utilizzando la matrice di analisi organizzativa). Saper registrare le incongruenze significative e affrontabili. Saper programmare azioni di miglioramento (AdM) coerenti alle incongruenze registrate utilizzando il format proposto. Saper attuare AdM

La formazione sul campo si è svolta presso ogni struttura (SC e SSD) della AO, accreditato ECM, coordinato dai facilitatori, finalizzato alla presentazione e applicazione degli strumenti manageriali già condivisi nella formazione residenziale.

- *Formazione dei facilitatori sugli strumenti del Governo clinico e sui Percorsi Clinico Assistenziali.*

Formazione Residenziale (FR): 1 giornata formativa - 10 edizioni. I

Il modulo ha trattato temi quali: cos'è il governo clinico; cosa sono i PCA/PDTA e come si sviluppano i PCA/PDTA; come si svolge il ragionamento clinico e quello organizzativo; come costruire un set di indicatori di processo e di esito.

Formazione sul campo (FSC): 30 ore - 2 edizioni.

Durante la formazione sul campo i componenti dei gruppi di lavoro hanno elaborato i percorsi.

Tutti gli eventi formativi sia residenziali che sul campo sono stati accreditati ECM. I percorsi formativi hanno di fatto realizzato una coordinata azione di comunicazione organizzativa a sostegno delle politiche aziendali. Il Progetto ha infine garantito una costante attività di affiancamento sia in loco che in remoto per garantire il costante progredire monitorato delle azioni e la gestione delle criticità emerse in fase operativa.

Bibliografia

- Forti, D. e Masella, F. (2004). *Lavorare per progetti*. Raffaello Cortina Editore
- Guilbert, J.J. (2002) *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni Dal Sud
- Profili, S. (2003). *Il Knowledge Management*, Franco Angeli
- Rotondi, M. (a cura di, 2006). *Formazione di valore. Come sviluppare valore per la società della conoscenza*, Franco Angeli.
- Sennett, R. (2012). *Insieme*. Feltrinelli
- Tanese, A. (2001). *L'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie*, in Hinna L. (a cura di), *Management in sanità*, Aracne, Roma.

Cap. 7 – Analisi organizzativa e autovalutazione di Mario Ronchetti

Le organizzazioni sanitarie pubbliche sono sistemi caratterizzati al loro interno da un alto grado di complessità e di specificità, includendo in sé una serie di componenti e funzioni altamente eterogenee (sanitarie, amministrative, organizzative), ma tutte caratterizzate da un alto grado di specializzazione tecnica.

“I processi assistenziali impongono una forte interdipendenza e integrazione tra numerosi profili e specializzazioni professionali in un panorama in cui le competenze professionali sono estremamente frammentate”. (Cicchetti, 2012).

In generale le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate anche da un basso livello di controllo organizzativo e manageriale che espone le diverse componenti del sistema al rischio di muoversi in modo isolato e dispersivo, senza tenere conto delle interazioni, né delle possibili sinergie potenzialmente insite nel sistema stesso. L'Analisi Organizzativa Sistemica (AOS), è quell'approccio che si è andato diffondendo negli anni con esperienze e studi sviluppati anche nelle organizzazioni sanitarie, contribuendo a implementare la metodologia con i contenuti specifici necessari a consentire la piena trasferibilità dei modelli dal mondo delle organizzazioni manifatturiere o dei servizi, al mondo della sanità.

L'obiettivo dell'analisi organizzativa sistemica è quello di descrivere, attraverso metodi e strumenti validati, i processi produttivi che si realizzano all'interno dell'organizzazione per ottenere risultati di valore; risultati di valore per i differenti portatori d'interesse del sistema sanitario.

“L'organizzazione sanitaria, più di ogni altra organizzazione a servizio della “persona”, è chiamata a conciliare umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza con esigenze di accountability nei confronti della società, di efficienza e di economicità”. (Cicchetti, 2012).

L'alto grado di complessità¹ e specificità, sopra richiamato, è legato alla complessità stessa del concetto di salute in costante trasformazione, alle molteplici discipline e professionalità chiamate in causa, alla relativa standardizzazione delle attività, agli interessi economici mobilitati.

“In ogni organizzazione sono presenti sottosistemi che presentano un grado diverso di differenziazione in base al tipo di sollecitazione (interna ed esterna) a cui devono rispondere”. (Damiani, 2013)

L'organizzazione sanitaria ha quindi la necessità di garantire sufficiente autonomia professionale, in funzione delle specializzazioni, e contemporaneamente adeguata sinergia organizzativa non solo per ridurre costi e sprechi, ma anche per garantire la necessaria integrazione e continuità delle cure.

Nella seconda metà del secolo scorso si sono diffusi sostanzialmente due diversi approcci di analisi organizzativa, uno originale, in quanto

I PRINCIPALI MODELLI DI AOS

il modello di R. Vaccani
il modello di S. Tonelli
il modello di J. Øvretveit
il modello di C. D. Shaw

1. complessità: è la situazione che si determina quando un sistema è oggetto di più variabili concomitanti

- complessità clinica : anche se non è ancora possibile dare una definizione univoca c'è ampio consenso nel ritenere che la complessità in medicina è situazione diversa dall'instabilità clinica ed è caratterizzata dalla polimorbilità e dal carico di morbidità. La presa in carico richiede l'approccio sistemico
- complessità assistenziale: il livello di performance necessaria a soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del singolo paziente, che troverà quindi appropriata collocazione nei diversi livelli di assistenza (ospedaliera e/o territoriale a seconda della necessità di intervento infermieristico quantificata).

nato nel mondo sanitario ad opera di professionisti della salute, che ha preso avvio dagli studi di Donabedian (anni sessanta del secolo scorso) e si è sviluppato grazie ai contributi di J. Øvretveit (2014), S. Tonelli e C. D. Shaw.

Negli stessi anni R. Vaccani ha applicato il modello industriale di analisi organizzativa alle organizzazioni sanitarie contribuendo in modo originale allo sviluppo delle competenze organizzative dei professionisti della gestione dei servizi sanitari.

I differenti modelli di AOS, lavorando sui tre elementi di base dell'analisi organizzativa (input – inside – output) tendono a governare le variabili intercorrenti in funzione dei risultati.

Le esperienze sviluppatesi sono sempre coerenti con il paradigma di Donabedian secondo il quale la Qualità delle prestazioni erogate è comunque valutabile in funzione della Qualità della struttura, dei processi.

La qualità degli esiti (qualità dell'outcome) è funzione della qualità organizzativa.

I principali modelli di analisi organizzativa implementati nelle aziende sanitarie, condividono tutti alcuni principi di approccio all'organizzazione:

- L'approccio sistemico all'organizzazione, ed alla gestione delle aziende sanitarie, intese come sistemi complessi e aperti;
- Un modello organizzativo per processi;
- La produzione di un sistema documentale composto da procedure redatte secondo criteri riconosciuti e validati a livello internazionale;
- L'integrazione delle diverse attività gestionali, gestione risorse umane, gestione rischio, gestione sicurezza, piano obiettivi, in un unico sistema di gestione;

ed hanno consentito attraverso l'applicazione concreta in molte realtà assistenziali diverse di individuare le variabili significative per monitorare la qualità dell'intera organizzazione e di tendere a standard organizzativi condivisi e omogenei.

Obiettivo dell'analisi organizzativa è la transizione delle organizzazioni da uno stato corrente a uno stato futuro appetibile, è un processo sistematico che ha inizio con una panoramica globale, obiettiva e validata della stabilità dell'organizzazione e delle "aree di stabilità".

The definition of quality and approaches to its assessment, 1980, di A. Donabedian:

3 capitoli e 145 pagine, 3 categorie di indicatori, per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria:

- a. **Struttura:** *Con il termine "struttura" intendo le caratteristiche, relativamente stabili, degli amministratori e operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici e organizzativi in cui operano. Il concetto di struttura include le risorse umane, fisiche e finanziarie necessarie all'erogazione dell'assistenza sanitaria. (...) La struttura comprende l'organizzazione del personale ospedaliero, medico ed infermieristico.*
- b. **Processo:** *comprende tutti gli aspetti delle attività di assistenza.*
- c. **Esito:** *userò il termine "esito" per indicare un cambiamento nello stato di salute corrente e futuro del paziente che può essere attribuito a un precedente intervento di assistenza*

L'analisi organizzativa è un'attività di costante monitoraggio dell'organizzazione attraverso una serie di variabili, strutturali, di processo e di risultato, individuate allo scopo.

L'attività di analisi organizzativa sistemica è permanente e tende al miglioramento della qualità dell'assistenza, supporta:

- I processi;
- Le persone;
- La standardizzazione;
- L'allineamento organizzativo;
- L'apprendimento organizzativo.

Le variabili di processo sono relative al “*chi fa cosa*” e al “*come*” vengono attuati i processi.

L'analisi organizzativa sistemica (AOS) pone particolare attenzione alle relazioni di interdipendenza organizzativa in funzione della complessità del risultato perseguito (salute).

L'AOS solitamente individua tra le variabili da monitorare l'organigramma e le relative abilitazioni gestionali che comprendono le deleghe di funzione e l'attribuzione di risorse.

I processi sono tecnici, gestionali e sociali.

I processi tecnici sono i percorsi clinici, i percorsi diagnostico terapeutici, i percorsi sociosanitari integrati.

I processi comprendono le modalità di gestione delle interdipendenze (relazioni organizzative), le modalità di misura delle attività e i flussi informativi, la gestione degli aspetti documentali.

I processi descrivono anche gli elementi di standardizzazione e tra questi gli elementi di garanzia e dei diritti dei cittadini/utenti. I processi sono descritti analiticamente attraverso i meccanismi operativi (MO) e le procedure e i protocolli tecnici.

Pur tenendo presente questo paradigma, la vera questione è che, indipendentemente dalle caratteristiche che si intendono valutare, è necessario disporre di modelli di riferimento quantificabili, definiti come indicatori.

Non solo ma di indicatori, siano essi di struttura, di processo o di esito, uniformi. Da un punto vista legislativo nel decreto di riordino della riforma N. 502/92 (poi 517/93) vi sono due articoli importanti sulla questione indicatori.

L'art. 10 che tratta dell'adozione degli:

“indicatori quale strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio dell'attività sanitaria”, e l'art. 14 che “preordina uno specifico sistema di indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardante la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione ed alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento dell'attività di prevenzione”.

Inoltre, nel 1995 è stata approvata la legge generale sulla Carta dei servizi sanitari e nel 1997 il decreto sui requisiti minimi tecnologici e strutturali per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria.

Gli indicatori di efficienza e qualità riguardano tutte le aree di esercizio dell'assistenza sanitaria del SSN e in particolare l'ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza sanitaria di base e generica, specialistica ospedaliera e per lungo-degenti.

Gli indicatori di personalizzazione e di umanizzazione, che riguardano il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere e agli aspetti della prevenzione (decreto del 15.10.96 ex art. 14) devono essere applicati nello stesso contesto territoriale ed ospedaliero degli indicatori di efficienza.

La situazione attuale è che sia la valutazione “oggettiva” prevista dalla legge sugli indicatori, sia quella “soggettiva” affidata al giudizio del paziente (ex art.14) attualmente hanno sul territorio nazionale rare e spese sperimentali occasioni di applicazione.

E questo perché i valori medi di riferimento e quindi gli standard nazionali e regionali, che avrebbero dovuto, essere elaborati sulla base delle informazioni raccolte periodicamente da parte dei Direttori Generali delle ASL e delle Aziende Ospedaliere non sono ancora disponibili.

L'esperienza maturata negli ultimi decenni, pur con le difficoltà sopra riportate, ha consentito di raccogliere secondo modelli coerenti le variabili più significative da monitorare in funzione della qualità dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Le buone pratiche hanno anche indirizzato gli operatori verso la costruzione di strumenti efficaci e pratici da usare per il monitoraggio costante, utilizzando liste di controllo, un elenco esaustivo di cose da verificare relativamente ad una determinata struttura o attività (checklist).

Le liste di controllo sono state adoperate nel mondo della sanità internazionale per gestire i programmi di accreditamento istituzionali e non solo. La più recente utilizzazione delle liste di controllo trova piena applicazione nei provvedimenti nazionali varati per:

“dare attuazione alle disposizioni contenute nell’articolo 7 del Patto per la Salute 2010-2012, è stato attivato un Tavolo per la revisione della normativa per l’accreditamento (TRAC), costituito da rappresentanti dello stesso Ministero, di AGENAS, delle Regioni e Province Autonome. Il Tavolo ha predisposto, in ottemperanza al predetto mandato, un “Disciplinare tecnico” che individua, sulla base di precedenti studi sulle dimensioni della qualità, il quadro concettuale di riferimento e identifica una serie di criteri/fattori di qualità e requisiti ritenuti essenziali per i modelli di accreditamento regionali (AGENAS 2015).”

Al riguardo è opportuno sottolineare che la documentazione, trovando un buon punto di equilibrio fra sintesi ed efficace rappresentazione dei modelli organizzativi aziendali, ha codificato un sistema articolato in aree di fattori da monitorare (8) descritte attraverso 28 requisiti e 123 evidenze², ritenuti essenziali per tutti i sistemi regionali:

- Sistema di gestione delle strutture sanitarie;
- Prestazioni e Servizi;
- Aspetti Strutturali;
- Competenze del personale;
- Comunicazione;
- Appropriately clinica e sicurezza;
- Processi di miglioramento e innovazione;
- Umanizzazione.

“L’obiettivo del manuale è quello di creare e incentivare il miglioramento attraverso un modello che permetta alle organizzazioni di effettuare una valutazione continua dell’applicazione dei requisiti, consentendo attraverso la misurazione e l’analisi di innescare processi di miglioramento continuo. Con l’accreditamento istituzionale si intende raggiungere l’obiettivo di consentire ai cittadini di usufruire di prestazioni sanitarie che siano realmente di qualità. Perché ciò sia possibile è necessario che le strutture sanitarie si dotino di modelli organizzativi e gestionali di riconosciuta validità. Le strutture ospedaliere che affrontano il percorso di accreditamento istituzionale debbono effettuare un’autovalutazione della propria organizzazione, in maniera tale da valutare la propria distanza dalle attività richieste dai requisiti e individuare le azioni rilevanti da implementare prima della verifica sul campo da parte degli organi deputati”.

(AGENAS 2015).

Analisi organizzativa - Progetto AOB:

<i>I meccanismi di standardizzazione, Cicchetti 2004 modificata</i>	
Elementi dell’organizzazione	Risorse umane e tecnologiche (standardizzazione degli input) Protocolli diagnostico terapeutici (standard di processo) Risultati: gli output e gli outcome (programma esiti)
Capacità	Formazione di base Formazione continua e certificazione competenze Dossier individuale e di gruppo
Cultura e valori	Diffusione della sensibilità organizzativa e delle responsabilità gestionali Valutazione della performance individuale e di gruppo Diffusione dell’EBM

“I sistemi sanitari detengono il primato della complessità organizzativa e come tali rappresentano una sfida per chi si occupa di concreta gestione aziendale: il rischio della frantumazione del corpo complessivo dell’organizzazione in singoli sottosistemi aziendali è, infatti, sempre dietro l’angolo. Gli impianti organizzativi, con la loro logica strutturale e con le regole che li caratterizza, esercitano una quotidiana e pervasiva pedagogia di sistema”.

(Roberto Vaccani, 2012).

2. <http://www.agenas.it/accreditamento/supporto-all-implementazione-dei-programmi-di-accreditamento-regionali>



Nella letteratura specialistica della scienza delle organizzazioni (Zanelli, Sagginati, Fabri, 2004) è attribuito grande significato alla concreta individuazione di alcune funzioni gestionali, trasversali, che possono determinare nel governo delle aziende sanitarie quella unitarietà d'azione indispensabile al raggiungimento di obiettivi comuni.

Nel corso di esperienze precedenti³ e nella manualistica le funzioni trasversali individuate come capaci di incidere sulla *governance* sono:

- Governo clinico e appropriatezza;
- Sicurezza (d.l. 81/2008);
- Sistema informativo;
- Controllo di gestione;
- Ingegneria clinica (*Health Technology Assessment HTA*);
- Sviluppo della qualità e accreditamento;
- Rischio clinico;
- Formazione continua e sviluppo delle competenze professionali.

Il Progetto AOB, progetto di consulenza organizzativa indirizzato alla gestione del cambiamento ha previsto da subito l'attivazione di un gruppo di lavoro permanente composto dai dirigenti sanitari dell'Azienda che hanno un ruolo nella gestione e implementazione di alcune funzioni strategiche di staff.

Il Progetto AOB ha previsto più linee di attività, tra loro coerenti, ma ciascuna con specifici obiettivi e azioni definite. Ogni attività progettuale, tanto più nell'ambito delle scienze sociali e tra queste il management, nasce da alcune ipotesi di studio e lavoro e dalle confutazioni relative, da queste ultime e dal confronto sul campo scaturisce la necessaria condivisione tra i professionisti.

Il piano di lavoro è stato modulato su alcuni assiomi organizzativi che rappresentano la base razionale del progetto:

- le aziende sanitarie, per poter garantire la loro funzionalità e in coerenza alle norme vigenti, hanno bisogno di un evidente modello organizzativo e di un sistema gestionale adeguato;
- la qualità organizzativa è prerequisito per la qualità clinica;

3. Esperienze attuate in alcune ASL della Regione Lazio.

- la qualità dell'organizzazione si esprime in un sistema di gestione che :
 - definisce la struttura;
 - descrive e governa i processi;
 - monitorizza gli esiti;
- l'organizzazione deve essere capace di rilevare criticità (problemi organizzativi) e attivare tempestive azioni preventive e correttive.

La metodologia per promuovere e garantire la qualità nelle organizzazioni sanitarie, fa riferimento alla scienza delle organizzazioni codificata in letteratura (vedi: Avedis Donabedian, John Øvretveit, Charles Shaw) e alle buone pratiche riconosciute (Forum PA e Premio Andrea Alesini).

Si è poi fatto riferimento alle norme e le linee guida sviluppate nel modello internazionale UNI EN ISO 9001:2008 che rappresentano un riferimento certo per quanto attiene glossario, procedure di gestione, pratiche.

Il modello organizzativo di una realtà complessa, come quella di un'azienda sanitaria, deve prevedere elementi comuni che garantiscono una sufficiente unitarietà d'azione ed elementi specifici che garantiscono un adeguato livello di specializzazione organizzativa.

La responsabilità gestionale di direttori di struttura complessa (SC) e di responsabili di struttura semplice dipartimentale (SSD) si concretizza nella azione organizzativa, ovvero nella capacità di assegnare attività/ responsabilità e nel valutare il raggiungimento degli obiettivi propri di ciascuna attività.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le strutture aziendali – CENTRO DI RESPONSABILITA' - (SC e SSD) sono tenute alla compilazione della Matrice di Analisi Organizzativa ed al suo aggiornamento a cadenza annuale. Allo scopo di supportare le Strutture nella prima fase di introduzione di questo nuovo strumento, ogni macrostruttura individuerà un referente (denominato Facilitatore di Sistema) che, dopo opportuna formazione, svolgerà una funzione di tutoraggio nella compilazione del Documento da parte delle Strutture afferenti. E' raccomandata la diffusione del Progetto e degli strumenti a tutto il personale dell'Azienda.

La responsabilità gestionale si valuta attraverso la misura dei criteri di qualità organizzativa.

La rimodulazione del Progetto AOB che si è resa necessaria dopo analisi sul campo e confronto con la Direzione aziendale ha portato alla ulteriore definizione operativa della *Linea di lavoro 2, analisi organizzativa*, con l'obiettivo di esplicitare un modello di gestione evidente e valutabile.

Sulla base di quest'ultima ridefinizione del mandato sono state articolate le attività di questa specifica Linea e la programmazione delle stesse.

Linea di attività 2: attività di analisi organizzativa quale preconditione per le successive analisi dei potenziali assistenziali dell'azienda in 41 raggruppamenti di Strutture Complesse e Dipartimentali, come indicato dalla Direzione Generale della AO Brotzu, tramite la formazione dei 194 "facilitatori" aziendali su strumenti di analisi organizzativa versus l'attivazione di processi di miglioramento dei servizi.

Analisi strutturale ed organizzativa delle Strutture Complesse e Strutture Semplici Dipartimentali, dei Dipartimenti e dei modelli organizzativi e gestionali che le sottendono per l'erogazione delle prestazioni assistenziali e cliniche.

L'attività di analisi organizzativa svolta, dopo adeguato percorso formativo e con il supporto dei consulenti/formatori incaricati, ha puntato a coinvolgere tutte le articolazioni (SC e SSD) della Azienda Ospedaliera Brotzu nella descrizione dell'organizzazione, secondo un modello metodologico validato con l'obiettivo di rappresentare il sistema gestionale aziendale in modo esplicito e certo.

L'assessment organizzativo (interno) ha perseguito anche l'obiettivo di allineare tutte le articolazioni organizzative, in funzione di alcune variabili significative (vedi MAO), processi specifici, aree di eccellenza, rilevanza regionale (ruolo nel modello *hub & spoke*).

L'assessment ha contribuito alla migliore definizione dei nodi per la costruzione dei PCA (qualità del processo).

Le attività svolte in questo ambito progettuale sono state le seguenti:

- Realizzazione di una attività di autovalutazione delle singole unità organizzative e di un piano di audit aziendale attraverso la somministrazione di schede di autovalutazione e di matrici di analisi organizzativa;
- Attività di audit organizzativo per garantire l'uniformità e l'allineamento delle singole azioni di miglioramento rispetto agli obiettivi strategici aziendali;
- Attività di formazione per il miglioramento continuo della qualità aziendale;
- Identificazione e monitoraggio di un set di indicatori e standard utili per una gestione integrata e sistemica dell'azienda, coerentemente con i sistemi di monitoraggio in uso per i PCA realizzati;
- Identificazione di strumenti di governance aziendale per la costruzione di un sistema di gestione che integri i flussi informativi con il sistema di budgeting e i sistemi premianti aziendali.

Bibliografia

- Cipolla, C., Giarelli, G., Altieri, L. (2002). *Valutare la Qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti* - Franco Angeli.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*
- Fertonani, M. (2000). *Le competenze manageriali. Dalla valutazione delle prestazioni e del potenziale alla valutazione delle competenze manageriali*, Franco Angeli.
- Fontana, F. (2006). *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa gestionale*, Franco Angeli 2006.
- Invernizzi, E. (2000). *La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi*, Giuffrè.
- Øvretveit, J. (2014). *Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze*, Il Mulino
- Øvretveit, J. Spinsanti, S., Virgilio, M. (1996). *La Qualità del servizio sanitario*, Edises, 1996
- Zanelli, P., Sagginati, B., Fabbri, E. (a cura di, 2004). *Autovalutazione come risorsa*, Azzano San Paolo (BG), Edizioni Junior.

Cap. 8 – Metodologia e strumenti per l'analisi organizzativa di Margherita Cazzetta

1. Metodologia

Il Quadro metodologico per l'implementazione delle attività, elencate nel precedente capitolo, fa riferimento alla ricerca-azione per creare conoscenza condivisa e generare cambiamento, e al Total Quality Management (TQM) per la costruzione di un sistema in grado di monitorare costantemente l'organizzazione attraverso strumenti che vanno dall'autovalutazione al miglioramento continuo.

Prendendo spunto dall'insegnamento lasciato dagli studiosi di Qualità Totale, per mirare all'efficacia organizzativa è necessario che il miglioramento continuo sia centrato sul cliente e guidato dai collaboratori (Schonberger, 1981).

La qualità del prodotto e del servizio, infatti, non può essere continuamente migliorata senza la partecipazione di ogni singola persona (Kreitner e Kinicki, 2013), non vi sono organizzazioni “date”, che prescindono dai soggetti che le abitano (Cavicchioli e Bianchera, 2005).

Questo implica agire soprattutto sulla creazione di un sistema in grado di sviluppare un'identità cooperativa, di stimolare il personale verso atteggiamenti proattivi, di saper organizzare il contributo dei singoli in modo da ottenere dal loro complesso, un valore globale, superiore alla sommatoria delle parti, di produrre conoscenza *con la gente e non sulla gente*.

È su questi *fattori chiave* che la linea “Analisi Organizzativa” del progetto si è concentrata ed il motivo per il quale ha scelto come, uno degli approcci metodologici, la *ricerca-azione*.

La *ricerca-azione*, rappresenta un processo circolare tra conoscenza e trasformazione della realtà.



La sua peculiarità è saldare gli obiettivi prefissi con gli effetti sia della conoscenza che dell'azione:

“la teoria orienta l'azione indirizzata al cambiamento e, a sua volta, gli effetti del mutamento riorganizzano le conoscenze”. (Lewin, 1951, tr. it., 1972).

Ciò che si richiede non è “fare ricerca” ma “essere in ricerca”, ovvero non spezzare la continuità che deriva dal conoscere e dall'agire, in quanto il primo, ossia il conoscere, non può essere disgiunto dal poi, ossia dal fare (Trombetta, Rosiello, 2000).

Gian Antonio Gilli (1974) definisce la ricerca-azione come a) un'attività conoscitiva di analisi e riflessione b) che si svolge nella pratica, c) su un problema pratico e reale e d) precede un determinato intervento nella realtà mentre Grandori (1995) afferma che si può parlare di ricerca-intervento quando c'è uno stretto legame tra teoria e prassi, quando c'è un approccio partecipativo quindi una collaborazione attiva, in tutte le fasi della ricerca, dei soggetti che sono oggetto d'indagine e quando la partecipazione estesa a tutti i livelli.

Per *guidare* la conoscenza e trasformarla in azione organizzativa, seguendo i criteri di qualità suggeriti da Grandori e i principi del TQM il gruppo di progetto “*Analisi Organizzativa*” ha selezionato in letteratura e contestualizzato strumenti, con il compito da un lato di generare cultura organizzativa, motivazione e partecipazione attiva, dall’altro di orientare i comportamenti verso l’analisi, la valutazione, primo passo per un condiviso cambiamento orientato ad una gestione sistemica dei processi di miglioramento aziendali.

La cornice teorica nella quale gli strumenti sono stati inseriti si basa quindi su (Cascio e Venza 2013):

- Il forte ancoraggio al contesto, peculiarmente connotato e vissuto dai suoi attori in termini di problemi e di risorse;
- L’assunzione di due obiettivi differenti ma strettamente legati, produzione di nuova conoscenza e accompagnamento/facilitazione di cambiamenti;
- La relazione ricercatore/soggetti da “*leggere*” e “*costruire*” nel segno della partecipazione, della cooperazione e dell’interdipendenza;
- La salienza della dimensione etico-politica implicita in ogni processo di ricerca-intervento;
- Disegno della ricerca da intendere come processo multistadiale e ciclico, in costante ridefinizione in termini di obiettivi, azioni da interpretare, metodologie da utilizzare, attori da coinvolgere.

L’utilizzo di strumenti favorisce lo sviluppo delle competenze agite, che possono essere considerate precursori dei comportamenti. L’insieme dei comportamenti costituiscono le *performance* con cui gli individui perseguono i risultati richiesti dal ruolo all’interno dell’organizzazione (Bottio, Guerrieri, 2011)¹. Migliorare le performance individuali porta ad un miglioramento delle performance organizzative.

Dedichiamo le prossime pagine alla descrizione degli strumenti utilizzati dai facilitatori individuati dall’Azienda e descritti sinteticamente nello schema 1.

Schema 1

	Strumento	Competenza agita
1	Scheda autovalutazione	Aumentare efficienza processi decisionali e gestionali
2	Matrice di Analisi Organizzativa (MAO)	Leggere e descrivere il “ <i>modello organizzativo</i> ” della propria struttura
3	Format procedure	Descrivere attività manageriali e clinico assistenziali
4	Tavola indicatori	Misurare la performance
5	Matrice interfacce	Individuare relazioni organizzative
6	Scheda Azioni di Miglioramento (AdM)	Sviluppare il miglioramento continuo della qualità

8.2. Strumenti

8.2.1. Scheda di autovalutazione

8.2.1.1. L’autovalutazione strumento per il miglioramento

Il processo di autovalutazione è particolarmente utile all’apprendimento organizzativo. Le organizzazioni che scelgono di valutarci lo fanno per poter migliorare i loro processi decisionali e gestionali, per leggere e comprendere le proprie prestazioni organizzative, individuare le priorità rispetto alle quali intervenire, pianificare i processi di cambiamento e, in generale, progettare azioni di miglioramento mirate.

1. Il tutor Clinico, Manuale per lo sviluppo delle competenze, Corrado Bottio, Carolina Guerrieri, Franco Angeli 2011

Scopo dell'autovalutazione è di comprendere lo stato, le potenzialità e le criticità delle organizzazioni. In altri termini, la finalità ultima è quella di cogliere gli elementi di debolezza e di forza con l'obiettivo di avviare azioni di miglioramento. L'autovalutazione guida i cambiamenti nel comportamento individuale, stimola la partecipazione degli attori del sistema. Nei modelli di *Total Quality Management* (TQM), in particolare del Malcolm Baldrige e dell'*European Foundation for Quality Management* (EFQM), la valutazione dell'organizzazione dal proprio interno è uno dei fattori chiave.

L'EFQM definisce l'autovalutazione come:

"A comprehensive, systematic and regular review of an organization's activities and results referenced against a model of business excellence" (Jackson 1998).

Studi dimostrano che l'autovalutazione contribuisce agli obiettivi della garanzia di qualità e produce valore aggiunto perché:

- È un metodo a basso costo che garantisce un costante monitoraggio della qualità;
- Influenza i comportamenti degli operatori sanitari, in modo da aumentare la conformità agli standard (Adamow 1982; Amore e Hughes 1994);
- Orienta l'apprendimento organizzativo;
- Responsabilizza gli operatori al miglioramento continuo stimolando la condivisione e la crescita dell'equipe;
- È uno strumento per lo sviluppo professionale, rileva aree di miglioramento, migliora la consapevolezza di sé (best et al. 1990)
- Può aiutare ad identificare le competenze trasferibili dei lavoratori (Mayall e Maze, 1985)
- Sviluppa la capacità di dare conto dei risultati raggiunti con le risorse assegnate.

Per rendere l'autovalutazione strumento efficace, in grado di tendere ad una valutazione il più possibile oggettiva e costante nel tempo, è necessario individuare indicatori e standard in funzione dell'oggetto da valutare.

Dove trovare indicatori e standard in grado di rendere la nostra autovalutazione valida?

Ci viene in aiuto la normativa, i modelli di accreditamento all'eccellenza, la letteratura, le società scientifiche, le linee guida.

Dobbiamo ricordarci che l'autovalutazione è uno strumento ad uso interno, e rappresenta il primo passo per indirizzare i processi, i risultati e le strutture.

8.1.2 La scheda di autovalutazione

La scheda di autovalutazione, costruita per le articolazioni organizzative dell'Ospedale Brotzu, fa riferimento ai criteri di qualità organizzativa/gestionale richiesti obbligatoriamente per l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Sono stati selezionati 30 criteri divisi nelle seguenti 8 macro aree di criteri (scheda 2):

1. diritti e informazione del paziente e dei familiari;
2. politica e governo dell'organizzazione;
3. presa in carico del paziente;
4. gestione risorse umane;
5. gestione risorse tecnologiche e strumentali;
6. comunicazione e gestione delle informazioni;
7. gestione e miglioramento della qualità;

8. attività e risultati.

Ogni criterio viene misurato attraverso una scala di adesione al criterio, per orientare, chi effettua l'autovalutazione, ad un miglioramento "a piccoli passi".

0	Assente
1	E' presente un progetto per soddisfare il criterio in tempi brevi
2	Il criterio è soddisfatto parzialmente
3	Il criterio è soddisfatto totalmente

Per ogni criterio si richiede l'Evidenza, ossia il documento che attesti il possesso del requisito. Per verificare i cambiamenti nel tempo è necessario indicare sempre la data della valutazione, l'articolazione organizzativa, il facilitatore e il gruppo.

Scheda 2 Scheda di autovalutazione

Di seguito si riporta l'elenco dei criteri e le macro aree

Diritti e informazione del paziente e dei familiari

Criterio		Grado Adesione				Evidenza
1.1	Sono effettuate periodicamente indagini su la soddisfazione degli utenti	0	1	2	3	
1.2	È applicato il regolamento per la tutela della privacy	0	1	2	3	
1.3	È stata redatta la carta dei servizi della propria struttura di appartenenza	0	1	2	3	
1.4	Esiste un documento informativo sui diritti dei pazienti	0	1	2	3	
1.5	Sono state redatte procedure per la sicurezza e la gestione del rischio	0	1	2	3	

Politica e governo dell'organizzazione

Criterio		Grado Adesione				Evidenza
2.1	È stato definito l'organigramma	0	1	2	3	
2.2	Sono stati definiti gli obiettivi specifici annuali	0	1	2	3	
2.3	È definita la mission	0	1	2	3	
2.4	È definita la vision	0	1	2	3	
2.5	Esiste una descrizione dei principali processi	0	1	2	3	
2.6	Esistono procedure scritte relative ad alcuni processi	0	1	2	3	

Presa in carico del paziente

criterio		grado adesione				evidenza
3.1	La presa incarico è incentrata sui bisogni del paziente	0	1	2	3	
3.2	L'assistenza è erogata sulla base di procedure e protocolli condivisi	0	1	2	3	
3.3	Le attività sono organizzate nell'ottica della salvaguardia della continuità assistenziale	0	1	2	3	

Gestione risorse umane

Criterio		Grado Adesione	Evidenza
4.1	Sono previste riunioni periodiche per discutere sullo stato di avanzamento delle attività assegnate e sulle difficoltà incontrate	0 1 2 3	
4.2	È stata pianificata la formazione per lo sviluppo professionale	0 1 2 3	
4.3	È stata pianificata la formazione sui metodi e le tecniche per lo sviluppo della qualità	0 1 2 3	
4.4	Sono programmate discussioni multidisciplinari su le condizioni di salute dei pazienti	0 1 2 3	
4.5	I regolamenti adottati dalla Azienda sono a conoscenza di tutto il personale	0 1 2 3	

Gestione risorse tecnologiche e strumentali

Criterio		Grado Adesione	Evidenza
5.1	Esiste un elenco aggiornato delle apparecchiature	0 1 2 3	
5.2	Esistono le procedure per la manutenzione delle apparecchiature	0 1 2 3	
5.3	Esistono le procedure operative per l'uso delle apparecchiature	0 1 2 3	

Comunicazione e gestione delle informazioni

Criterio		Grado Adesione	Evidenza
6.1	Esiste una relazione annuale delle attività che evidenzia le criticità più significative	0 1 2 3	
6.2	I documenti che supportano il nostro lavoro sono conservati in maniera ordinata e aggiornata	0 1 2 3	
6.3	Sono disponibili riviste scientifiche e data base per l'aggiornamento del personale	0 1 2 3	
6.4	Esiste un sistema per la registrazione degli errori	0 1 2 3	

Gestione e miglioramento della qualità

criterio		grado adesione	evidenza
7.1	Esiste un referente per la qualità della propria struttura di appartenenza	0 1 2 3	
7.2	Esiste un piano per lo sviluppo delle azioni di miglioramento	0 1 2 3	
7.3	Sono adottate linee guida per l'orientamento dei comportamenti professionali	0 1 2 3	

Attività e risultati

Criterio		Grado Adesione				Evidenza
8.1	È attivo un sistema per la valutazione delle attività e dei risultati	0	1	2	3	

8.2. Matrice di Analisi Organizzativa (MAO)

Non ci soffermeremo sui modelli, le metodologie e gli strumenti di analisi organizzativa perché sono stati già ampiamente presentati del capitolo precedente.

Ci concentriamo invece su come è stata svolta l'analisi organizzativa all'interno dell'Azienda Brotzu e quale strumento è stato pensato per facilitare l'analisi. Per leggere l'organizzazione con gli stessi occhiali è stata costruita, ad hoc, la Matrice di Analisi Organizzativa (MAO) con l'obiettivo di:

1. Allineare le articolazioni ai criteri dell'accreditamento istituzionale;
2. Avere una mappa dell'organizzazione "reale" con eventuali scostamenti;
3. Far emergere attività non tracciate diversamente;
4. Definire un modello organizzativo valutabile;
5. Individuare le attività funzionali alla definizione di PCA.

La MAO, contiene 14 strumenti operativi, di seguito definiti come schede, per la gestione dei principali criteri di qualità organizzativa:

1. La nostra storia;
2. Mission;
3. Organigramma di afferenza;
4. Organigramma;
5. Funzionigramma;
6. Risorse umane;
7. Sviluppo continuo professionale;
8. Catalogo delle attività erogate;
9. Attività di particolare rilevanza, Centro di Riferimento Regionale, HUB, SPOKE;
10. Indicatori in uso;
11. Matrice delle interfacce;
12. Dispositivi di protezione individuale in uso;
13. Procedure codificate per la sicurezza e la gestione del rischio;
14. Miglioramento continuo della qualità – *scheda gestione delle azioni di miglioramento.*

Per ogni scheda è stato indicato un glossario e un vademecum per la corretta descrizione del criterio. Si seguito si riporta in dettaglio alcune delle schede presenti nella MAO per le quali risulta necessario una descrizione:

8.2.2.1 La Nostra Storia

Se prendiamo un dizionario e ricerchiamo il termine *storia* troviamo che viene definito come "esposizione ordinata di fatti e avvenimenti umani del passato [...]" o anche "racconto di un insieme di vicende e avvenimenti,

*reali*². Descrivere la storia di un'organizzazione significa descrivere fatti, persone e/o gruppi che l'hanno abitata, ma anche l'immagine organizzativa e il carattere distintivo.

Ciò che noi oggi siamo è il frutto del passato.

Condurre, con la scheda N°1, le varie articolazioni organizzative del Brotzu a descrivere la propria storia significava da un lato far emergere l'identità di ognuna di esse che spesso non corrisponde con l'identità dell'intera azienda; dall'altro favorire la conoscenza del passato per comprendere il presente e facilitare la proiezione nel futuro.

8.2.2.2 Organigramma di afferenza e organigramma

La complessità che caratterizza molte organizzazioni rende difficile la comprensione dei rapporti gerarchici ed operativi. L'organigramma facilita questa comprensione attraverso una rappresentazione grafica che prevede rettangoli (articolazione organizzativa, funzioni) e linee (relazioni) [Vedi Figura 1, successiva].

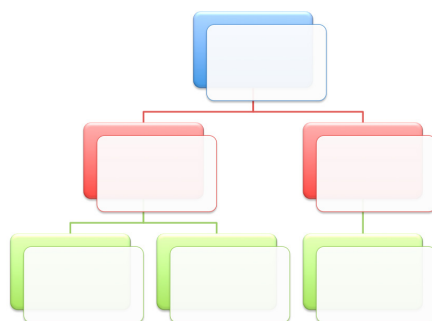


Figura 1 Organigramma

Si è chiesto ad ogni articolazione organizzativa della Azienda Brotzu di rappresentare graficamente (Scheda N° 3 – 4 della MAO) la loro organizzazione interna e la loro afferenza (dipartimento, direzione sanitaria, SC, etc..) evidenziando le linee gerarchiche, con l'obiettivo di rilevare la mappa "reale" dell'organizzazione.

8.2.2.3 Funzionigramma

Per mettere chiarezza sui ruoli e sui compiti di ciascuno in un'organizzazione e quindi sulle attività ed i relativi ambiti di responsabilità, lo strumento che può aiutarci è il funzionigramma. In letteratura non c'è uno standard, ciò che è importante descrivere le funzioni a prescindere dalle persone. Il funzionigramma deve essere coerente con l'organigramma.

La richiesta della formalizzazione (scheda N°4 della MAO) del funzionigramma da parte delle varie unità organizzative aveva l'obiettivo, oltre a rispondere ad un criterio di qualità organizzativa, di:

- rendere gli operatori consapevoli di chi è responsabile di cosa;
- delineare i confini operativi;
- eliminare le ridondanze.

8.2.2.4 Sviluppo continuo professionale

Il Capitolo 5 ha ampiamente trattato la formazione quale strumento per la gestione del personale ad alta valenza strategica. Emerge dalla lettura del capitolo che, affinché, le potenzialità insite nella formazione, si traducano sul piano operativo, è necessario prestare particolare attenzione alla fase dell'analisi dei bisogni formativi, e quindi quali competenze implementare.

2. Dizionario Treccani

La scheda N° 7 della MAO aveva l'obiettivo di orientare i Responsabili delle vari articolazioni organizzative proprio sull'analisi dei bisogni del personale afferente alla struttura per una progettazione di Piani Formativi mirati. Gli elementi selezionati dal gruppo di progetto per facilitare l'analisi dei bisogni formativi in funzione del ruolo e delle attività svolte sono i seguenti:

Nome e Cognome
Qualifica
Conoscenze/Abilità conseguite
Conoscenze/Abilità da conseguire in riferimento alle attività svolte

8.2.2.5 Indicatori in uso

Se partiamo citando l'art. 10 del D.Lgs 502 del 1992 *“allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni.....”* possiamo affermare che, già più di 20 anni fa, l'orientamento del SSN era quello di creare un sistema in grado di monitorare costantemente, *“in via ordinaria”*, la qualità dell'assistenza sanitaria. Per avere un'idea *“oggettiva”* dei livelli di assistenza effettivamente erogata, ogni struttura deve essere in grado di individuare un set di indicatori quale strumento sistematico per l'autovalutazione e la verifica della qualità. Gli indicatori, infatti, ci aiutano a capire se stiamo facendo le cose nel modo corretto e se stiamo facendo le cose giuste. L'indicatore è un'informazione, quantitativa o qualitativa, numerica e quindi *“misurabile”*, che ragguaglia sullo stato di successo raggiunto, lavorando sui fattori critici e fornisce un quadro significativo relativamente al raggiungimento di strategie ed obiettivi ³

Metodologicamente l'indicatore porta con sé Criterio o Fattore di Qualità e Standard [Tabella 1]

Tabella 1

Criterio	Variabile significativa per monitorare uno specifico aspetto di un'organizzazione, di un processo, di un'attività, etc.
Indicatore	Caratteristica misurabile del criterio o del fattore di Q
Standard	Valore atteso; valore ritenuto accettabile

Donabedian (1989) suggeriva di monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso indicatori di struttura, processo ed esito [Tabella 2]:

Tabella 2

Indicatore	Elementi di valutazione
Struttura (structures)	caratteristiche fisiche ed organizzative del sistema, del contesto ambientale dove si erogano le cure (es. dimensioni degli ambienti, le condizioni climatiche, i percorsi assistenziali, le dotazioni strumentali e tecnologiche, le ore di assistenza infermieristica, ecc.).
Processo (process)	modalità con cui vengono effettuate le cure e, quindi, la serie di eventi, di attività, di prassi orientate ad ottenere un risultato (es. le modalità di accettazione, il rispetto delle norme di sicurezza, la compilazione delle cartelle cliniche, la loro archiviazione, ecc.).
Esito (outcomes)	risultati sulla salute dell'utente dovuti all'erogazione di tali servizi, intesi come variazioni misurabili della salute o del suo contrario come la mortalità e le complicanze riconducibili a determinati interventi che possono essere specificati come eventi di natura clinica, fisiologica e biochimica, emozionale e cognitiva, psicosociale come il soddisfacimento del paziente).

3. Quaderni del Ministero della Salute

Secondo Nelson et al (1998)⁴ perché gli indicatori siano utili per gestire meglio i pazienti, valutare i cambiamenti dell'attività professionale nel tempo e contribuire al suo miglioramento e alla sua innovazione, occorre:

- Cercare l'utilità e non la perfezione nelle misure;
- Usare un insieme equilibrato di indicatori di processo, di esito e di costo;
- Cercare di sfruttare il desiderio della maggior parte dei professionisti di migliorare le prestazioni e la loro curiosità sugli esiti; si è visto che i professionisti spesso accettano di rilevare ed utilizzare indicatori di qualità professionale se ne riconoscono la validità scientifica;
- Cominciare da dati semplici e facili da rilevare (pensare in grande, ma cominciare in piccolo);
- Rilevare dapprima i dati non su tutti i soggetti o le situazioni, ma su campioni anche piccoli, purché rappresentativi;
- Ottenere i dati come sottoprodotto del lavoro quotidiano;
- Definire in modo operativo numeratori e denominatori degli indicatori;
- Rappresentare graficamente i risultati;
- Collegare la rilevazione dei dati con progetti di miglioramento;
- Formare un piccolo gruppo di professionisti che faccia da sostegno e da traino (un piccolo gruppo di persone impegnate può cambiare il mondo)⁵.

Facendo riferimento alle indicazioni metodologiche sopra descritte per facilitare le articolazioni organizzative dell'Azienda Brotzu nella costruzione di "cruscotto" di indicatori in grado di monitorare i livelli di qualità erogata, il gruppo di lavoro ha definito uno schema (scheda N° 10 della MAO) contenente i seguenti elementi:

Variabile Variabile dell'oggetto da osservare	INDICATORE Caratteristica misurabile dell'oggetto da valutare	FONTE Strumento utilizzato per la raccolta dei dati	VALORE ATTESO Valore indicato come soglia di riferimento/ standard	VALORE MISURATO

L'obiettivo del "cruscotto" è:

- a. Rendere le performance visibili e riconoscibili a livello oggettivo da tutti;
- b. Confrontare le prestazioni nel tempo;
- c. Rilevare le criticità.

8.2.2.6 Matrice delle interfacce

Abbiamo parlato di organigramma come rappresentazione grafica delle relazioni gerarchiche all'interno dell'organizzazione.

Parlare di Matrice delle interfacce significa, invece, descrivere come avvengono le relazioni con le strutture interne ed esterne, specificando il motivo della relazione e attraverso quale strumento formale la relazione è stata attivata (delibera, convenzione, procedura, etc.) (Schema 11 della MAO).

Tale strumento ha reso esplicito anche il modello di comunicazione organizzativa⁶ attualmente in essere nell'azienda.

4. Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. *Building Measurement and Data Collection into Medical Practice*. Ann Intern Med 1998;128:460-6.

5. Traduzione tratta da *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*, a cura di Pierluigi Morosini

6. Emanuele Invernizzi, *La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi*, Giuffrè, 2000

INTERFACCE OPERATIVE CON ALTRE STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI	MOTIVO DELLA RELAZIONE ORGANIZZATIVA (es. svolgimento prestazioni di diagnostica strumentale)	STRUMENTO (es. convenzione)
INTERFACCE OPERATIVE CON SOGGETTI PUBBLICI O PRIVATI ESTERNI	MOTIVO DELLA RELAZIONE ORGANIZZATIVA	STRUMENTO

8.2.2.7 Scheda gestione delle Azioni di Miglioramento (AdM)

Ogni strumento descritto nei paragrafi precedenti è uno strumento di Qualità e l'obiettivo della Qualità, come insegnato dagli amici dagli occhi a mandorla, è quello del miglioramento continuo. Dagli anni '60 si è passati dal *Quality Control* (Controllo di qualità del prodotto) al *Quality Assurance* (Assicurazione della Qualità, per giungere agli anni '90 al *Continuous Quality Improvement* (Miglioramento Continuo della Qualità).

Tale approccio è frutto della riflessione che per produrre prodotti di qualità non può significare semplicemente collaudare il prodotto ma è necessario monitorare costantemente non solo processo che porta al risultato ma anche la progettazione.

Tale strumento è meglio conosciuto come ruota di Deming o ciclo PDCA [Vedi Figura 2. Successiva].



Figura 2 Ruota PDCA (Deming, 1950)

La scheda N° 14 riporta elementi importanti al fine di orientare i comportamenti verso un approccio al miglioramento. La Scheda è collegata alla Scheda di Autovalutazione, presentata nel precedente, e a quella degli indicatori (Scheda N° 10 della MAO), in quanto va usata quando c'è uno scostamento tra il valore misurato e il valore e lo standard definito.

La scheda contiene i seguenti elementi:

1. Definizione del problema;
2. Descrizione delle cause possibili;
3. Descrizione dell'azione di miglioramento con indicato il Responsabile dell'attuazione e la data entro la quale l'azione deve essere risolta;
4. Il valore atteso;
5. I risultati raggiunti.

L'obiettivo di tale strumento è di:

- a. Orientare verso la metodologia del problem solving;
- b. Tendere ad una cultura del miglioramento continuo della qualità;
- c. Introdurre una metodologia di misura dei risultati.

Bibliografia:

- Barbier, R. (2007). *La ricerca – azione*, Armando, Roma.
- Cascio, G., Venza, G. (2013). *L'action research nei contesti organizzativi*, Franco Angeli.
- Cavicchioli, Bianchera (2005). *Supervisione e consulenza nell'organizzazione cooperativa sociale. Percorsi di apprendimento e cambiamento nei gruppi di lavoro*, Armando Editore, Roma
- Cipolla, C., Giarelli, G., Altieri L. (2002). *Valutare la Qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti* - Franco Angeli 2002
- Deming, W.E. 1950. *Elementary Principles of the Statistical Control of Quality*, JUSE
- Elliott, J. Giordan, A., Scurati, C. (1993). *La ricerca – azione. Metodiche, strumenti, casi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Fertonani, M. (2000). *Le competenze manageriali. Dalla valutazione delle prestazioni e del potenziale alla valutazione delle competenze manageriali*, Franco Angeli.
- Fontana, F. (2006). *Clinical Governance: una prospettiva organizzativa gestionale*, Franco Angeli.
- Gilli, GianAntoni (1974). *Come si fa ricerca. Guida alla ricerca sociale per non specialisti*. Mondadori.
- Grandori, A. (1995). *Disegni di ricerca in organizzazione*, in Costa G. Nacamulli, (a cura di) *Manuale di organizzazione aziendale: vol. 5, Metodi e Tecniche di analisi e di intervento* Torino UTET.
- Kreitner R. & Kinicki A. (2013). *Comportamento organizzativo*, APOGEO
- Invernizzi, E. (2000). *La comunicazione organizzativa: teorie, modelli e metodi*, Giuffrè,
- Lewin, K. (1946). *I conflitti sociali*, Franco Angeli, Milano 1980 (ed. or. 1946).
- Morosini, P. (2005). *Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale*, Istituto Superiore della Sanità
- Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB (1998). Plume SK. *Building Measurement and Data Collection into Medical Practice*. Ann Intern Med 128: 460-6.
- Schonberger R. (1981). *Operations management: Planning and control of operations and operating resources*. Business Publications.
- Trombetta, C. Rosiello, L. (2000). *La ricerca-azione. Il modello di Kurt Lewin e le sue applicazioni*, - Erickson.
- Zanelli, P., Sagginati B., Fabbri E. (a cura di, 2004). *Autovalutazione come risorsa*, Azzano San Paolo (BG), Edizioni Junior.

Cap. 9 – Analisi Organizzativa e Tableau multidimensionale per la governance aziendale – TAGO

di Paolo Fornelli

Premesse

Come illustrato in precedenza, l'analisi organizzativa ha comportato la produzione, da parte delle strutture organizzative di AOB, di due tipologie di documenti: la MAO e la scheda di Autovalutazione.

Dal momento che la seconda era sostanzialmente una auto misurazione del livello di *compliance* della struttura in riferimento ai requisiti di Accreditamento, ed era progettata in modo che la valutazione fosse espressa *nativamente* in termini numerici (quindi oggettivamente valutabili), si poneva il problema di come valutare le MAO prodotte dalle varie strutture organizzative, che, contrariamente alle schede di Autovalutazione, erano documenti con contenuti esclusivamente testuali (non numerici).

Il primo problema che il gruppo di lavoro si è trovato ad affrontare è stato quello del processo da seguire nella valutazione degli elaborati: l'esigenza era costruire un percorso di valutazione che fosse veloce e snello (evitando che tutte le MAO fossero esaminate da tutti i componenti del gruppo di lavoro), ma al tempo stesso evitasse di essere eccessivamente influenzato dalla posizione soggettiva di un singolo valutatore.

La scelta è stata quella di optare per un approccio ispirato al Metodo (o Tecnica, che dir si voglia) Delphi: l'obiettivo primario del Delphi, infatti, è la convergenza di opinioni ovvero, di fronte a un problema, il facilitare il raggiungimento di una opinione comune il più possibile condivisa.

Attenzione a non confondere questo con l'aspirazione alla determinazione di un pensiero (valutazione) unico: la convergenza di opinioni va intesa, piuttosto, come processo di strutturazione della comunicazione convogliante più pensieri competenti sulla questione trattata verso conclusioni il più possibile condivise (Pacinelli, 2008).

Naturalmente esistono numerosi metodi per la convergenza di opinioni ma, fra questi, il metodo Delphi è storicamente considerato il capostipite.

Ma cosa è il metodo Delphi? Va precisato, innanzitutto, che esso non è una metodologia di valutazione, quanto piuttosto una tecnica di analisi di possibili scenari rispetto ad un problema, condotta secondo uno schema iterativo con l'obiettivo di ottenere una certa convergenza di opinioni attendibili e l'elaborazione di informazioni utili per un processo decisionale.

Storia del metodo Delphi

Il metodo Delphi fu sviluppato nel corso degli anni da Olaf Helmar, Norman Dalkey e Nicholas Rescher della Rand Corporation a partire dall'inizio della Guerra Fredda: nel 1952, negli Stati Uniti d'America a un gruppo di esperti fu chiesto di confrontarsi su un eventuale attacco atomico da parte dell'URSS.

E' in questo contesto che nacque il metodo che solo successivamente, negli anni '60, prese il nome di metodo Delphi, brevettato dalla RAND Corporation proprio con questo nome.

È interessante sapere che il nome deriva dal famoso oracolo di Delphi e fu coniato da Kaplan, un professore associato di filosofia che lavorava per la RAND corporation. Il riferimento era al principio dell'oracolo, secondo il quale la sua previsione non è falsificabile, ovvero è un'asserzione che non ha la proprietà di essere vera o falsa.

Il primo studio commissionato dal governo americano, che ha portato alla messa a punto del metodo Delphi, riguardava dunque l'applicazione delle opinioni di esperti per la selezione, da un punto di vista di uno stratega

sovietico, di un obiettivo industriale americano e per la stima del numero di bombe atomiche necessarie per ridurre l'arsenale convenzionale americano di una quantità prefissata.

Si consideri che le alternative metodologiche disponibili a quel tempo per risolvere il problema degli armamenti nucleari esistevano e consistevano in modelli matematici complessi che richiedevano una mole enorme e costosissima di dati, delle procedure molto lunghe e dei computer molto sofisticati e costosi, ed è per queste ragioni che si scelse di utilizzare il Delphi.

Successivamente, questi metodi vennero comunque applicati ma la sorpresa fu che i risultati del Delphi sulle politiche belliche russe furono migliori di quelli prodotti dai sofisticati modelli matematici.

Data la particolarità di questo primo esperimento, si comprende come siano dovuti passare diversi anni prima che il metodo fosse divulgato all'esterno della difesa americana, cosa che avvenne nel 1964 con un lavoro di T. J. Gordon e Olaf Helmer intitolato *"Report on a Long-Range Forecasting Study"* (Gordon and Helmer, 1964).

Delphi nasceva quindi per colmare una lacuna nelle tecniche di previsione, per sperimentare un approccio retrodeduttivo (prima l'affermazione poi i dati e le argomentazioni per avvalorarla) che desse una risposta a quei problemi che non potevano essere affrontati né attraverso l'approccio deduttivo delle predizioni né attraverso quello induttivo delle proiezioni, cercando di sottoporre il giudizio soggettivo e l'intuizione degli esperti (giudizio informato era l'espressione impiegata per indicare qualcosa che si trova a metà strada tra conoscenza scientifica e speculazione) a un trattamento più rigoroso.

Struttura del metodo Delphi

Il metodo Delphi si sviluppa lungo un processo sistematico e organizzato di domande e di aggregazione delle risposte che si configurano come giudizi di esperti: tale approccio è stato ritenuto offrire particolari vantaggi rispetto a discussioni di gruppo tradizionali (conferenze, brainstorming, ed altri processi interattivi di gruppo), in particolare per quelle problematiche in cui l'informazione più utile è il giudizio di persone ben informate. In sostanza, il processo si sviluppa secondo una serie di passaggi, come illustrato nella figura seguente:



Come si può vedere, il Delphi standard è, di fatto, una tecnica di comunicazione che consiste nel rilevare e mettere a confronto pareri soggettivi e valutazioni espresse all'interno di un gruppo di consultazione (panel).

Lo stesso Dalkey (Dalkey, 1967, Delphi, Santa Monica, The Rand Corporation), uno degli ideatori della tecnica Delphi, la descrisse con le parole seguenti:

“è un procedimento di conoscenza che permette di strutturare la comunicazione di un gruppo di testimoni privilegiati (o esperti), allo scopo di coagulare giudizi soggettivi ”

Essa è dunque una procedura di gruppo, destinata ad ottenere e successivamente organizzare le opinioni di un gruppo di esperti, con l'obiettivo di migliorare il giudizio, depurandolo da posizioni intrinsecamente soggettive.

La tecnica lavora tramite una serie di verifiche sulle opinioni espresse in modo di chiarificare ed in alcuni casi avvicinare le diverse posizioni. In questo modo il processo di comunicazione tra i partecipanti viene strutturato in modo da raccogliere e distillare informazioni dal patrimonio conoscitivo di un gruppo di esperti.

In definitiva, il metodo Delphi consente ad un insieme di persone di dare opinioni su un problema come se lavorassero fisicamente vicini, ma senza gli effetti di distorsione generati dalla contemporanea presenza nello stesso luogo (Pacinelli, 2008).

Potenzialità e limiti della tecnica Delphi

La tecnica Delphi è stata oggetto di numerose critiche riguardo la carenza di procedure scientifiche - sperimentazioni convenzionali di controllo – sul campionamento e sulla verifica dei risultati. La critica più rilevante è stata mossa da Sackman (Sackman, 1975, *Delphi critique. Expert opinion, forecasting and group processes*, Lexington books):

“Il futuro è davvero troppo importante per la specie umana, per essere lasciato a chiromanti che usano una nuova versione della vecchia sfera di cristallo. E' tempo che l'oracolo esca di scena per far posto alla scienza.”

Goldschmidt (Goldschmidt, 1975, *Scientific Inquiry or Political critique? Remark on Delphi assessment, expert opinion, forecasting, and group process by Sackman, “Technological forecasting and social change”*), attraverso ricerche meticolose, ha successivamente dimostrato che la maggior parte delle critiche mosse da Sackman erano ingiuste.

Nel suo articolo Goldschmidt, pur convenendo sul fatto che molti progetti Delphi siano stati mal condotti (i questionari, ad esempio, spesso ideati in modo carente, non pre-testati, o formulati con domande ambigue), ammonisce, tuttavia, che è un errore macroscopico il voler equiparare la tecnica Delphi alle sue molteplici applicazioni.

Esiste, infatti, una importante distinzione concettuale tra il valutare una tecnica e valutarne le applicazioni. Ancora, Linstone (Linstone, Harold, Turoff, Mitroff, 1975, *The Delphi Method: Techniques and Applications*, Addison Wesley Publishing Co.) oppone alla critica di Sackman che la tecnica Delphi è, per sua stessa natura, non scientifica, sostenendo che:

“Secondo Sackman, la scienza significa scienziati sociali addestrati psicometricamente (...) Ciò equivale all'illusione che la scienza sia “oggettiva”, che solo i sistemi di ricerca Lockiani o Leibniziani siano legittimati e che quelli soggettivi, probabilistici, o Bayesiani, siano eretici. L'ortodossia, ammantata da nuovi paradigmi, reagisce spesso con condanne assolute e distorsioni maldestre.”

Anche se la tecnica Delphi può essere accusata di ignorare il rigore scientifico puramente sperimentale nella fase applicativa, essa tuttavia, secondo Turoff, risponde ad una serie di interrogativi che rimarrebbero altrimenti senza risposta (Linstone, Harold, Turoff, Mitroff, 1975, *The Delphi Method: Techniques and Applications*, Addison Wesley Publishing Co.).

Non è chiaro il motivo per cui la Delphi dovrebbe essere metodologicamente meno robusta di tecniche come l'intervista, l'analisi di casi di studio o le simulazioni comportamentali, ormai ampiamente accettate come strumenti di analisi politica, o per la formulazione di idee e di scenari.

E' importante tuttavia ribadire che bisogna evitare di considerare la tecnica Delphi come una panacea: la decisione di ricorrere a questa o altre tecniche valutative di gruppo è sempre vincolata alla risposta della seguente domanda:

“E’ possibile creare una sorta di intelligenza umana collettiva attraverso un gruppo strutturato di comunicazione?”.

In ogni caso, quando si decide di attivare il Delphi si riconosce implicitamente che uno scambio organizzato di comunicazione di gruppo sia la soluzione ottimale per esplorare meglio un problema, o valutarne la natura e le possibili opzioni per affrontarlo: bisogna tenere sempre ben presente che l’assunto teorico fondante il Delphi è che i giudizi informati di gruppo siano più attendibili di un giudizio individuale.

Ed è proprio sulla base di tale principio che, come vedremo, il gruppo di lavoro ha adottato uno schema di valutazione che abbiamo definito *Delphi-like*, soprattutto in relazione alla scelta di confrontare, discutere e far convergere le valutazioni (quali-quantitative) formulate dai valutari.

Genesi del TAGO: la creazione del database di analisi organizzativa.

Come precedentemente ricordato, uno dei problemi della valutazione delle MAO era tradurre in un giudizio quantitativo quanto era stato formulato in forma discorsiva dai compilatori della matrici.

Il primo passo è stato quello di creare le regole per esprimere un voto numerico (per cui quantitativo) su ciò che era stato prodotto dalle strutture organizzative di AOB.

Allo stesso tempo, si è deciso di creare il *repository dei dati* del processo di valutazione, che fosse in grado di registrare tutti i dati di valutazione, “*normalizzandoli*” in una sorta di database.

La predisposizione di un software accessorio (tool) ha reso più agevole la funzione di valutazione delle singole schede e matrici, in modo da evidenziare i punti di forza e di debolezza di ogni struttura con una valutazione incrociata di almeno due valutatori.

Il sistema prevedeva una valutazione quantitativa da 0 a 4 per ogni item considerato e un confronto o convergenza (in tipico stile Delphi) tra i valutatori in caso di difformità di valutazione al fine di ridurre la soggettività individuale.

Con un sistema di semafori verdi e rossi sono stati presentati i dati in sintesi per *range* di valutazione in modo da avere una lettura per item o per struttura immediata.

A supporto dell’attività di indagine svolta all’interno della Linea di Analisi Organizzativa -condotta tramite la somministrazione di Matrici Analisi Organizzativa (MAO) e Schede di Autovalutazione - è stato sviluppato dal team di progetto uno strumento informativo definito *Tableau Multidimensionale per la Governance Aziendale (TAGO)*.

L’obiettivo perseguito è stato quello di definire uno strumento per la raccolta e l’organizzazione delle risposte fornite:

- che rendesse omogenee e coerenti (e quindi confrontabili) le valutazioni operate sulle risposte e sui singoli *items* indagati;
- che fosse applicabile a tutte le classi coinvolte nella Formazione sul Campo;
- che rendesse immediatamente individuabili i punti di forza e di debolezza delle articolazioni.

I *range* di valutazione.

Lo strumento è stato strutturato su tre livelli:

1. Le sezioni relative alla Matrice di Analisi Organizzativa (MAO);
 - I criteri di valutazione per ciascuna sezione;
 - I valori/parametri di valutazione dei criteri.

Le risposte afferenti alle varie Sezioni presenti nelle MAO pervenute dalle singole articolazioni aziendali sono state indagate in una pluralità di dimensioni (presenza, completezza, esaustività, coerenza) secondo criteri

di valutazione definiti tenendo conto della specificità della sezione considerata: ad esempio, per la sezione “5. FUNZIONIGRAMMA” i parametri di valutazione erano i seguenti:

- Esplicitazione delle funzioni;
- Coerenza con funzioni indicate in organigramma;
- Completezza elenco funzioni;
- Specificità delle funzioni descritte.

In generale, laddove possibile, si è cercato di individuare dei criteri articolati, anche sfruttando il Vademecum presente nella MAO.

In alcuni casi, non potendosi declinare in modo puntuale dei veri e propri criteri, si è deciso di utilizzare semplicemente il metro della “presenza” della risposta incrociandone, se possibile, il contenuto con quanto scritto in altre sezioni: nella sostanza, è stato valutato se il compilatore avesse almeno dato una risposta e, se del caso, la sua coerenza con il contenuto di altre sezioni (ad esempio, la sezione 8 “CATALOGO ATTIVITA’ EROGATE”, verificata con quanto scritto nella mission – “COSA FACCIAMO”).

Ciascun criterio è stato quindi valutato secondo una scala di valori crescente compresa tra 0 e 4 a seconda del grado di adeguatezza della risposta fornita.

Per superare un possibile rischio di soggettività del giudizio derivante da un *assessment* fornito da un singolo valutatore, e quindi assicurare la massima oggettività, la valutazione delle schede ricevute è stata condotta secondo l’approccio *Delphi-like* descritto in precedenza, combinando e mettendo a confronto il giudizio di almeno due esperti.

Ogni scheda MAO ricevuta è stata pertanto assegnata a due valutatori distinti secondo un protocollo di distribuzione predefinito e ciascun valutatore ha assegnato gli *score* ai singoli criteri.

Le singole valutazioni sono state infine oggetto di consolidamento in una valutazione finale e condivisa (dopo discussione e confronto, nel caso di *score* discordanti): il metodo adottato ha portato a richiedere un confronto tra i 2 valutatori nei casi in cui i punteggi attribuiti avessero avuto una differenza di *score* superiore a 2 punti, in modo da convergere su uno *score* condiviso (prevedendo in caso di mancato accordo l’intervento di un terzo valutatore). Nei casi in cui la differenza di *score* sia stata minore di 2, si è utilizzato il valore più alto.

I valori finali così individuati per ogni singolo item indagato sono poi stati riportati all’interno della sezione di appartenenza e della rispettiva articolazione fino a comporre un quadro sinottico di tutti gli *score* che ha rappresentato l’esito dello strumento informativo descritto (TAGO) e che è stato reso fruibile sotto forma di matrice di Excel.

Un’ulteriore sezione del TAGO ha consentito di correlare ai risultati delle valutazioni della MAO le risposte fornite dagli operatori a seguito della somministrazione delle schede di Autovalutazione. In questo caso gli *score* presenti sono stati quelli forniti dalle stesse unità indagate.

L’utilizzo di TAGO ha reso quindi possibile:

- il monitoraggio dell’andamento quantitativo e qualitativo delle risposte ottenute a seguito della somministrazione di schede di valutazione;
- la creazione di uno strumento di valutazione applicabile alla formazione sul campo (FSC);
- l’individuazione delle eventuali aree di intervento formativo;
- il controllo e la misurazione delle eventuali variazioni del livello di competenze a seguito di interventi formativi.

I valori così organizzati hanno consentito una lettura dei dati sinottica, immediata e aggregabile in molteplici dimensioni, potendo estrapolare in modo immediato le aree in cui il dato emerso era da considerarsi adeguato o meno rispetto agli standard attesi come verrà di seguito meglio dettagliato.

Come detto l'obiettivo è stato quello di fornire ai valutatori uno strumento che rendesse omogenee e coerenti (e quindi confrontabili) le valutazioni, potendo al tempo stesso diventare una sorta di cruscotto direzionale, utilizzabile dal *top management* aziendale per avere un quadro completo della situazione dell'AOb e per indirizzare eventuali azioni di miglioramento degli aspetti organizzativi.

2,85		DIPARTIMENTO 1				DIPARTIMENTO 2		
		Struttura Complessa 1	Struttura Complessa 2	Struttura Complessa 3	Struttura Semplice 1	Struttura Complessa 4	Struttura Complessa 5	Struttura Semplice 2
3,28	1. LA NOSTRA STORIA	3,33	4,00	2,33	3,67	4,00	4,00	4,00
2,92	2. MISSION	4,00	3,10	2,20	3,40	2,80	2,20	4,00
2,54	3. ORGANIGRAMMA DI AFFERENZA	1,33	4,00	1,00	4,00	4,00	3,00	2,33
2,61	4. ORGANIGRAMMA	2,13	4,00	1,50	3,75	3,75	3,00	3,50
2,68	5. FUNZIONIGRAMMA	3,25	3,25	2,75	2,75	4,00	4,00	3,75
3,62	6. RISORSE UMANE	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
2,37	7. SVILUPPO CONTINUO PROF.	2,67	4,00	0,00	0,33	4,00	2,33	4,00
3,54	8. CATALOGO ATTIVITA' EROGATE	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00
3,08	9. ATTIVITA' RILEV.-CdRIF-H&S	3,00	4,00	0,00	4,00	4,00	4,00	4,00
1,69	10. INDICATORI IN USO	0,00	2,75	4,00	3,50	3,50	0,00	0,00
2,96	11. MATRICE DELLE INTERFACCE	2,00	3,50	3,00	3,50	4,00	3,50	3,00
3,32	12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
1,97	13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO	0,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00
1,59	14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'	3,50	3,00	3,00	0,00	3,00	1,50	0,00
	Score medio per CdR	2,59	3,69	2,34	3,21	3,79	3,11	3,18
	Score medio per Dip.	2,96				3,36		
2,80	Struttura	2,81	3,67	1,96	3,51	3,71	3,24	3,52
		2,99				3,49		
2,71	Processi	2,17	3,88	2,00	2,96	4,00	3,46	3,75
		2,75				3,74		
1,64	Esiti	1,75	2,88	3,50	1,75	3,25	0,75	0,00
		2,47				1,33		

TAGO - Tableau multidimensionale per la Governance Aziendale

Vediamo in dettaglio le caratteristiche fondamentali dello strumento.

La scelta dei colori: la logica del "Semaforo"

La variabilità cromatica è servita a mettere in risalto le aree più critiche (rosse), rispetto alle aree il cui profilo organizzativo poteva essere considerato già ad un livello adeguato (verdi), ed ancora rispetto a quelle per le quali un intervento di portata non eccessivamente complessa poteva consentire la "promozione" al livello di maturità organizzativa più elevato.

La colorazione delle celle, ovvero degli score ottenuti, era automatizzata e parametrica. I valori impostati ai fini del progetto sono stati i seguenti:

- Per quanto riguarda le Autovalutazioni, rammentando che la scala di valori attribuibili era compresa nell'intervallo 0-3, e che per livelli di aggregazione superiori lo score si otteneva come media degli score sottostanti, abbiamo che gli intervalli sono stati:
 - Verde: per valori strettamente maggiori (>) di 1,8;
 - Giallo: per valori compresi ($\geq$ e $\leq$) tra 1,5 e 1,8 (estremi inclusi);
 - Rosso: per valori strettamente minori (<) di 1,5.

	1,65	DIPARTIMENTO 1				DIPARTIMENTO 2		
		Struttura Complessa 2	Struttura Complessa 3	Struttura Semplice 1	Struttura Complessa 4	Struttura Complessa 5	Struttura Semplice 2	Struttura Complessa 6
1,29	1. Diritto e informazione del paziente e dei famigliari	1,40	1,40	3,00	1,60	1,80	0,40	1,40
1,86	2. Politica e governo dell'organizzazione	2,00	1,67	3,00	1,67	1,83	2,60	2,33
2,44	3. Presa in carico del paziente	2,00	2,00			3,00	2,00	2,67
1,66	4. Gestione risorse umane	1,40	2,20	3,00	1,75	2,20	1,50	1,60
1,82	4.1 sono previste riunioni periodiche per discutere su lo stato di avanzamento delle attività assegnate e su le difficoltà incontrate	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00
1,58	4.2 è stata pianificata la formazione per lo sviluppo professionale	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00
1,03	4.3 è stata pianificata la formazione sui metodi e le tecniche per lo sviluppo della qualità	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00
1,81	4.4 sono programmate discussioni multidisciplinari su le condizioni di salute dei pazienti	2,00	2,00			3,00	2,00	0,00
2,03	4.5 i regolamenti adottati dalla Azienda sono a conoscenza di tutto il personale	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00		2,00
2,16	5 Gestione risorse tecnologiche e strumentali	2,33	1,33	3,00	1,00	3,00	2,33	2,00
1,48	6. Comunicazione e gestione delle informazioni	2,00	1,25	3,00	1,00	2,25	1,50	2,25
1,06	7. Gestione e miglioramento della qualità	1,00	1,00	3,00	2,00	2,33	1,33	2,00
1,39	8. Attività e risultati	1,00	1,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00
	Score medio per CdR	1,64	1,48	3,00	1,29	2,43	1,46	1,78
	Score medio per Dip.	1,85				1,89		

Riepilogo Autovalutazioni

- Per quanto riguarda le Matrici di Analisi Organizzativa (MAO), invece, tenuto conto che la scala di valutazione era compresa nell'intervallo 0-4, e che anche per le MAO valeva il discorso che, per quanto attiene agli score relativi a livelli di aggregazione superiori, esso era calcolato come media degli score sottostanti, abbiamo che gli intervalli sono stati:
 - Verde: per valori strettamente maggiori (>) di 2,9;
 - Giallo: per valori compresi ($\geq$ e $\leq$) tra 2,2 e 2,9 (estremi inclusi);
 - Rosso: per valori strettamente minori (<) di 2,2.

	2,85	DIPARTIMENTO 6					DIPARTIMENTO 7			
		Struttura Complessa 23	Struttura Complessa 24	Struttura Complessa 25	Struttura Complessa 26	Struttura Complessa 27	Struttura Complessa 28	Struttura Semplice 10	Struttura Complessa 29	Struttura Semplice 11
3,28	1. LA NOSTRA STORIA	3,00	3,06	3,00	2,83	3,50	4,00		3,00	3,67
2,92	2. MISSION	2,00	2,50	2,00	3,40	3,00	2,00		3,00	3,10
2,54	3. ORGANIGRAMMA DI AFFERENZA	1,33	3,67	4,00	3,67	4,00	4,00		4,00	4,00
2,61	4. ORGANIGRAMMA	2,00	2,75	2,75	2,00	4,00	4,00		4,00	1,25
2,68	5. FUNZIONIGRAMMA	3,00	2,88	3,00	2,25	4,00	4,00		4,00	2,25
3,62	6. RISORSE UMANE	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	4,00		3,00	4,00
2,37	7. SVILUPPO CONTINUO PROF.	3,67	2,33	3,67	1,67	0,00	3,00		0,00	3,00
3,54	8. CATALOGO ATTIVITA' EROGATE	3,50	3,50	3,50	3,00	4,00	4,00		3,00	4,00
3,08	9. ATTIVITA' RILEV.-CdRIF-H&S	3,50	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00		3,00	4,00
1,69	10. INDICATORI IN USO	3,00	2,50	3,00	2,00	3,50	3,50		0,00	4,00
2,96	11. MATRICE DELLE INTERFACCE	3,50	3,50	3,00	4,00	3,00	4,00		0,00	4,00
3,32	12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO	4,00	4,00	4,00	3,50	4,00	4,00		3,00	4,00
1,97	13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO	3,00	4,00	1,50	0,00	4,00	4,00		3,00	4,00
1,59	14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'	0,00	3,50	0,00	0,00	4,00	4,00		0,00	4,00
	Score medio per CdR	2,82	3,16	2,89	2,52	3,50	3,75		2,36	3,52
	Score medio per Dip.	2,98					3,21			

Riepilogo Valutazioni MAO

Visione per Unità Organizzativa e Dipartimento

Le dimensioni oggetto di valutazione

Il TAGO, come il nome vuole già far intendere, consentiva una lettura dei dati secondo più dimensioni (o viste):

- *La dimensione (o vista) organizzativa*: verticale, che permette di valutare i risultati conseguiti dalle varie articolazioni organizzative, sia a livello singolo (Strutture Complesse – SC, e Strutture Semplici Dipartimentali – SSD) che a livello di Dipartimento di afferenza, fino a livello complessivo di azienda;
- *La dimensione (o vista) parametrica*: orizzontale, ovvero il punto di vista che considera il risultato relativamente alla sezione (parametro) oggetto di valutazione (“1. La nostra storia”, “7. Sviluppo continuo professionale”, “10. Indicatori in uso”, ecc);
- *La dimensione (o vista) gestionale*: che offre la possibilità di valutare i risultati in modo aggregato secondo 3 classi omogenee di *governance*:
 - Propensione all’analisi di Struttura;
 - Propensione all’analisi dei Processi;
 - Propensione all’analisi degli Esiti.

Inoltre, gli stessi dati, a seconda della “vista” secondo la quale vengono letti, danno subito una risposta (feedback) visuale sia degli aspetti quantitativi (quante risposte sono state fornite) sia degli aspetti qualitativi (grado di appropriatezza delle risposte fornite → colorazione “a semaforo”).

2,85		DIPARTIMENTO 4								DIPARTIMENTO 5					
		Struttura Semplice 8	Struttura Complessa 12	Struttura Semplice 9	Struttura Complessa 13	Struttura Complessa 14	Struttura Complessa 15	Struttura Complessa 16	Struttura Complessa 17	Struttura Complessa 18	Struttura Complessa 19	Struttura Complessa 20	Struttura Complessa 21	Struttura Complessa 22	
3,28	1. LA NOSTRA STORIA	2,67	2,33	3,00	3,00	4,00	4,00	3,33	4,00	3,33	3,50	2,00	3,33	4,00	
2,92	2. MISSION	3,00	2,50	3,00	3,20	3,00	3,20	3,60	4,00	2,80	4,00	3,10	2,80	3,80	
2,54	3. ORGANIGRAMMA DI AFFERENZA	3,00	3,67	2,00	1,33	0,00	0,00	1,67	2,00	0,33	0,00	3,33	0,00	4,00	
2,61	4. ORGANIGRAMMA	2,75	3,00	2,50	1,25	0,00	0,00	2,00	4,00	1,88	3,00	3,00	1,00	4,00	
2,68	5. FUNZIONIGRAMMA	3,75	1,00	2,25	0,00	0,75	1,63	3,50	0,00	2,00	4,00	3,63	1,75	3,25	
3,62	6. RISORSE UMANE	4,00	2,00	3,00	4,00	0,00	4,00	4,00	4,00	2,00	4,00	3,50	1,50	4,00	
2,57	7. SVILUPPO CONTINUO PROF.	1,83	0,00	0,00	2,33	0,00	3,50	1,33	3,67	2,33	4,00	3,00	3,17	3,00	
3,64	8. CATALOGO ATTIVITA' EROGATE	4,00	0,00	4,00	4,00	0,00	4,00	0,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	
3,08	9. ATTIVITA' RILEV. CONTINUO	4,00	0,00	3,00	4,00	1,50	4,00	0,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	
1,69	10. INDICATORI IN USO	0,00	0,00	2,25	0,00	2,00	4,00	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	4,00	0,00	
2,96	11. MATRICE DELLE INTERFACCE	4,00	0,00	2,50	4,00	3,00	4,00	0,00	4,00	2,50	0,00	3,00	4,00	3,00	
3,32	12. DISPOSITIVI PROTEZ. IN USO	2,00	0,00	3,50	3,00	4,00	4,00	0,00	2,50	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	
1,97	13. PROCEDURE RISCHIO CLINICO	2,00	0,00	3,00	0,00	4,00	3,00	0,00	2,00	1,00	1,50	0,00	2,50	1,00	
1,59	14. MIGLIOR. CONTINUO QUALITA'	0,00	0,00	1,00	3,00	0,00	1,75	0,00	3,00	2,00	0,00	1,50	3,50	2,00	
	Score medio per CdR	2,64	1,04	2,43	2,37	3,13	3,08	1,38	2,98	2,08	2,60	2,47	2,90	3,15	
	Score medio per Dip.				2,29						2,68				
2,80	Struttura	3,03	2,50	2,55	1,76	3,45	2,17	2,82	2,80	2,07	2,90	3,01	1,78	3,81	
					2,61						2,73				
2,71	Processi	2,96	0,00	2,38	2,58	3,75	3,63	0,33	3,42	2,21	2,38	2,50	3,42	2,75	
					2,23						2,78				
1,64	Esiti	0,00	0,00	1,13	1,50	0,00	2,88	0,00	1,75	1,00	0,00	0,75	3,75	1,00	
					0,79						1,38				

Lettura multidimensionale dei dati

Individuazione dei punti di forza e di debolezza

In tale ottica, il TAGO si è rivelato uno strumento il cui contenuto informativo è facilmente intuibile dall'utilizzatore: grazie ai colori è infatti possibile intercettare subito le aree di intervento, siano esse attinenti a una articolazione/dipartimento dalle performance non considerabili adeguate, o ad un aspetto della cultura organizzativa da sviluppare, o ancora ad un set di parametri omogenei, riconducibili ad un'unica dimensione di *governance* (Struttura-Processi-Esiti).

La possibilità di parametrizzare i valori delle soglie, permette di riclassificare il lavoro nel tempo, eventualmente ripetendo la fase di raccolta dei dati, alzando o abbassando il valore soglia a seconda dell'obiettivo che si vuole perseguire (innalzamento dello score o maggiore livello di accettabilità dei livelli attuali).

Il TAGO si è dimostrato uno strumento assai duttile che ha consentito una lettura pluridirezionale dell'organizzazione:

- ogni singola struttura che corrisponde a Centro di Responsabilità, ovvero articolazione con relativa autonomia organizzativa, titolarità di budget (lettura verticale);
- dati aggregati per singola variabile a livello dipartimentale o aziendale (media) (lettura orizzontale);
- strutture aggregate per Dipartimento (indice di accreditabilità per Dipartimento).

AOB: Risultati acquisiti generali e per Dipartimento

Lo strumento così come organizzato e descritto è stato proposto in aula esso stesso come esempio di mappatura delle informazioni ed organizzazione di un database informativo, buona prassi sulla trasparenza e *accountability* nella proprietà di processo, nonché come guida alla attività di costruzione di indicatori e misurazione.

UO	Score AV	ScoreDip	Score CdR	Score Struttura	Score Processi	Score Esiti
Struttura Complessa 1	#RIFI	2,96	2,59	2,81	2,17	1,75
Struttura Complessa 2	1,64	2,96	3,69	3,67	3,88	2,88
Struttura Complessa 3	1,48	2,96	2,34	1,96	2,00	3,50
Struttura Semplice 1	3,00	2,96	3,21	3,51	2,96	1,75
Struttura Complessa 4	2,43	3,36	3,79	3,71	4,00	3,25
Struttura Complessa 5	1,46	3,36	3,11	3,24	3,46	0,75
Struttura Semplice 2	1,78	3,36	3,18	3,52	3,75	0,00
Struttura Complessa 6	1,09	2,48	2,50	2,90	1,75	2,75
Struttura Semplice 3	2,43	2,48	3,36	3,00	3,50	3,00
Struttura Semplice 4	1,08	2,48	2,14	2,27	2,17	2,00
Struttura Complessa 7	2,28	2,48	2,99	3,25	2,92	1,25
Struttura Complessa 8	1,71	2,48	2,50	2,81	2,50	1,00
Struttura Semplice 5	2,34	2,48				
Struttura Semplice 6	1,38	2,48	2,30	2,24	2,50	0,00
Struttura Complessa 9		2,48				
Struttura Complessa 10	1,09	2,48	1,62	1,42	1,75	0,75
Struttura Complessa 11	1,43	2,48	2,90	2,16	2,96	3,75
Struttura Semplice 7	2,34	2,48	2,03	1,91	2,21	0,00
Struttura Semplice 8	0,51	2,29	2,64	3,03	2,96	0,00
Struttura Complessa 12	0,00	2,29	1,04	2,50	0,00	0,00
Struttura Semplice 9	2,53	2,29	2,43	2,55	2,38	1,13
Struttura Complessa 13	1,95	2,29	2,37	1,76	2,58	1,50
Struttura Complessa 14	1,82	2,29	3,13	3,45	3,75	0,00
Struttura Complessa 15	1,33	2,29	3,08	2,17	3,63	2,88
Struttura Complessa 16	0,80	2,29	1,39	2,82	0,33	0,00
Struttura Complessa 17	0,00	2,68	2,98	2,80	3,42	1,75
Struttura Complessa 18	0,00	2,68	2,08	2,07	2,21	1,00
Struttura Complessa 19	0,00	2,68	2,50	2,90	2,38	0,00
Struttura Complessa 20	0,92	2,68	2,47	3,01	2,50	0,75
Struttura Complessa 21	0,00	2,68	2,90	1,78	3,42	0,00
Struttura Complessa 22	1,59	2,68	3,15	3,81	2,75	1,00
Struttura Complessa 23	1,66	2,98	2,82	2,27	3,42	1,50
Struttura Complessa 24	1,70	2,98	3,16	2,97	3,33	3,00
Struttura Complessa 25	1,55	2,98	2,89	2,95	2,92	1,50
Struttura Complessa 26	1,09	2,98	2,52	2,83	2,17	1,00
Struttura Complessa 27	2,03	2,98	3,50	3,70	2,75	3,75
Struttura Complessa 28	1,61	3,21	3,75	3,60	3,75	3,75
Struttura Semplice 10	1,61	3,21				
Struttura Complessa 29	2,03	3,21	2,36	3,60	1,50	0,00
Struttura Semplice 11	0,00	3,21	3,52	2,85	3,75	4,00
Struttura Complessa 30	2,15	2,29	3,00	3,76	3,04	1,50
Struttura Complessa 31	0,00	2,29	1,59	3,65	0,00	0,00

Sinottico Dipartimenti

Struttura Complessa 1	1,64	2,96	2,59	2,81	2,17	1,75
Struttura Complessa 2	1,48	2,96	3,69	3,67	3,88	2,88
Struttura Complessa 3	3,00	2,96	2,34	1,96	2,00	3,50
Struttura Semplice 1	2,43	2,96	3,21	3,51	2,96	1,75

Dipartimento 1

Struttura Semplice 8	0,00	2,29	2,64	3,03	2,96	0,00
Struttura Complessa 12	2,53	2,29	1,04	2,50	0,00	0,00
Struttura Semplice 9	1,95	2,29	2,43	2,55	2,38	1,13
Struttura Complessa 13	1,82	2,29	2,37	1,76	2,58	1,50
Struttura Complessa 14	1,33	2,29	3,13	3,45	3,75	0,00
Struttura Complessa 15	0,80	2,29	3,08	2,17	3,63	2,88
Struttura Complessa 16	0,00	2,29	1,39	2,82	0,33	0,00

Dipartimento 4

La raccolta e l'analisi dei dati ha favorito anche una riflessione comune: le aziende sanitarie si trovano spesso a portare avanti una sorta di *"mission impossible"*: governare in carenza di informazioni adeguate.

Le informazioni possono ritenersi adeguate se prendono in esame contemporaneamente diverse dimensioni e le comparano.

Il governo d'impresa, *"corporate governance"*, che tradotta letteralmente significa *"governo societario"* indica l'insieme delle procedure connesse al processo di formulazione delle decisioni, alla performance e al controllo dell'organizzazione, nonché alla messa a punto di sistemi in grado di indirizzare complessivamente l'azienda a soddisfare le ragionevoli aspettative di *"accountability"* dei soggetti esterni che in essa detengono interessi ¹.

Le aziende sanitarie sono impegnate a definire gli elementi di governo e questo sforzo è cogente alla normativa in vigore su autorizzazione e accreditamento.

Da una indagine della SIQUAS VRQ (Seminario Roma 12,13 aprile 2013) è emerso che, al momento della rilevazione, neanche il 50% delle aziende sanitarie italiane era coerente alla normativa sull'accREDITAMENTO delle strutture.

L'istituto dell'accREDITAMENTO vuole garantire che la struttura sanitaria è in grado di garantire la sostenibilità dell'impresa, la sicurezza dei lavoratori, la gestione del rischio clinico (sempre presente in attività complesse sulla persona), l'efficacia, la qualità (in tutte le 3 dimensioni), l'appropriatezza delle prestazioni, l'*accountability*.

I requisiti per l'accREDITAMENTO costituiscono i fattori di qualità cui devono rispondere i soggetti che desiderano conseguire tale status. Sono prevalentemente focalizzati su aspetti organizzativi, che, di norma, pur non richiedendo significativi investimenti, possono determinare importanti, e spesso immediate, ricadute sulla qualità assistenziale.

Il Progetto AOB ha perseguito un modello di management che voleva mettere i Direttori di SC e i responsabili di SSD in condizione di leggere la propria organizzazione adottando un modello univoco e comparabile (MAO).

La *vision* del progetto: valutazione (autovalutazione) formativa per centri di responsabilità (CdR titolari di budget) accorpata per Dipartimento, Dipartimento che ha la funzione di ottimizzare risorse e risultati. Il TAGO aziendale si è dimostrato quindi un utile supporto per il governo clinico e la sostenibilità, in grado di monitorare l'attività e orientare le scelte.

Il TAGO però non è uno strumento che vuole prescindere dalle competenze manageriali dei titolari di budget: esso deve essere piuttosto visto come un *tool* utile a valutare i comportamenti gestionali dei titolari di struttura anche ai fini della valutazione gestionale prevista dal CCNL e per l'attribuzione del salario di risultato del Sistema Premiante.

1. [http://db.formez.it/fontinor.nsf/0/9ED118F5F3010FAEC125710A0058493B/\\$file/Significati%20di%20GOVERNANCE.pdf](http://db.formez.it/fontinor.nsf/0/9ED118F5F3010FAEC125710A0058493B/$file/Significati%20di%20GOVERNANCE.pdf)

Proposte di miglioramento

Il Progetto AOB che si è svolto relativamente al 1° Lotto dal marzo 2012 al giugno 2013, ha attribuito una particolare importanza alla restituzione agli operatori sanitari degli esiti dell'analisi organizzativa per singoli Dipartimenti.

Nel corso della restituzione a tutte le strutture Complesse e Semplici a valenza Dipartimentale dell'ospedale è stato ricordato il significato dell'analisi organizzativa² in funzione del miglioramento.

Nel corso degli incontri di restituzione sono stati illustrati a Direttori e Responsabili i risultati ottenuti con l'Autovalutazione rispetto all'Accreditamento istituzionale, i punti di forza e i punti di debolezza, rappresentati sotto forma di semafori verdi e rossi, emersi dall'Analisi organizzativa di ciascuna struttura dipartimentale e riportati nel TAGO aziendale.

L'analisi dei dati riportati nel TAGO per ciascuna struttura ha consentito ai consulenti, titolari della Linea di attività, di indicare ai Direttori e ai Responsabili le azioni di Miglioramento (AdM) da intraprendere.

L'attuazione del Progetto ha evidenziato alcune criticità ricorrenti nei vari Dipartimenti e che rappresentano anche un fabbisogno formativo collegato a diverse competenze manageriali:

- Tenzialmente emerge dall'interpretazione dei risultati una scarsa attitudine ad attuare strutturate azioni di miglioramento. E' limitato il numero di AdM registrate con la MAO
- Il limitato uso della tabella n. 10 della MAO ha messo in evidenza una certa difficoltà ad individuare indicatori utili a monitorare attività clinico-assistenziali di rilievo o francamente di eccellenza
- L'analisi organizzativa ha consentito di raccogliere alcune procedure sulla sicurezza degli operatori e sulla gestione del rischio clinico. Il limitato numero non consente ancora di parlare di un Sistema aziendale di procedure
- La matrice delle interfacce (n. 11 della MAO) ha evidenziato l'uso di un limitato numero di strumenti di comunicazione organizzativa a sostegno di processi organizzativi e clinico- assistenziali.

Bibliografia:

- Brockhaus W.L., Mickelsen J.F., (1975). *An analysis of prior Delphi applications*, *Technol. Forecast. Soc. Change* 10 (1), 103–110.
- Chatterjee S. (1975). *Reaching a Consensus: Some Limit Theorems*, *Bulletin of the International Statistical Institute (ISI)*, vol. XLVI, Book n. 3, Varsavia, pp.156-160.
- Dalkey N., Helmer O. (1963). *An experimental application of the delphi method to the use of experts*, *Manage. Sci.*, 9, pp. 458-467.
- Dalkey N. (1969): *An experimental study of group opinion, prepared for the USA Air Force Project Rand*, Santa Monica CA
- Di Zio S., Pacinelli A. (2011). *Opinion convergence in location: A Spatial version of the Delphi method*, *Technological Forecasting & Social Change*, 78(9), pp. 1565-1578
- Glenn J. C., (2009). *Participatory methods*, in: J. C. Glenn, T. J. Gordon (Eds.), *Futures Research Methodology Version 3.0, The Millennium Project*, American Council for the United Nations University.

2. In Italia il metodo viene introdotto nel 1984 dalla Società Italiana di VRQ. Le principali fasi operative di un modello di VRQ sono riassumibili nella cosiddetta "spirale della qualità":

- 0 identificazione dei problemi da sottoporre a valutazione,
- 1 selezione delle priorità,
- 2 selezione della metodologia più appropriata per determinare le dimensioni di ogni problema,
- 3 elaborazione di criteri e standard per misurare e comparare aspetti della realtà valutata,
- 4 individuazione delle carenze confrontando la realtà esistente con ogni criterio e standard,
- 5 individuazione delle azioni necessarie per eliminare le carenze,
- 6 rivalutazione delle cure, dopo un adeguato intervallo di tempo per verificare se le carenze sono state effettivamente corrette.

- Gordon, T. J., and Helmer, O. (1964). *Report on a Long-Range Forecasting Study*. P-2982. Santa Monica, Calif.: The Rand Corporation.
- Gordon, T. J., Pease, A. (2006). RT Delphi: An Efficient, "Round-less", Almost Real Time Delphi Method, *Technological Forecasting and Social Change*, 73(4), 321-333.
- Helmer O. (1972). *Cross-Impact Gaming, Futures*, June, pp. 149-167.
- Koch, G.; Prügl R. (2011). *The Parsimonious Delphi: Theory-based Development, Empirical Evaluation, and First Application*, in: *Special Issue on The Delphi technique: Current developments in theory and practice, Technological Forecasting & Social Change*.
- Linstone H. A., Turoff M., *The Delphi Method: Techniques and Applications*, Addison-Wesley Publ. Co., Reading, Massachusetts, 1975.
- Linstone H. A., Turoff M., *The Delphi Method, Techniques and Applications*. Ed. Murray Turoff and Harold A. Linstone, 2002.
- Marbach G. (1980). *Il punto sul metodo Delphi*, in G. Marbach (a cura di) *Previsioni di lungo periodo. Analisi Esplorative*, Franco Angeli, Milano, pp.135-188.
- Osgood C.E. (1952). *The Nature and Measurement of Meaning*, *Psychological Bulletin*, 49, pp. 197-237.
- Pacinelli A. (1995). *Indagine Delphi sugli illeciti connessi all'attività della Regione Abruzzo*, *Quaderno di Statistica* n. 6, Dipartimento di Metodi Quantitativi e Teoria Economica, Università "G. d'Annunzio", Pescara.
- Delbecq, A., Van de Ven, A., Gustafson, D., *Group Techniques for Program Planning: A Guide to Nominal Group and Delphi*. Chicago: Scott Foresman, 1975.
- De Groot M. H. (1974). *Reaching a Consensus*, *Journal of the American Statistical Association*, vol. 69, n. 345, pp.118-121.
- Pacinelli A., *Metodi per la Ricerca Sociale Partecipata*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Rauch, W. (1979), *The decision Delphi*, *Technological Forecasting and Social Change*, Vol. 15 No.3, pp.159-69.
- Adler Michael, Ziglio Erio. *Gazing into the Oracle: The applications Delphi Method and its application to Social Policy and Public Health*, London, Kingsley Publishers, 1996.
- Bertin Giovanni. *Un modello di valutazione basato sul giudizio degli esperti*, Milano, Edizioni Etas libri, 1994.
- Régnier F. (1986). *Un Outil de Décision pour l'Entreprise*, *Cpe Bulletin* n. 27, Mai, pp. 89-100.
- Rowe G., Wright G. & Bolger F. (1991) *Delphi: a re-evaluation of research and theory*. *Technological Forecasting Social Change* 39, 235–251.
- Turoff M. (1970). *The Design of a Policy Delphi*, *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 2, n.2, pp. 149-171.
- Woudenberg, F. (1991): *An Evaluation of Delphi*, *Technological Forecasting and Social Change*, vol. 40, pp. 131 – 150.
- Bolognini Maurizio. *Democrazia elettronica. Metodo Delphi e politiche pubbliche*, Roma, Carocci Editore.

Cap. 10 – *La Clinical governance* di Caterina Amoddeo

Overview

La Clinical Governance è stata introdotta all'interno del Servizio Sanitario Pubblico Inglese (*National Health Service – NHS*) dal governo laburista, alla fine degli anni '90. Nel dicembre 1997, il governo Blair presentò al parlamento inglese il documento *"White Paper"* che sanciva la nuova politica del NHS, ove veniva evidenziata la necessità che tutte le strutture erogatrici di servizi sanitari del NHS sviluppassero la metodologia della *Clinical Governance* per mirare all'eccellenza nella qualità clinica, attraverso: il miglioramento continuo dei processi di cura, l'adozione di elevati standard di assistenza, la pratica dell'audit clinico e della gestione dei rischi, la *"accountability"* della gestione clinica, l'apprendimento continuo delle esperienze e dell'aggiornamento professionale.

Il Governo inglese volle dunque introdurre un moderno NHS che garantisse una accessibilità equa e una elevata qualità delle cure per i pazienti, senza spazio per l'utilizzo di terapie di non provata efficacia o per trattamenti non efficaci e non aggiornati. Ai professionisti fu richiesto di attuare un cambiamento nel loro atteggiamento, volto a stabilire un approccio moderno della clinica, con il paziente al centro del proprio lavoro. Ovvero, lavorare in equipe multidisciplinari dove diventano essenziali la comprensione dei ruoli, la condivisione delle informazioni e delle conoscenze, nonché il reciproco sostegno.

Tale sistema nacque in contrapposizione alla politica del precedente governo Thatcher che aveva avuto come obiettivo la gestione delle risorse economiche, per cui aveva introdotto il sistema del budget e aveva legato la pratica clinica alla gestione finanziaria e alle leggi del libero mercato, nel presupposto che la competizione avrebbe dovuto rendere più efficiente il sistema sanitario. Di fatto, tale politica aveva portato ad alcuni episodi di malasanità e messo in luce l'inadeguatezza dei sistemi di autovalutazione e di autocontrollo della competenza professionale. Si rese così necessario sviluppare nelle Aziende sanitarie un nuovo sistema per migliorare gli standard della pratica clinica, coinvolgendo con precise responsabilità sia gli organi di governo delle Aziende, che i professionisti.

Nel 1998 Scally e Donaldson formalizzarono sulla rivista scientifica *British Medical Journal* una prima definizione del termine:

"La Clinical Governance è un sistema attraverso il quale le Strutture del sistema sanitario nazionale sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui l'eccellenza delle cure cliniche possa prosperare".

Clinical Governance, dunque, come prospettiva centrale del processo di modernizzazione del NHS, non solo per correggere gli effetti disfunzionali di una eccessiva focalizzazione sul contenimento della spesa sanitaria, ma anche per eliminare le condizioni istituzionali e organizzative che avevano permesso ad alcuni reparti, come la cardiocirurgia pediatrica del *"Bristol Royal Infirmary"*, di continuare a operare pur avendo un elevato tasso di mortalità.

Il Governo inglese volle assicurare standard nazionali per i servizi, sostenuti da indirizzi basati sulle prove di efficacia (*evidence-based*), al fine di raggiungere standard di qualità (*National Standard Framework*) secondo le indicazioni di una nuova agenzia nazionale (*National Institute For Clinical Excellence – NICE*), fondata nell'aprile del 1999.

Il *National Institute For Clinical Excellence* (NICE) è una speciale *Health Authority* che elabora e fornisce raccomandazioni per l'impiego delle *best practices* cliniche esistenti, valuta i trattamenti clinici già esistenti e quelli nuovi e formula le relative modalità di implementazione.

L'attuazione delle indicazioni del NICE, realizzata a livello aziendale, è governata da tre strumenti:

1. *Lifelong learning*: dà l'opportunità ai professionisti di aggiornarsi in modo permanente sulle abilità pratiche e sui risultati della ricerca, in modo da offrire ai pazienti le cure più moderne, efficaci e di elevata qualità;
2. *Professional self regulation*: permette ai clinici di lavorare con le agenzie governative per definire e rispettare gli standard di qualità. Il Governo è impegnato nei confronti delle organizzazioni dei medici e degli infermieri ad assicurare che il *self regulation* corrisponda alle aspettative dei cittadini, sia più aperta alle loro esigenze e responsabilizzi maggiormente i professionisti;
3. *Clinical Governance*: rappresenta l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso i quali le istituzioni del NHS assumono una diretta responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e per mantenere elevati livelli di performance dei servizi erogati. Si tratta di una modalità di gestione dei servizi sanitari che attribuisce alla direzione generale anche la qualità clinica dei servizi, nel senso di non interferire con l'autonomia professionale degli operatori sanitari, ma di orientarli e sostenerli affinché operino utilizzando modalità di valutazione e miglioramento della qualità professionale.

Attraverso la *Clinical Governance*, il servizio sanitario inglese si impegnò dunque a garantire la qualità dei servizi erogati, con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari impegnati nella erogazione delle prestazioni, sia dal punto di vista clinico, che organizzativo.

Dopo una dominanza di precetti economicistici e aziendalistici, la *Clinical Governance* giunge per integrare al modello di gestione aziendale – che mantiene la sua validità – le logiche più coerenti alla *mission* delle organizzazioni sanitarie: la tutela della salute.

I medici, gli infermieri e tutti gli altri professionisti della salute, come pure i manager, necessitano di chiari e autorevoli indirizzi al fine di poter agire con appropriatezza, secondo i principi dell'efficacia e dell'efficienza.

La traduzione italiana di *Clinical governance* in *Governo clinico* è da intendersi né come il governo dei clinici, né tantomeno quale governo sui clinici, ma va interpretata nel senso di “*avere il governo*”, ossia gestire e governare le attività sanitarie espletate secondo principi di responsabilità, multidisciplinarietà, etica e trasparenza. Con il coinvolgimento di tutto l'ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza nell'assistenza sanitaria (Vettori, 2005; Fontana, 2005).

La *Clinical Governance* è un processo partecipativo che coinvolge professionisti, manager e operatori sanitari per l'ottenimento di obiettivi di salute, connesso con i meccanismi di empowerment, vale a dire rendere il paziente consapevole delle finalità che si vogliono o si debbono raggiungere, e responsabilizzarlo nelle proprie scelte, attraverso processi di comunicazione e di informazione diffusa.

Nella pratica quotidiana, a fronte della crescente domanda dei cittadini per prestazioni tempestive di elevata qualità, il governo clinico si traduce nella necessità di garantire servizi efficaci e appropriati, aderenti alle evidenze scientifiche disponibili, in condizioni di massima sicurezza per i pazienti, attraverso un'efficiente allocazione delle risorse.

Da ciò deriva la definizione delle caratteristiche di un sistema sanitario ideale a cui tendere le cui “*key word*” sono: sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività, efficienza, equità.

Il miglioramento della qualità, quindi, non può essere raggiunto concentrando gli sforzi in un'unica direzione o focalizzandosi su un unico aspetto: la qualità richiede un approccio di sistema in un modello di sviluppo complessivo che comprenda i pazienti, i professionisti e l'organizzazione.

L'efficacia della Clinical Governance è favorita dallo sviluppo e dall'utilizzo da parte degli operatori sanitari di una strumentazione avanzata che comprende:

- *Evidence Best Practice (EBP)*
la medicina basata sull'evidenza (EBM evidence- based medicine) e l'Evidence Best Practice, per assicurare appropriatezza clinica e assistenziale ai servizi erogati;
- *Indicatori, Standard e Sistemi Informativi*
per garantire la misurabilità e il monitoraggio di ciò che facciamo;
- *Linee Guida e Percorsi (PCA o PDTA)*
linee guida cliniche (clinical guidelines) contestualizzate alle realtà locali attraverso percorsi clinico assistenziali (PCA) o PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), rappresentano strumenti fondamentali per superare variabilità e frammentazioni professionali, organizzative, strategico-decisionali;
- *HTA*
l'HTA (Health Technology Assessment) focalizza l'attenzione sull'uso appropriato di una tecnologia sanitaria nella sua accezione più ampia, comprendente: le attrezzature sanitarie, i dispositivi medici, i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i sistemi informativi e organizzativi. La valutazione delle tecnologie sanitarie è necessaria per stabilirne affidabilità, sicurezza, rapporti costo efficacia e costo utilità;
- *Risk Management*
strumenti di sicura efficacia nella prevenzione del rischio clinico sono procedure e protocolli, in grado di stabilire sequenze di azioni tecnico-operative attraverso cui il professionista eroga gli interventi assistenziali. Numerosi studi hanno evidenziato che la maggioranza degli errori accade per un fallimento del sistema, piuttosto che della singola persona. Per tale motivo, occorre un solido ed efficace sistema (*clinical risk management*) che permetta di migliorare la sicurezza delle prestazioni. *Risk management*, dunque, quale processo sistematico che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni in grado di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- *Clinical Audit*
il Clinical Audit è un metodo sistematico per la misurazione della qualità delle cure e dell'assistenza fornita al paziente. Solo attraverso l'audit clinico è possibile avere la costante misurazione della qualità delle cure e dell'assistenza fornita ai pazienti/clienti.
L'audit clinico va distinto dall'audit occasionale, ossia dalla discussione dei singoli casi clinici e delle procedure adottate.
Considerata l'importanza dell'argomento ai fini del monitoraggio dei percorsi clinico assistenziali, dell'audit clinico parleremo ancora più avanti;
- *Formazione*
lo sviluppo del sapere e delle tecnologie comporta la necessità di un aggiornamento permanente di tutti gli operatori sanitari, pena la perdita della loro capacità di assistenza appropriata, efficace ed efficiente. La *formazione continua* risulta essere fondamentale per il mantenimento delle competenze e l'aggiornamento delle conoscenze, ma anche per superare la carenza culturale all'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, sempre più necessaria per la molteplicità dei problemi assistenziali di pazienti sempre più complessi. La formazione professionale è lo strumento più idoneo a indirizzare e guidare i processi del cambiamento, attraverso un percorso continuo e pianificato di modifiche di conoscenze (sapere), abilità (saper fare), atteggiamenti (saper essere). In merito alla formazione, vedi il capitolo 5;
- *Partecipazione degli utenti*
portatori di specifiche esigenze psicologiche, biologiche e sociali, da educare e informare adeguatamente quali soggetti attivi del contesto sanitario. Occorre tenere in adeguata considerazione le opinioni, le preferenze e le segnalazioni dei cittadini e imparare da queste per il miglioramento della pratica clinica.

Prima di entrare nel merito dei Percorsi Clinico Assistenziali (PCA) o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), che rappresentano uno dei suddetti strumenti di *Clinical Governance*, non si può tralasciare di fare qualche riferimento al sistema sanitario nel quale i percorsi vengono costruiti e applicati.

Sistema sanitario che, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS Report 2000), deve tendere a massimizzare lo stato di salute della popolazione, e quindi essere un sistema *efficace*, che assicura pari opportunità secondo principi di *equità*, nella fruizione dei servizi che debbono essere *accessibili* e *accettabili* per rispondere alle aspettative dei cittadini. Sistema che deve offrire servizi rilevanti, rispondenti ai bisogni percepiti come importanti (*rilevanza*). Il tutto in un'ottica di *efficienza* per rispondere a criteri di uso razionale delle risorse disponibili.

A distanza di molti anni, i suddetti principi sono più che mai attuali e rappresentano i fondamenti per poter garantire quel benessere fisico, psichico e sociale cui dobbiamo tendere.

Dal 1992 il Sistema Sanitario Nazionale italiano (SSN) è articolato in aziende sanitarie territoriali e ospedaliere. L'aziendalizzazione è nata con le finalità di dare maggiore flessibilità e autonomia al sistema, per meglio rispondere a specifiche esigenze locali, ma anche per ottenere una maggiore separazione dei poteri gestionali da quelli di indirizzo, politici.

Con l'aziendalizzazione si è anche voluto introdurre il concetto di produttività, intesa come rapporto tra costi e ricavi, e il suo riconoscimento attraverso i DRG (*Diagnosis Related Group*).

Con il processo di aziendalizzazione, che nel tempo non ha raggiunto gli obiettivi sperati, non si è tenuto in debita considerazione che le Aziende sanitarie hanno delle peculiarità che le distinguono dalle altre aziende o imprese. Inserirle in un mercato atipico, in cui il cliente non rappresenta il soggetto pagante, i professionisti sono numerosi, di alta specializzazione ed elevata competenza e ambiscono a comprensibili livelli di autonomia e di riconoscimento. Le aree di intervento e le tipologie di prestazione sono molteplici, con un grado di interdipendenza e di sovrapposizione enorme. In estrema sintesi, le aziende sanitarie sono caratterizzate da elevatissima variabilità e complessità della pratica clinica.

In merito alla variabilità, occorre considerare almeno tre tipologie di fattori determinanti: *quelli legati al paziente, quelli riguardanti il professionista e i fattori collegati all'organizzazione*.

Gravità delle condizioni cliniche, famiglia e società di appartenenza, influenza del medico curante e delle persone vicine, (s)fiducia nei servizi sanitari, *sono i principali elementi collegati al paziente*.

Tra i fattori riguardanti il professionista hanno un peso fondamentale l'adesione alle linee guida, alle evidenze scientifiche, l'acquisizione e il mantenimento delle competenze, la casistica trattata. Diversi studi documentano che gli esiti di salute sono migliori nelle strutture che trattano maggiori volumi: finalmente anche in Italia si è cominciato a prendere in considerazione il volume dei casi trattati da ciascuna struttura e, a volte, dal singolo professionista, determinandone le soglie minime.

Fattori collegati all'organizzazione del sistema: disponibilità di servizi nella zona di residenza del paziente, tempi d'attesa, distanza tra casa e ospedale/ambulatorio, organizzazione dei servizi (non sempre l'organizzazione è improntata alle esigenze dei pazienti!).

Dalla combinazione delle variabili incardinate in ciascuna tipologia, si possono creare un numero infinito di situazioni che caratterizzano la variabilità del sistema sanitario.

E' facilmente deducibile che un sistema sanitario caratterizzato da frammentazione ed elevata variabilità, gravato da iniqua accessibilità, ampiamente carente nella presa in carico del paziente e culturalmente impreparato a logiche di pianificazione, programmazione e *accountability*, non può che produrre inappropriatezza e conseguenti sprechi.

I risultati oggetto di misurazione, qualora afferiscano alla sola produttività, non possono valutare se, anche a fronte di una elevata produttività, corrisponde un miglioramento di salute della popolazione.

La costante evoluzione dei bisogni sanitari e della conseguente domanda, le positive e continue innovazioni nelle tecnologie a disposizione, la minore standardizzabilità dei processi sanitari, rendono il sistema sanitario poco governabile mediante i soli strumenti contabili.

La dimensione del controllo contabile, per quanto importante, è insufficiente. La stima dei costi sostenuti e dei ricavi ottenuti (come fatturato, reale o teorico, delle prestazioni prodotte) ignora l'essenziale problema della appropriatezza e della efficacia delle prestazioni.

Ma la sola dimensione professionale non può bastare se sottovaluta gli aspetti di efficienza, i vincoli finanziari e l'esigenza di razionalità economica delle scelte.

Per conciliare l'esigenza di una forte azione di indirizzo e di verifica con quella della autonomia dei professionisti, è indispensabile lavorare secondo i principi della *Clinical Governance*, strategia che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini.

La *Clinical Governance*, inoltre, valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari nella gestione e nell'assunzione di una responsabilità organizzativa, oltre che professionale.

Tuttavia, lavorare seguendo tali principi non è ancora sufficiente.

I risultati delle attività espletate applicando gli strumenti del governo clinico vanno misurati attraverso la definizione di criteri e indicatori costantemente monitorati.

Indicatori che vanno incardinati nei sistemi operativi dell'azienda, in primis nelle schede di budget, allo scopo di poter misurare la reale responsabilizzazione dei professionisti nella gestione dei processi.

Scopo di tale metodologia è poter garantire quei requisiti di efficacia, equità, sicurezza, efficienza, indispensabili per sviluppare e mantenere livelli qualitativi elevati e sostenibili.

In Italia, ancora oggi in molte realtà, la *Clinical Governance* appare essere a un livello embrionale: siamo lontani dalla cultura dei cambiamenti organizzativi radicali, ci avviciniamo con fatica all'integrazione multi professionale e multidisciplinare, opponiamo naturale resistenza ai cambiamenti negli strumenti utilizzati e nelle prassi operative.

Molto spesso c'è frammentazione decisionale ai vari livelli gestionali e organizzativi, non c'è un allineamento dei processi verso obiettivi comuni, con conseguente spreco di risorse, e non viene minimamente preso in considerazione il divario, all'interno del sistema, tra competenze e bisogni.

Ma Clinical Governance è anche superamento della frammentazione e della "*libertà individuale*" ancora molto presente in vaste aree del sistema: attraverso la chiarezza della condivisione nella formulazione di obiettivi e più attenzione alla misurazione dei risultati, si ottiene l'effetto di conciliare l'esigenza di una forte azione di indirizzo e di verifica con quella della autonomia dei professionisti.

Obiettivi della *Clinical Governance*

Applicare nelle nostre strutture i principi e la metodologia del governo clinico vuol dire promuovere e diffondere la cultura del cambiamento e del miglioramento continuo dei servizi al cittadino. Vuol dire sviluppare un sistema di gestione per la qualità che abbia come riferimento i vari schemi normalmente usati per la certificazione e l'accreditamento.

Lavorare secondo i principi del governo clinico comporta che ogni paziente riceva la prestazione che produce il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, con il minor consumo di risorse, il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e la sua massima soddisfazione.

Obiettivo è governare la estrema complessità delle organizzazioni sanitarie, integrando la qualità dei servizi e delle prestazioni all'efficienza, fare convergere la percezione della qualità dei professionisti, caratterizzata da libertà professionale, ampia discrezionalità nelle decisioni cliniche e quindi anche nell'uso delle risorse, a quella dei manager cui spetta la responsabilità della conduzione delle organizzazioni sanitarie, chiamati al pareggio del bilancio aziendale.

Governo Clinico vuol dire essere in grado di monitorare, attraverso un sistema di indicatori, le dimensioni della qualità assistenziale e la performance dell'organizzazione sanitaria, in termini di appropriatezza, sicurezza, efficacia, equità, partecipazione degli utenti, efficienza, integrando strumenti e metodi in tutti i processi di governo aziendale (strutturali - organizzativi, professionali, finanziari).

Purtroppo, la maggior parte dei processi produttivi sono tuttora improntati a una organizzazione *"di fatto"*, che si dimostra spesso inefficace e inefficiente. Mancano procedure chiare e condivise supportate da appropriatezza clinica e organizzativa, ispirate a principi di ottimizzazione della performance dei processi stessi. I metodi di verifica finora adottati sono stati prevalentemente caratterizzati da un controllo diretto contro gli sprechi, senza entrare nel merito delle scelte tecniche.

E' invece necessario potenziare le *"strategie del coinvolgimento"* con cui si cerca di valorizzare la professionalità attraverso una revisione del modo tradizionale di esercitare la professione, si cercano metodologie per ridurre il rischio clinico, si mettono in atto percorsi clinici secondo le evidenze dell'EBM, si integrano al meglio le attività mediche con quelle infermieristiche e delle altre professioni sanitarie.

Grazie anche all'evoluzione del *knowledge management*, occorre passare dagli esperti, consulenti esterni (modello *top-down*) agli operatori aziendali, realizzando in modo sempre più diffuso un tipico approccio *bottom up*, nel quale agli operatori viene chiesto di scegliere e decidere, in base alle proprie esperienze e alle conoscenze disponibili, come svolgere determinati processi, individuando fasi, requisiti, risorse, sistema di controllo e modalità ottimali al raggiungimento dell'obiettivo prestabilito.

La costruzione o revisione del processo va attuata partendo dall'analisi delle attività e delle pratiche in essere: *"as is"*, per giungere a delineare il processo come si desidera: *"to be"*, ed è basata sulla scomposizione dell'attività per fasi, applicando il Ciclo di Deming (PDCA: *Plan, Do, Check, Act*).

Dimensioni della qualità assistenziale e performance dell'organizzazione sanitaria

1. Appropriatezza

I primi riferimenti normativi relativi alla qualità delle cure e alla loro appropriatezza organizzativa li ritroviamo nei Decreti Legislativi 502/92 e 517/93, successivamente reiterati nel D. Lgs. 229/99. Attraverso tali norme, l'appropriatezza diventa un obbligo per tutti, per coloro che erogano le prestazioni, per le aziende e le Regioni, con diversi livelli di controllo, attraverso un sistema di monitoraggio basato su una serie di indicatori fondamentali per misurare il cambiamento.

L'appropriatezza è una componente della qualità che fa riferimento alla validità tecnico - scientifica, all'accettabilità e alla pertinenza delle prestazioni sanitarie, rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze.

Una cura può considerarsi appropriata quando sia associata a un beneficio netto o, più precisamente, quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi. Nella storia naturale di qualunque condizione o trattamento, è possibile fissare un punto prima del quale è inappropriato intervenire o fornire un servizio e, analogamente, è possibile fissare un punto oltre il quale un servizio diventa inappropriato, in gran parte a causa della perdita di benefici in quella determinata fase di malattia o di bisogno di assistenza.

Il buon funzionamento dei sistemi sanitari, tradotto in termini di efficacia, efficienza ed equità, si rapporta, sempre più spesso, alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie, minimizzando fenomeni di inappropriatezza: viene considerata inappropriata una procedura il cui rischio è superiore ai benefici attesi.

Una chiara definizione di appropriatezza delle cure è recuperabile dal Glossario a cura del Ministero della Salute: *"L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi."*

E quindi, per soddisfare il principio di appropriatezza, deve essere erogata la procedura corretta al paziente che ne trae beneficio, al momento opportuno, nel posto più idoneo, dal professionista più competente.

Alla fine degli anni '90 è stato introdotto il duplice concetto di "*appropriateness of a service*", o appropriatezza clinica, e di "*appropriateness of setting*", solitamente intesa come appropriatezza organizzativa.

In Italia, l'appropriatezza clinica è oggetto di una specifica attività da parte del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) già Programma nazionale linee guida (PNLG), previsto dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Di fatto, con il suddetto PSN è stata focalizzata l'attenzione sull'appropriatezza organizzativa, ossia si è posto l'interesse sulle modalità organizzative dell'assistenza per soddisfare il principio di efficienza nell'impiego delle risorse, con conseguenti revisioni nell'utilizzo dei *setting* assistenziali e dei relativi tempi. Per quanto attiene specificamente i ricoveri ospedalieri, possono essere definiti appropriati quelli effettuati per problemi clinici che non potrebbero essere affrontati, con pari efficacia, sicurezza del paziente ed economicità nell'impiego delle risorse, a un livello di assistenza meno intensivo.

Successivamente, con il DPCM 29/11/2001 sono stati definiti i *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) e riportata in allegato una lista di 43 DRG a elevato rischio di inappropriately, ossia sono state individuate condizioni assistenziali erogate in regime di ricovero ordinario potenzialmente erogabili in ricovero diurno (DH) o, addirittura, a livello ambulatoriale. Tale elenco si è incrementato negli anni fino ad arrivare a 108 DRG con il DPCM del 12/01/2017.

Ancora oggi, tra le tipologie più frequenti di inappropriately, troviamo il regime e i tempi di erogazione delle prestazioni, ma anche inappropriately di luogo, come per esempio un ricovero in un "*letto aggiunto*" o in un reparto "*di appoggio*".

Un importante fenomeno di inappropriately clinica è rappresentato dal sovrautilizzo (*overuse*) di trattamenti, sia diagnostici che terapeutici, che non trovano fondamento nelle evidenze scientifiche, con conseguente uso di risorse che non portano beneficio né utilità all'iter diagnostico o al trattamento del paziente.

Anche il sottoutilizzo (*underuse*) dei trattamenti, che si ha quando non vengono garantite le cure necessarie e/o di provata efficacia, rappresenta un fenomeno di inappropriately.

2. Sicurezza dell'assistenza

Nel processo di erogazione dell'assistenza sanitaria, la sicurezza è direttamente proporzionale ai potenziali rischi evitati e agli eventuali danni minimizzati. Per migliorare il livello di sicurezza dei pazienti assistiti, è indispensabile intervenire con sistemi di rilevazione e strategie di prevenzione, ossia mettere a punto un sistema di gestione del rischio che, partendo dall'analisi ed epidemiologia degli eventi avversi, porti alla pianificazione di adeguate strategie preventive.

I dati della letteratura scientifica internazionale evidenziano che il problema degli errori e degli eventi avversi in sanità rappresenta una reale emergenza che comporta elevati costi sia in termini di vite umane che economici.

Gli eventi avversi, come da definizione del Ministero della Salute, sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Innumerevoli sono le iniziative messe in campo negli anni finalizzate alla gestione del rischio clinico e alla sicurezza dei pazienti e delle cure, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi sentinella e l'implementazione di buone pratiche per la sicurezza. I sistemi di reporting di tali eventi rappresentano uno strumento indispensabile per aumentare la conoscenza delle cause e dei fattori contribuenti in base al "*principio dell'imparare dall'errore*" (Reale, 2007). La scelta di raccogliere e analizzare gli eventi avversi di particolare gravità gioca un ruolo determinante per il sistema di governo della qualità e della sicurezza delle cure.

Definire una procedura ad hoc, sensibilizzare e rendere partecipi gli operatori attraverso una formazione adeguata volta a promuovere la cultura della segnalazione, rende questa attività centrale nel governo delle strutture sanitarie.

3. Efficacia

L'efficacia che dobbiamo ottenere nella pratica clinica è quella definita *effectiveness*: i miglioramenti di salute effettivamente raggiunti in un contesto caratterizzato da una popolazione sempre più anziana e più complessa, sempre più interessata da patologie cronico degenerative.

E' dunque evidente che conseguire l'efficacia clinica è sempre più difficile, con conseguente ampliamento del divario tra efficacia clinica ed efficacia teorica (*efficacy*), se l'attività assistenziale non trova le sue fondamenta su robuste evidenze scientifiche, possibilmente frutto di revisioni sistematiche, fonte di raccomandazioni *evidence-based*.

4. Equità d'accesso

È la capacità del sistema di rispondere ai bisogni assistenziali, sulla base dei possibili benefici, indipendentemente da fattori quali l'età, il sesso, l'etnia, il livello socioeconomico, la scolarità, la disabilità.

Ma equità di accesso dovrebbe essere anche la possibilità, per ciascun cittadino, di accedere a servizi sanitari necessari di pari livello qualitativo per quanto attiene l'appropriatezza dell'assistenza erogata e gli esiti conseguiti.

5. Partecipazione degli utenti

I pazienti, con i loro familiari e i *caregiver*, ma soprattutto attraverso i rappresentanti delle loro associazioni, sono un elemento fondamentale di crescita e di miglioramento della qualità assistenziale erogata.

I cittadini possono contribuire a migliorare la chiarezza della documentazione prodotta su specifiche condizioni patologiche, possono aiutare a identificare bisogni e priorità, e di conseguenza, partecipare allo sviluppo dei relativi servizi. Ma soprattutto, dedicando loro il giusto tempo e ascolto, possono contribuire alla gestione dei problemi di salute, migliorando gli esiti e riducendo i rischi.

6. Efficienza

Gestire secondo le logiche del governo clinico vuol dire superare il vecchio sistema, contraddistinto da risorse pressoché illimitate messe a disposizione dei clinici per l'erogazione di prestazioni e servizi caratterizzati da estrema variabilità, in funzione di attività rispondenti a criteri di sostenibilità e razionalizzazione delle risorse. Efficienza vuol dire essere in grado di erogare il massimo grado di qualità assistenziale con il minor costo possibile, ma perché ciò sia avverabile è necessario che il sistema sanitario sia oggetto di grandi e consistenti riorganizzazioni, tenendo in debita considerazione: le effettive esigenze della popolazione, le notevoli potenzialità della tecnologia, la possibilità di "portare a casa" del cittadino innumerevoli attività assistenziali ancora erogate in regime di ricovero ospedaliero, coordinare e integrare professionisti e discipline.

Efficienza vuol dire anche avere il coraggio di effettuare delle scelte, agire per priorità in un contesto caratterizzato da una domanda di servizi e prestazioni sanitarie sempre più consistente, a fronte di risorse non sufficienti per poter dare risposta alle varie esigenze e richieste.

In conclusione, la politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema e l'integrazione di diversi fattori interconnessi tra loro e complementari.

Bibliografia

- Fontana, F. (2005). *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*, Milano, Franco Angeli.
- Reale, L. (2007). *Management della Sanità*, marzo 2007, Andrea Vettori ed al., *Collana Clinical Governance*, Milano –Firenze-Napoli, Mediserve, 2008-2009-2010.
- Scally, G. Donaldson, L. (1998). *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*. *BMJ*317:61
- Vettori A. ed al. (2005). *Clinical governance: verso l'eccellenza dell'assistenza sanitaria*, Milano –Firenze-Napoli, Mediserve

Cap. 11 – Costruire i Percorsi Clinico Assistenziali o Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PCA o PDTA)

di Caterina Amoddeo

Premessa

La *National Pathway Association*, 1999, definisce i PCA come *“pratica multidisciplinare, localmente concordata, basata su linee guida e su evidenze cliniche, da utilizzare per un gruppo specifico di pazienti/utenti. Comprende tutti o la maggior parte dei report clinici e dei documenti forniti su determinate cure, permettendo la valutazione dei probabili risultati con un miglioramento continuo della qualità”*.

I percorsi assistenziali (in inglese per lo più clinical o critical pathways) possono essere definiti anche come piani multidisciplinari e interprofessionali relativi a una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale, la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

Casati e Vichi (2002) forniscono la seguente definizione di PCA: *“strumento di management sanitario che contiene la sequenza spaziale e temporale delle attività da svolgere, sulla base delle conoscenze tecnico scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione”*.

I percorsi clinico assistenziali sono, di fatto, uno strumento essenziale per poter erogare prestazioni sanitarie secondo i principi del governo clinico; rappresentano una standardizzazione della pratica clinica, centrata sul paziente, calata in uno specifico contesto, al fine di minimizzare l'incertezza dei professionisti nel trattamento di una determinata condizione.

Per non incorrere nella probabilità di costruire percorsi autoreferenziali, condizione necessaria è la presenza di Linee guida valide relative al problema di salute prescelto, possibilmente elaborate da società scientifiche riconosciute a livello internazionale.

Prima di affrontare l'argomento percorsi, è utile un approfondimento sulle Linee guida e, di seguito, un confronto tra linee guida e percorsi.

Secondo la definizione dell'*Institute of Medicine (UK)*, le Linee Guida (LG) sono indicazioni, raccomandazioni che guidano i professionisti sul comportamento clinico da seguire. Le LG sono prodotte attraverso un processo di revisione sistematica della letteratura scientifica e delle opinioni di esperti; servono ad aiutare medici e pazienti nella scelta delle modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche, in coerenza con le conoscenze sul rapporto costi/benefici.

Obiettivo delle Linee guida è assicurare il massimo livello di appropriatezza degli interventi, riducendo al minimo la variabilità nelle decisioni cliniche, variabilità che può essere determinata da carenza di conoscenze e/o legata a elementi di soggettività nella definizione delle strategie assistenziali.

La produzione di Linee guida è copiosa, ma non tutte presentano le caratteristiche minime di qualità. Pertanto, occorre innanzitutto conoscere quali sono i requisiti essenziali di una LG affidabile di elevata qualità, ossia valutare se la Linea guida che si vuole applicare è contraddistinta almeno da: chiarezza espositiva, rigore metodologico, indipendenza editoriale, multidisciplinarietà. Occorre anche stabilire se vi sono conflitti di interesse, valutare la sua applicabilità, se sono chiari i relativi ambiti e obiettivi.

Di norma, i clinici conoscono bene quali sono le migliori LG di loro pertinenza. Tuttavia, nei casi ove ci sia diffomità di conoscenze e di applicazioni delle evidenze scientifiche, è possibile procedere a una valutazione critica delle Linee guida reperibili attraverso lo strumento AGREE (*Appraisal of Guidelines of REsearch e*

Evaluation), *check list* per valutare la qualità delle Linee guida, la cui versione italiana è messa a disposizione dalla Fondazione GIMBE (*Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza*).

Per una esaustiva valutazione delle Linee guida, attraverso lo strumento AGREE, occorre costituire un *Gruppo di Lavoro Aziendale Multidisciplinare* (GLAM), composto di norma da un numero dispari di partecipanti, che va da un minimo di 9 a un massimo di 15, rappresentanti le varie specialità e professionalità coinvolte, e con la partecipazione dei servizi di diagnostica, farmacia, direzione sanitaria.

I componenti del GLAM valutano, individualmente, attraverso l'AGREE, la qualità metodologica delle linee guida reperite e, dopo valutazione consensuale, scelgono quella di riferimento.

Qualora il GLAM ritenga alcuni aspetti non sufficientemente approfonditi, o che la Linea guida prescelta non sia esaustiva nei confronti delle varie fasi del processo, può decidere di integrare la stessa con altre Linee guida.

Il grado di validità delle informazioni scientifiche poste alla base di una serie di raccomandazioni, viene espresso attraverso la qualità delle prove (livello di prova) e la forza delle raccomandazioni, ossia il grado di convinzione che l'applicazione della raccomandazione migliori lo stato di salute.

Le raccomandazioni vengono qualificate con un certo grado di Livello di prova (LDP) e di Forza della raccomandazione (FDR), in genere espressi rispettivamente in numeri romani (da I a VI) e in lettere (da A a E), anche se esistono altri sistemi di raccomandazioni riportati in letteratura.

Il livello di prova si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici: si va dal livello di prova I, dove le prove sono ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati, al livello V dove le prove sono ottenute da studi di casistica senza gruppo di controllo. Nel livello di prova VI le prove sono basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti, o *consensus conference*, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabili di quella linee guida.

La FDR si riferisce alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

Si parla di forza A quando l'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata in quanto sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di livello I o II.

Quando la forza della raccomandazione è di grado B, vuol dire che si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura/intervento debba sempre essere raccomandata/o, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.

Con la lettera C si esprime l'incertezza a favore o contro una determinata raccomandazione, mentre con le lettere D ed E si indicano rispettivamente una procedura non raccomandata e, addirittura, sconsigliata.

La conoscenza del livello di prove e della forza delle raccomandazioni è fondamentale nella costruzione dei percorsi, al fine di garantire l'appropriatezza dell'attività clinica.

Linee guida vs Percorsi clinico assistenziali. La gestione per processi

Le Linee guida, per poter essere effettivamente applicate, necessitano di una contestualizzazione, dell'adattamento locale in funzione di variabili che possono essere di tipo strutturale, tecnologico, organizzativo e professionale. Variabili in grado di condizionare l'applicazione stessa delle linee guida.

Mettendo a confronto le Linee guida con i PDTA/PCA è evidente che le prime rappresentano una guida per orientare i professionisti verso la scelta di interventi efficaci, sono sviluppate da gruppi di esperti multidisciplinari, agiscono mediante raccomandazioni slegate da qualunque contesto.

I percorsi, invece, rappresentano uno strumento di gestione dei pazienti, stabiliscono la sequenza, il *setting* e la tempistica dei processi, sono prodotti da gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali locali.

In sintesi, le Linee guida definiscono cosa fare (o non fare), stabilendone alcune volte i tempi; i PDTA/PCA stabiliscono anche chi fa cosa, dove, come, quando.

I percorsi, dunque, sono i risultati degli adattamenti delle Linee Guida alle situazioni locali, con le loro caratteristiche organizzative e gestionali, che consentono il passaggio dalla gestione per specialità alla gestione per processi. Quest'ultima rappresenta una fondamentale metodologia di integrazione e di coordinamento che consente di ottenere maggiore coerenza tra attività svolte e principi dell'attività clinico assistenziale.

Raramente, in una organizzazione sanitaria, il processo relativo alla diagnosi e al trattamento di un problema di salute è trattato da un solo professionista o da professionisti di una sola disciplina. Per lo più vi contribuiscono più professionisti della stessa disciplina, più discipline, più categorie professionali, più unità organizzative e talvolta anche più organizzazioni.

Quanto più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le *"interfacce"* tra le organizzazioni, tanto maggiore è il rischio di difetti di continuità e di integrazione, per cui diventa indispensabile avvalersi dell'approccio per processi.

La gestione per processi comporta che l'analisi, la valutazione e la programmazione dell'organizzazione aziendale siano incentrate su insiemi di attività collegate che danno luogo a determinati risultati: ogni attività genera un *output* di prodotti e di informazioni che rappresentano l'*input* dell'attività successiva.

La trasversalità dell'agire per processi e l'utilizzo di gruppi di lavoro interfunzionali favoriscono il raggiungimento della configurazione *"snella"* (*lean organization*) e vantaggi quali:

- La possibilità di misurare i risultati non monetari dell'organizzazione;
- Diffondere il cambiamento nella struttura organizzativa e nel sistema delle responsabilità (dalla classica responsabilità di struttura, alla responsabilità di risultato, per processo o di segmento dello stesso);
- Aumentare l'integrazione intra e interaziendale;
- Facilitare la diffusione delle conoscenze maturate dall'organizzazione;
- Avviare il ciclo di miglioramento continuo della qualità;
- Ottenere maggiore coerenza tra attività svolte e finalità dell'azienda;
- Conseguire i migliori esiti di salute possibili in relazione a conoscenze e risorse disponibili.

A tali benefici si contrappongono:

- L'impegno costante richiesto a tutta la Struttura;
- La necessità di monitoraggio e, pertanto, di Sistemi Informativi adeguati;
- La carenza di metodo di Analisi delle esperienze del Territorio e di Territorio-Ospedale.

Percorsi clinico assistenziali

Definiti anche Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), i percorsi sono piani interprofessionali e multidisciplinari per rispondere a specifici problemi clinici.

Il percorso del paziente si pone quale strumento per l'analisi e il monitoraggio delle azioni intraprese per il processo di diagnosi, cura e assistenza, ma rappresenta anche un'importante fonte informativa per la riprogettazione dei processi. Dovrebbe riguardare sia la componente territoriale che quella ospedaliera, travalicando le tradizionali organizzazioni.

Lo scopo di elaborare i percorsi è quello di contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, traendone un miglioramento sia in termini di efficacia che di efficienza. Altri scopi sono: assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, razionalizzando l'utilizzo delle risorse ed eliminando il più possibile ritardi e sprechi; ridurre al minimo i rischi per i pazienti; migliorare gli esiti, ossia incrementare la sicurezza e la qualità assistenziale. La loro attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

L'attuale organizzazione del sistema sanitario italiano, caratterizzata da elevata frammentazione, richiederebbe la elaborazione di numerosissimi percorsi. Tuttavia, prima di avventurarsi nella loro costruzione, occorre tenere in debita considerazione parametri e fattori determinanti per l'identificazione e la selezione dei problemi clinici da affrontare attraverso la costruzione di percorsi.

Diagnosi e procedure a elevata frequenza rappresentano sicuramente un parametro dirimente, così come la disponibilità di evidenze scientifiche. Anche la rilevante variabilità nella pratica clinica, o procedure il cui uso è controverso, così come il rischio elevato di complicanze rappresentano fattori determinanti per la costruzione di percorsi clinici. Occorre anche valutare l'importanza che l'azienda ha nel contesto territoriale in merito al livello di trattamento di una determinata patologia: essere *Hub* o centro di secondo o terzo livello, rappresenta un elemento di scelta altrettanto importante.

Nel caso dell'Ospedale "G. Brotzu", avendo avviato il progetto nel 2012, è stata analizzata la casistica dei ricoveri ordinari del 2011: i DRG più numerosi sono risultati quelli relativi ai parti, vaginali e cesarei, seguiti dai ricoveri per insufficienza renale.

E' stato esaminato anche l'Atto aziendale dove, in applicazione di quanto previsto dalla Legge Regionale 28 luglio 2006 n° 10 "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna", è previsto di: "accrescere la posizione di eccellenza per il trattamento delle patologie relative all'alta specialità, con riferimento alle aree delle emergenze cliniche complesse riferibili ad insufficienza acuta e cronica di uno o più organi e dei percorsi di emergenza con particolare attenzione alle patologie traumatiche complesse, cardiovascolari, neurovascolari, nefro-urologiche, e dei trapianti d'organo".

Alla luce di quanto sopra, alla Direzione strategica proponemmo il seguente elenco di possibili percorsi:

- *Percorso nascita* (DRG più frequente);
- *Ictus ischemico* (Mission aziendale e impatto sull'esito clinico);
- *Trapianto rene* (Centro riferimento regionale; insufficienza renale: 2° DRG per numerosità di ricoveri);
- *Dolore toracico/infarto miocardio* (Mission aziendale e impatto sull'esito clinico).

La decisione della Direzione strategica si orientò sull'*Ictus ischemico* e sul *Trapianto di rene* che rappresentano, quindi, i primi due percorsi realizzati.

Completati gli stessi, considerato il buon successo e le positive ricadute che i percorsi avevano prodotto all'interno delle strutture coinvolte, la Direzione strategica decise di proseguire il progetto avviato con la realizzazione di altri 3 PCA. Questa volta la scelta ha portato all'avvio degli altri due percorsi originariamente proposti, ossia al *Percorso nascita* e al *Dolore toracico/IMA*, cui si è aggiunta la richiesta di sviluppare il percorso del paziente politraumatizzato, successivamente orientato al paziente con *Trauma maggiore*.

La determinazione di avviare la costruzione di percorsi clinico assistenziali all'interno della propria azienda dovrebbe nascere sempre dalla Direzione Strategica Aziendale: un mandato forte è sicuramente indispensabile per favorirne lo sviluppo prima, e l'applicazione dopo. In assenza di tale cultura e/o volontà da parte della Direzione Strategica, spetta al Responsabile della qualità aziendale promuovere tali iniziative, coinvolgendo comunque sempre la Direzione Strategica che deve fare propri obiettivi e risultati.

Nell'esperienza dell'Ospedale Brotzu, come già detto in precedenza, la decisione di realizzare percorsi clinico assistenziali è scaturita dall'allora Direttore Generale ed è stata confermata ed estesa dalla successiva Direzione Strategica: tale volontà ha sicuramente rappresentato una forza propulsiva per l'avvio e il completamento dei percorsi stessi.

Elaborazione Percorsi

Prima di scendere nello specifico della stesura, per una visione d'insieme dei capitoli che costituiscono un Percorso Clinico Assistenziale (PCA) o Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) si descrive il

Sommario

Scopo	pag.
Inquadramento patologia	pag.
Definizioni e terminologia	pag.
Acronimi	pag.

Dati epidemiologici e di attività	pag.
ICD 9 CM Diagnosi	pag.
ICD 9 CM Procedure	pag.
Linee Guida di riferimento	pag.
<i>Ragionamento clinico</i>	
Flow chart ragionamento clinico	pag.
Legenda note Flow chart ragionamento clinico	pag.
<i>Percorso organizzativo</i>	
Flow chart e matrice percorso organizzativo	pag.
Legenda note Flow chart e Matrice responsabilità	pag.
<i>Monitoraggio, verifica e attuazione percorso clinico</i>	
Indicatori di volume, processo, esito	pag.

Di seguito, andiamo a sintetizzare le tappe principali per elaborare i percorsi:

1. Scelta del problema

Come già detto, la condizione patologica va scelta tra quelle rilevanti per l'organizzazione. Si tratta di stabilire dei criteri di priorità e applicarli mediante l'analisi dei dati disponibili. Tra i criteri fondamentali di scelta del problema vi sono indubbiamente i seguenti:

- disponibilità di evidenze scientifiche sull'esistenza di interventi efficaci;
- variabilità dei processi in atto (variabilità dei comportamenti sia professionali che organizzativi);
- frequenza del problema o della condizione, in termini di incidenza e prevalenza;
- differenze tra costi e ricavi (hanno maggiori priorità le condizioni i cui costi superano i ricavi);
- entità dei possibili benefici per i pazienti derivanti dal miglioramento del processo, in termini di:
 - a. condizioni di salute;
 - b. fastidi e disagi evitati;
 - c. entità dei possibili risparmi (riduzioni dei tempi di lavoro, eliminazione di sprechi);
 - d. fattibilità, come sostegno della direzione;
 - e. disponibilità degli operatori coinvolti a collaborare alla riprogettazione del processo e ad attuare gli eventuali cambiamenti.

Per la scelta delle patologie si può partire dalle categorie DRG ricavate dalle diagnosi e dagli interventi riportati sulle schede di dimissione ospedaliera, scegliendo la diagnosi o le diagnosi più frequenti. Occorre tenere in debita considerazione anche la Mission aziendale e quanto stabilito dai Programmi Operativi Regionali.

2. Condivisione dell'approccio metodologico

Il successo del progetto è favorito dalla presenza nell'azienda di un gruppo di professionisti che conoscano la metodologia dei percorsi assistenziali, che siano capaci di comunicarla in modo motivante agli altri professionisti e che godano dell'appoggio della direzione strategica.

3. Costituzione del gruppo di lavoro

Una volta deciso il percorso da elaborare sulla base dei criteri sopra definiti, occorre individuare i componenti del gruppo di lavoro. Per ciascuno dei problemi prescelti, si costituisce un gruppo multidisciplinare e multi-professionale, comprendente cioè tutte le categorie di operatori coinvolti nel trattamento della condizione in questione, non solo sanitari (medici, infermieri, tecnici, ecc.), ma anche amministrativi (ad esempio addetti al CUP) e operatori sociali.

E' bene concordare con ciascun Direttore/Responsabile di struttura interessata chi sarà il referente /componente del gruppo di lavoro, al fine di limitare al massimo gli avvicendamenti e assicurare una partecipazione costante nel tempo. Per ogni struttura coinvolta dovrà far parte del gruppo di lavoro almeno un rappresentante di ciascuna professione.

Propedeutica all'avvio di ciascun percorso clinico assistenziale sarà la specifica formazione, indispensabile per conoscere i principi del governo clinico, la metodologia applicata, uniformare linguaggio e conoscenze tra i vari componenti del gruppo. L'elaborazione del percorso, compresa la parte formativa iniziale, potrà essere accreditata ECM per tutte le figure sanitarie che vi partecipano.

Una volta completata la parte del ragionamento clinico, e impostata la parte organizzativa, è opportuno inserire anche i rappresentanti degli utenti per avere le loro opinioni per quanto riguarda gli aspetti di educazione sanitaria e l'impatto delle decisioni sulla qualità percepita.

4. Specificazione dei criteri di inclusione o esclusione

Il gruppo di lavoro dovrà da subito definire i criteri di inclusione o esclusione dei pazienti, sia dal punto di vista clinico che sociale. Quando si avvia un percorso, si parte con l'inquadramento della patologia/ condizione clinica che si intende affrontare e si puntualizzano ambiti di attività, eventuali estensioni e integrazioni che si vogliono sviluppare, anche in funzione di reti informali già attive, o di eccellenze presenti da coinvolgere.

Tale momento chiarificatore è fondamentale per evitare esclusioni, comunque da recuperare, o al contrario, generare false aspettative. L'elaborazione dell'inquadramento dà anche la possibilità di fare emergere aspetti clinici non sufficientemente valorizzati e di superare criticità organizzative.

5. Individuazione delle evidenze scientifiche

Una volta chiariti gli ambiti di interesse e coinvolti tutti i componenti del gruppo di lavoro, il passo successivo è la individuazione delle evidenze scientifiche, delle Linee guida che dovranno essere alla base del percorso clinico assistenziale. Si tratta di una attività di studio che deve iniziare il più presto possibile e accompagnare tutte le tappe successive. Occorre prendere visione delle linee guida e delle rassegne sistematiche più recenti, nonché degli indicatori di processo e di esito proposti a livello nazionale e internazionale.

6. Stesura del percorso assistenziale

A questo punto i clinici possono cominciare a definire ciò che si fa dal punto di vista clinico, ossia viene avviato il così detto "*ragionamento clinico*" che viene guidato e sintetizzato attraverso diagrammi di flusso, o flow chart. Successivamente, si descrivono le varie azioni e, man mano che il ragionamento clinico si sviluppa, si eliminano le principali discrepanze tra ciò che si fa e quello che si dovrebbe fare alla luce delle evidenze scientifiche.

Una forte criticità di questa fase di sviluppo dei percorsi è il ricorrente naturale riferimento da parte dei medici ad aspetti organizzativi. Per evitare condizionamenti derivanti da organizzazioni esistenti, è bene sviluppare il ragionamento clinico secondo evidenze, rimandando successivamente la contestualizzazione organizzativa. La simbologia più comunemente utilizzata per elaborare i diagrammi di flusso è essenzialmente rappresentata dalle seguenti figure geometriche:

- L'*esagono* indica lo stadio iniziale del percorso, la tipologia di paziente che entra in contatto con la struttura sanitaria e che viene preso in carico;
- Il *rombo* rappresenta lo snodo decisionale, il quesito che il clinico si deve porre per andare avanti nel suo ragionamento clinico; la domanda all'interno del rombo deve essere formulata in modo da ottenere sempre l'uscita di un sì e di un no;
- Il *rettangolo* rappresenta l'azione, la procedura, l'attività che viene svolta; al suo interno si collocano le definizioni delle azioni principali;
- Il *rettangolo con angoli arrotondati* indica lo stadio finale, l'uscita;

- Il *cerchio* serve per rappresentare gli agganci;
- Le *freccie* direzionali collegano tra loro i vari simboli.

Una volta sviluppata la parte clinica, ossia il “*cosa si fa secondo evidenze*”, anche attraverso la scrittura delle note, si passa alla stesura del *flow chart organizzativo*, ossia alla collocazione delle varie azioni del ragionamento clinico all’interno di una matrice dove sull’asse delle ascisse sono individuati i vari *setting* assistenziali e sull’asse delle ordinate i tempi d’azione.

Attraverso la stesura dei diagrammi di flusso organizzativi dobbiamo essere in grado di definire la sequenza dell’assistenza, il luogo più appropriato e i tempi di erogazione della stessa. Con i diagrammi di flusso organizzativi dobbiamo integrare l’appropriatezza clinica all’appropriatezza organizzativa.

Completata la stesura dei diagrammi di flusso e delle note di ragionamento clinico, occorre procedere allo sviluppo delle matrici delle responsabilità. Per ciascuna azione, procedura, va compilata la matrice sottostante dove vanno indicati tutti gli attori, ciascuno dei quali descrive brevemente cosa fa, la documentazione prodotta, eventuali azioni di educazione/informazione ai pazienti e ai familiari. Materiale sanitario, dispositivi medici e farmaci andranno menzionati solo qualora siano di impatto economico rilevante (es. protesi, stent, farmaci biologici). In ciascuna matrice andranno anche definiti i rischi correlati e gli obiettivi/traguardi sanitari che si vogliono raggiungere.

Matrice delle responsabilità

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/azione (cosa fa il professionista)</i>
Medico	
Medico	
Infermiere	
.....	
<i>Documentazione prodotta</i>	
<i>Informazioni ed educazione a pazienti e/o familiari</i>	
<i>Materiale sanitario, dispositivi medici, farmaci di impatto economico rilevante</i>	
<i>Rischi correlati</i>	
<i>Obiettivi/traguardi sanitari</i>	

Per facilitare la compilazione delle note da parte del personale interessato, è stata rielaborata la “*Scheda di supporto alla compilazione*” di seguito rappresentata, a suo tempo predisposta assieme al dr. Andrea Capponi, Direttore della SC Verifica e Revisione Qualità dell’AOU “*Maggiore della Carità*” di Novara, che mi ha introdotto allo strumento dei Percorsi Clinico Assistenziali.

Scheda di supporto alla compilazione della Matrice delle responsabilità

Il contenuto delle note della Matrice delle responsabilità va sviluppato seguendo le indicazioni sotto riportate, tenendo presente che non sempre è possibile sviluppare tutti i punti.

Professionisti (chi lo fa)	Procedura/ Evento (cosa fa il professionista)	Cosa viene utilizzato (esami, farmaci)	Informazioni ed educazione al paziente e alla famiglia	Documentazione prodotta	Obiettivi/traguardi sanitari	Valutazione del rischio	Tempo
Medico, infermiere, fisioterapista o altre figure	Vanno indicate: le attività sanitarie che devono essere svolte dalle figure professionali che gestiscono il paziente nell'episodio organizzativo. Ad esempio: anamnesi, esame obiettivo, intervento; gli aspetti caratterizzanti delle attività assistenziali, quindi quelle attività attuate dalle figure professionali che non sono preposte alla diagnosi e cura del paziente, ma al supporto e alla gestione assistenziale	Indicare la diagnostica (strumentale, di laboratorio, per immagini), gli interventi e i trattamenti farmacologici e non che vengono erogati abitualmente nell'episodio organizzativo, limitandoli a quelli principali e/o di maggiore impatto economico	E' opportuno indicare quali informazioni devono essere trasmesse al paziente e alla famiglia per raggiungere gli obiettivi intermedi del percorso o per permettere il passaggio all'episodio successivo. Ad esempio: informazioni riguardanti la terapia da assumere, gli elementi da annotare a domicilio riguardanti lo stato di salute della persona, ecc.	La documentazione da allegare si riferisce a tutti i documenti che vengono compilati, predisposti o utilizzati nell'episodio. Ad esempio: schede di valutazione, consenso informato, ecc.	I traguardi sanitari consistono nell'individuazione degli obiettivi intermedi, rispetto al risultato di salute finale, che devono essere raggiunti nell'episodio organizzativo ed in relazione ai tempi. L'infermiere deve indicare gli obiettivi di assistenza che si intendono garantire per il paziente e che possano attivamente contribuire al percorso del paziente senza sovrapporsi all'attività medica. Gli obiettivi debbono essere, nel limite del possibile, misurabili	La sezione indicata come valutazione del rischio prevede che gli operatori sanitari elenchino i rischi potenziali o attuali, di maggior rilievo e/o frequenza, connessi all'episodio e alle procedure o attività in esso eseguite.	Possono essere indicati i tempi reali entro cui si realizzano le attività elencate e/o i tempi obiettivo, entro quanto si vuole realizzare tale attività.

Poiché uno degli scopi dei percorsi è quello di ridurre la variabilità tra clinici, è utile completare la stesura dei PDTA/PCA con la definizione dei codici ICD (*International Classification of Diseases*) utilizzati per codificare le diagnosi e le procedure specifiche. Purtroppo, accade che i clinici tendano a sottovalutare l'importanza di una corretta codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), per cui non è improbabile riscontrare difformità tra strutture analoghe nel codificare le stesse diagnosi e procedure.

Al fine di omogeneizzare le codifiche, vengono compilate le tabelle sottostanti:

ICD 9 CM Diagnosi

("International classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

Codice ¹ ICD9 CM	Diagnosi

¹Per una codifica più dettagliata delle diagnosi è necessario utilizzare i codici a cinque cifre.

ICD 9 CM Procedure

(*"International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification"* 2007 versione italiana)

Codice ² ICD9 CM	Procedure

²Per una codifica più dettagliata delle procedure è necessario utilizzare i codici a quattro cifre.

7. Applicazione sperimentale del percorso modificato.

Completato il percorso da parte del gruppo di lavoro, lo stesso viene sottoposto alla revisione dei Direttori/Responsabili delle strutture coinvolte, e quindi presentato alla Direzione strategica e a tutto il personale delle UU.OO. interessate. Si passa quindi all'applicazione del percorso modificato nelle UU.OO. che hanno partecipato alla stesura dello stesso, decidendo se adottare una fase sperimentale che potrà durare circa sei mesi.

8. Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso.

La definizione dei percorsi clinico assistenziali può avere scarso impatto se l'organizzazione non si dota di strumenti di rilevazione, e in particolare di strumenti informatici, per valutarne il grado di applicazione e possibilmente gli esiti. Il ciclo di miglioramento continuo si basa sul sistematico confronto tra ciò che si fa e/o si ottiene e ciò che si dovrebbe fare e/o ottenere. La verifica di come si è operato rispetto a come ci si aspettava di operare, il paragone degli esiti ottenuti nel presente con quelli raggiunti nel passato e il confronto tra i risultati dell'organizzazione in esame con quelli di altre organizzazioni simili sono componenti fondamentali dei progetti di audit clinico, di cui diremo più avanti.

9. Comunicazione pubblica dei risultati del progetto e sistematizzazione delle conoscenze acquisite.

È molto importante comunicare l'esperienza in incontri all'interno dell'azienda, in convegni esterni e sulle riviste di valutazione e miglioramento di qualità o di organizzazione aziendale o della disciplina interessata. La comunicazione dei risultati gratifica chi ha fatto il lavoro e può essere di stimolo per altri (Morosini et al. 2004).

Indicatori e standard

"Gli indicatori sono variabili ad alto contenuto informativo, che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari a orientare le decisioni" (Focarile, 2003).

Attraverso gli indicatori dobbiamo essere in grado di conoscere le condizioni iniziali del sistema, ossia sapere qual'è la situazione al tempo zero, possiamo monitorare i processi, identificare i problemi e mettere in atto azioni correttive misurandone l'impatto.

Per valutare la validità dei percorsi in termini di miglioramento della qualità, occorre procedere al confronto tra quello che avviene prima dell'intervento migliorativo e ciò che avverrà dopo: è necessario dunque procedere alla *definizione degli indicatori*, che potranno essere *di sistema, di processo e di esito*.

- Gli *indicatori di sistema* definiscono le caratteristiche strutturali, tecnologiche e organizzative delle strutture sanitarie. Tali parametri sono generalmente definiti dai programmi di accreditamento/ certificazione. Tra gli indicatori strutturali abbiamo quelli di volume, la degenza media, l'indice di turnover e altri che servono a indicare l'efficienza, senza entrare nel merito della qualità e dell'efficacia.
- Gli *indicatori di processo*, invece, risultano particolarmente importanti per misurare l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta dal paziente, valutare l'aderenza dei processi assistenziali alle raccomandazioni delle Linee guida e/o delle altre evidenze scientifiche che rappresentano gli standard di riferimento del nostro percorso. Nel definire i criteri oggetto di monitoraggio, dovremo necessariamente tenere in considerazione le raccomandazioni delle Linee guida con il loro livello di prova e forza della raccomandazione.
- Gli *indicatori di esito* documentano la modifica degli esiti assistenziali, sia dal punto di vista clinico, che economico.

Tramite gli indicatori potremo quantificare gli obiettivi perseguibili per ciascuna procedura/azione e verificare la corrispondenza tra risultati ottenuti e risultati attesi.

Al fine di facilitare l'azione di raccolta dei dati, è utile valutare alcune caratteristiche che gli indicatori debbono avere. Risultano sicuramente indispensabili la pertinenza all'argomento trattato, semplicità e chiarezza. Sono altrettanto importanti la rilevabilità in modo riproducibile e con costi e tempi accettabili, la capacità di mettere in luce i cambiamenti nel tempo.

In generale, gli operatori sanitari sono poco orientati all'argomento indicatori. D'altronde è ancora insufficiente la formazione in merito, né in Italia risulta essere radicata la cultura della misurazione dei processi e dei relativi esiti. La valutazione di processi ed esiti assistenziali attraverso indicatori deve dunque comportare consapevolezza e crescita da parte dei clinici.

In Italia, i sistemi sanitari vengono misurati attraverso indicatori di performance elaborati da programmi nazionali del Ministero della Salute, quale il Rapporto annuale SDO e il più recente Programma Nazionale Esiti – PNE a cura dell'AGENAS.

Da anni sono anche attivi programmi regionali, quali il network regionale per *“Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali”* progettato dal *Laboratorio di ricerca e formazione per il Management dei Servizi alla salute* della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e il PReValE (*Programma Regionale Valutazione Esiti* della Regione Lazio).

Tali sistemi di misurazione sono fondamentali per mettere a confronto realtà sovrapponibili che tuttavia possono presentare elevata variabilità di risultato. E sono altrettanto importanti per mettere in evidenza che obiettivi e risultati richiesti sono stati già raggiunti da altri!

L'azione di *benchmarking* (Banchieri, 2004) tra le varie Regioni, e tra le diverse aziende sanitarie e ospedaliere della stessa regione, dovrebbe aiutare a ottenere un incremento della qualità e della quantità delle prestazioni erogate. L'importanza degli indicatori di performance risulta indiscutibile al fine di ottenere benefici in termini di efficienza e razionalizzazione delle risorse.

Ma ancor più incidenti dovrebbero essere la valutazione dei volumi, dei tempi d'azione, delle tecniche di intervento, al fine di valutare il miglioramento della qualità erogata e gli esiti in termini di salute assicurata.

Il punto debole di tali sistemi è rappresentato dalla limitatezza degli indicatori rispetto alla numerosità dei processi, senza contare che per ottenere buoni risultati, alcuni indicatori possono determinare comportamenti opportunistici.

Redazione, Verifica, Approvazione

L'impostazione data ai percorsi riproduce la gestione dei documenti soggetti a certificazione ISO 9001.

Di seguito viene riportato il modello standard utilizzato per garantirne l'uniformità editoriale e gestionale dei percorsi sviluppati.

Nella parte alta di ogni pagina del percorso sono presenti le seguenti indicazioni:

- *Logo dell'Azienda;*
- *titolo del percorso;*
- *codice secondo il seguente schema: i primi tre caratteri (lettere) identificano il tipo di documento, nella fattispecie PSQ = *Procedura Sistema Qualità*, seguita da PCA (*Percorso Clinico Assistenziale*) o PDTA (*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale*); i secondi due caratteri identificano che il documento è di tipo aziendale (AZ); le due cifre identificano il numero progressivo del percorso.*

Logo azienda	Percorso Clinico Assistenziale: Titolo	PSQ – PCA/PDTA – AZ 00
--------------	--	------------------------

Tutti i componenti del gruppo di lavoro che partecipano alla redazione del documento, a fine percorso firmano il frontespizio sotto rappresentato e sottopongono l'elaborato al proprio Direttore/Responsabile di Struttura per l'atto di verifica. Quest'ultima sarà convalidata dalla sottoscrizione del documento da parte di tutti i Direttori /Responsabili delle UU.OO. coinvolte.

Redazione, Verifica, Approvazione

Attività	Qualifica	Firma
Redazione	Nome Cognome - Qualifica; Unità operativa)	
Verifica	Nome Cognome Direttore/ Responsabile Unità operativa	
Approvazione	Direttore Governo clinico /Qualità /Presidio Direttore Sanitario Aziendale Direttore Generale	

A questo punto, il documento può essere proposto alla approvazione della Direzione Strategica che può optare sia per una versione preliminare, da testare per alcuni mesi – al massimo sei – prima della convalida definitiva, oppure considerare conclusiva la prima stesura.

Nel caso dell'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari, la Direzione Aziendale ha deciso per l'immediata approvazione e attuazione dei Percorsi Clinico Assistenziali realizzati, ratificandoli con altrettanti atti deliberativi.

Nello specifico, sono stati approvati e deliberati i seguenti percorsi (in ordine cronologico):

- PCA 01 del paziente con *ictus ischemico*;
- PCA 02 (del paziente con insufficienza renale sottoposto a) *trapianto rene*;
- PCA 03 *Percorso Nascita*;
- PCA 04 *Dolore toracico /IMA*;
- PCA 05 *Trauma maggiore nel paziente adulto*;
- PCA 06 *Neoplasie della mammella*.

Stato delle revisioni

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione modifiche	Data
0	–	Prima stesura	

La tabella delle revisioni riporta l'indice di revisione, la data di emissione, l'indicazione delle sezioni revisionate e la natura delle modifiche apportate.

Nel caso di prima emissione l'indice di revisione è 0 e nel campo descrizione delle modifiche viene riportata la dicitura "Prima stesura".

Elenco allegati

Allegato N.	Codice	Descrizione Allegato

Protocolli, Modelli di richiesta, Consensi informati, Check list, Brochure informative, e altri documenti citati all'interno del percorso, vengono inseriti sotto forma di allegati. A ciascun documento allegato viene attribuito un codice identificativo, formato da 3 lettere – PRO in caso di protocollo, MOD per i modelli di registrazione - e da 2 cifre che indicano il numero progressivo. Tale codifica è completata dal numero identificativo del PCA/PDTA.

Punti di forza e punti di debolezza dei percorsi

Punti di forza.

I Percorsi clinico assistenziali danno importanza fondamentale all'appropriatezza professionale degli interventi e agli esiti di salute, focalizzando l'attenzione sul processo e sugli esiti di salute (gli *outcome*) che sono il vero prodotto di una organizzazione sanitaria.

Lo strumento "*percorsi*" aiuta la continuità degli interventi e l'integrazione tra professionisti e strutture diverse, nonché un migliore utilizzo delle tecnologie, con il conseguente passaggio da un'organizzazione verticale, professionale, centrata sull'offerta, caratterizzata da forte autonomia professionale e processo gestionale accentrato, a una organizzazione orizzontale, centrata sul paziente, caratterizzata da lavoro in team e responsabilizzazione condivisa.

L'esigenza di valutare la validità dei percorsi in termini di miglioramento della qualità favorisce lo sviluppo di sistemi informativi per la misurazione degli indicatori di processo e di esito.

Per ciascuna fase del percorso o macroprocesso, vengono individuati uno o più fattori di rischio e definite le criticità relative alla sicurezza dell'assistenza su cui intervenire a livello preventivo e gestionale, con conseguente positiva ricaduta medico legale e assicurativa.

La metodologia dei percorsi, con il coinvolgimento dal momento dell'avvio di tutti i professionisti che li dovranno applicare, favorisce la loro adesione. La multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro, lo scambio di informazioni e di punti di vista tra i partecipanti porta a una maggiore comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno nel processo assistenziale, oltre a dare occasioni di apprendimento e confronto.

Punti di debolezza.

Una delle critiche più frequenti che viene mossa nei confronti dei percorsi è che il riferimento a un solo specifico problema di salute può essere considerato un limite dei percorsi assistenziali, come delle linee guida, dato che molti pazienti presentano più malattie e disturbi, e questo tipo di pazienti è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. In tali casi, un criterio di inserimento del paziente può essere rappresentato dalla corrispondenza della patologia prevalente, rispetto alle altre contemporaneamente presenti, alla patologia oggetto del percorso.

Un'altra osservazione è relativa alla possibilità di scostamento da quanto definito: allontanarsi dal percorso può e deve essere possibile per i professionisti, purché siano chiare e dichiarate le motivazioni.

Altro punto di debolezza è rappresentato dalla resistenza alla eventuale necessità di cambiamenti organizzativi o di revisioni assistenziali consolidate, comunque necessari per rispondere a principi di appropriatezza organizzativa e razionalizzazione delle risorse.

Infine, i percorsi sono soggetti a frequenti aggiornamenti e verifiche in dipendenza dei risultati della loro applicazione, a seguito di eventuali nuove acquisizioni tecnologiche, in funzione di revisioni scientifiche, per cui devono essere considerati sempre “provvisori”!

Bibliografia

- Kitchiner D, Bundred PE (1999). *Clinical pathways. A practical tool for specifying, evaluating and improving the quality of clinical practice*. MJA 170: 54-55
- Banchieri G. (2005). *Confronti: pratiche di benchmark nella sanità pubblica italiana*, Italtpublishing, Roma 2005
- Casati G., Panella M., Di Stanislao F., Vichi M.C., Morosini P. (a cura di 2005), *Gestione per processi e percorsi assistenziali*, Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale.
- Casati, G., Vichi, M.C. (2002). *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, MC GrawHill, Milano
- Focarile F (2003). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Torino, Centro Scientifico Editore, II edizione
- Morosini P, Di Stanislao F, Panella M., Mastrogiovanni P., Vichi M.C., Jovine R., Falasca P. (a cura di, 2004), *Qualità professionale e percorso assistenziali*, Progetto Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Agenzia Sanitaria della Regione Marche “Formazione per i referenti e i fornitori della qualità nelle aziende sanitarie”, Roma-Ancona.

Cap. 12 - Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali: il caso “G. Brotzu”.

di Silvia Scelsi

“La vecchia teoria dell’organizzazione scientifica del lavoro consisteva nel concepire il pensiero organizzativo solo attraverso strutture e procedure: si scopre ora che lo spirito umano è il migliore strumento di integrazione che permette di affrontare la complessità” (Croizer)

1. Premessa.

L’Azienda Ospedaliera “G. Brotzu” di Cagliari ha iniziato un percorso di integrazione della *Clinical Governance* nella gestione reale dei processi di cura e assistenza, passando dalla visione burocratica a quella processuale dell’organizzazione; questo cambiamento è iniziato con la progettazione dei Percorsi Clinico Assistenziali (PCA) o Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Questa Azienda Sanitaria attualmente è composta da tre Presidi Ospedalieri che sono: il presidio “S. Michele”, Ospedale ad Alta Specializzazione di Rilievo Nazionale, il Presidio Oncologico “A. Businco” e l’Ospedale Pediatrico *Microcitemico* “A. CAO”, come previsto dalla L.R. della Sardegna n. 23/2014, che ne ha disposto l’accorpamento. I Presidi Ospedalieri Oncologico “A. Businco” e *Microcitemico* “A CAO” erano precedentemente interni alla ASL di Cagliari.

L’accorpamento è iniziato il 1 luglio 2015, successivamente alla pubblicazione della legge stessa. È importante questo richiamo perché l’azienda sanitaria che ha iniziato la costruzione dei percorsi nel 2012 era solo il presidio “S. Michele”, allora Azienda “G. Brotzu”, che durante la fase di costruzione dei percorsi è andata incontro a una riorganizzazione dei processi gestionali e operativi molto importante.

La riflessione sul contesto è necessaria perché lo sviluppo successivo dei Percorsi non solo è stato esteso agli altri Presidi, ma ha comportato la ridistribuzione delle competenze di alcune azioni, e il confronto dei professionisti con la nuova organizzazione che stava nascendo e che andava a modificare i PCA/PDTA.

2. Le attività sviluppate nel progetto.

Per la costruzione dei PCA/PDTA nell’ambito progettuale, come descritto nei Capitoli precedenti, sono state svolte le seguenti attività:

- individuazione dei PCA/PDTA da scrivere, congiuntamente alla Direzione Generale dell’AO “Brotzu”;
- raccolta della letteratura scientifica esistente sui temi dei PCA/PDTA individuati e condivisi;
- costituzione di gruppi di lavoro per i singoli PCA/PDTA, con la presenza di rappresentanti di tutti i ruoli e le professioni interessate e di tutte le Strutture e Dipartimenti coinvolti;
- analisi del trattamento attuale dei pazienti portatori delle patologie al centro dei PCA/PDTA;
- in base alla letteratura scientifica e alle buone pratiche raccolte, riscrittura dei PCA/PDTA stessi in una ottica di ottimizzazione, efficacia e appropriatezza rispetto al trattamento attuale dei pazienti portatori delle patologie considerate;
- definizione dei criteri, degli indicatori e degli standard, ove disponibili, per il monitoraggio, il controllo e la valutazione delle performance e degli esiti dei PCA/PDTA scritti.

Il disegno dello studio prevedeva un atteggiamento di ricerca e sperimentazione che utilizzasse il modello della ricerca applicata con l’obiettivo di implementare le buone pratiche e validare i risultati raggiunti.

Il supporto del RTI LUISS BS e FormaMentis srl si è sostanziato fondamentalmente in un'attività di counseling (supporto sul posto alle risorse aziendali coinvolte) e formazione, per consentire lo sviluppo di competenze utilizzabili nel medio-lungo periodo, al di là dell'orizzonte temporale limitato del progetto.

Nell'ambito dello sviluppo del progetto, in base ai risultati raggiunti nell'applicazione e uso dei PCA/PDTA presso i Dipartimenti e le SSC e SS afferenti, si è previsto di definire le procedure e la tempistica per la loro implementazione.

Normalmente, i PCA/PDTA vengono implementati e manutenti ogni 24 mesi per tener conto dello sviluppo della cultura clinica e della pratica clinica reale, dello sviluppo delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, assistenziali e dello sviluppo dei farmaci.

In caso di modifiche importanti delle evidenze scientifiche, in particolare delle Linee Guida di supporto al percorso, o di problemi organizzativi che possono emergere per vari motivi (vedi l'accorpamento successivo allo start up del progetto di altri Presidi Ospedalieri nell'AO "Brotzu"), tale periodo dovrebbe essere ridotto. In questo contesto è buona pratica mantenere i gruppi di lavoro che hanno prodotto i PCA/PDTA in essere come organismi per la loro revisione e implementazione.

Inoltre, per supportare la definizione dei PCA/PDTA sono stati messi a punto, come illustrato nei Capitoli precedenti, anche:

- strumenti e politiche di governance per l'integrazione dei PCA/PDTA estesi su base intra ospedaliera;
- metodi e strumenti della formazione continua per supportare e produrre effettivi miglioramenti;
- competenze manageriali in funzione dello sviluppo organizzativo;
- sistemi di gestione della qualità e l'audit clinico quali strumenti di valutazione prioritaria per le attività assistenziali cliniche previste e svolte.

Gli indicatori e gli standard per singolo PCA/PDTA sono stati condivisi con gli operatori coinvolti e sono diventati strumento di governance clinica e gestionale del network aziendale e base per un costante loro audit clinico.

Il progetto ha previsto la predisposizione e la messa in uso di specifici strumenti per consentire il raggiungimento degli obiettivi e la standardizzazione delle prestazioni erogate (PCA/PDTA):

- Flow chart di analisi delle attività cliniche;
- Scheda/matrice di analisi organizzativa strutturata;
- Matrice delle responsabilità;
- Scheda di autovalutazione per singola articolazione aziendale;
- Report per gestione amministrativa dei PCA/PDTA;
- Strumenti di sviluppo competenze (gruppi di lavoro tutoriali - pacchetti formativi).

Il progetto si è caratterizzato per il forte carattere innovativo, in quanto ha perseguito un modello che fa derivare dall'analisi clinica e organizzativa, la predisposizione di alcuni strumenti gestionali dedicati alla gestione dei PCA/PDTA. Il progetto ha portato quindi a sviluppare l'assistenza specialistica avanzata fuori dal contesto di degenza, mantenendo il principio della presa in carico.

La definizione di procedure standardizzate di erogazione integrata dell'assistenza clinica (PCA/PDTA) ha consentito di coniugare l'appropriatezza con la gestione del rischio clinico e con la sicurezza del paziente in un unico processo integrato.

3. Le attività del progetto e la costruzione di PCA/PDTA.

Gli obiettivi relativi alla costruzione dei PCA/PDTA venivano specificati come segue nella stesura condivisa del progetto di fattibilità con la Direzione Aziendale del "Brotzu".

- *Obiettivo generale:* consulenza per la costruzione di PCA/PDTA "integrati" per filiere assistenziali all'interno dell'azienda Ospedaliera con indicatori e standard di riferimento.

- **Obiettivi specifici:**
 1. *Individuazione delle attività assistenziali prevalenti per volumi e valori nell'AO "Brotzu":*
Attività di elaborazione dei volumi di attività assistenziale e clinica dell'AO "Brotzu" per volumi e valori dei DRG maggiormente erogati;
 2. *Individuazione di 2 PCA prioritari per la Direzione Generale dell'AO "Brotzu":*
In base alle attività del progetto sono state proposte alla DG dell'Azienda possibili PCA/PDTA con rilevante valenza di integrazione intra ospedaliera tra SSC, SS e Dipartimenti dell'AO. La Direzione Generale, in base ai dati forniti, ha compiuto proprie scelte di opportunità e priorità individuando i primi PCA/PDTA da sviluppare nell'Azienda;
 3. *Scrittura dei 2 PCA prioritari:*
Il team progettuale, congiuntamente alla Cabina di Regia Aziendale e ai "facilitatori" formati delle SC, SS e dei Dipartimenti, ha redatto i PCA/PDTA e li ha condivisi con gli altri operatori dell'AO "Brotzu";
 4. *Costruzione dei set di indicatori e standard per il loro monitoraggio:*
Il team progettuale, relativamente ai PCA/PDTA redatti, ha definito con gli operatori dell'AO "Brotzu" coinvolti i set di indicatori e gli standard possibili e le loro modalità di monitoraggio;
 5. *Costruzione di un desk direzionale per la valutazione e la gestione dei PCA:*
Il team progettuale, relativamente ai PCA/PDTA redatti, ha proposto eventuali indicatori e standard da inserire nel desk direzionale dell'azienda, nel suo processo di budgeting e nel suo reporting aziendale.

4. Lo sviluppo del progetto.

Complessivamente, dal 2012 al 2016, sono stati completati, in diverse fasi, sei PCA e otto Procedure Aziendali, alcune delle quali strettamente correlate ai PCA/PDTA redatti. L'ultimo percorso è in fase di ultimazione.

Queste attività hanno coinvolto oltre 250 professionisti tra medici di diverse discipline, infermieri, biologi, tecnici di radiologia e di laboratorio, fisioterapisti, logopedisti, psicologi e altre discipline e professioni.

Nel comporre il documento, il ruolo del "facilitatore" diventa di fondamentale importanza, poiché la sua capacità di mediare, coordinare, condurre e richiamare il gruppo di lavoro agli obiettivi condivisi, si rivela "*conditio sine qua non*" per il completamento del percorso stesso.

Quindi, il punto di forza della costruzione dei PCA è il gruppo, che ne costituisce anche il punto di debolezza, e al suo interno, riveste particolare rilevanza il ruolo del "facilitatore".

Per questo motivo, nel progetto sono stati dati importanza e tempo alla formazione, alla crescita e alla gestione dei "facilitatori" individuati tra i professionisti e nelle direzioni sanitarie. "Facilitatori" che consentano di sviluppare sia le revisioni dei PCA/PDTA già implementati, sia la costruzione di nuovi PCA/PDTA. A tal proposito, vedi i Capitoli precedenti in cui vengono presentati gli strumenti di selezione utilizzati per l'individuazione dei "facilitatori" in accordo con la Direzione Strategica aziendale.

Le Unità Operative coinvolte sono state, dapprima, le varie Unità specialistiche del Presidio San Michele: Pronto Soccorso e Osservazione Breve, Rianimazione, Anestesia, Cardioanestesia, Cardiologia, Emodinamica, Cardiochirurgia, Neurologia e Stroke Unit, Laboratori di Analisi, Radiologia, Ortopedia, Chirurgia Generale, Chirurgia Toracica, Medicina Generale, Riabilitazione, Neuro riabilitazione, Centro Trapianti di Rene, Nefrologia e Dialisi, Ostetricia e Ginecologia, Neonatologia, Diabetologia e altre.

Durante la realizzazione dei Percorsi Dolore Toracico/IMA e Trauma Maggiore è intervenuta la riorganizzazione dell'Azienda, con l'accorpamento di altri due Presidi Ospedalieri, per cui nei gruppi di lavoro sono stati integrati i professionisti provenienti da tali Presidi, per le specificità interessate nella gestione dei singoli Percorsi.

Con lo sviluppo degli ultimi due percorsi, sono state coinvolte soprattutto le strutture pediatriche del Presidio microcitemico "A. Cao" e quelle oncologiche del Presidio "A. Businco", ma sono stati interessati anche gli specialisti del Presidio San Michele, al fine di favorire omogeneità nei comportamenti clinici e gestionali, nonché razionalizzazione organizzativa.

Quindi, mentre i primi quattro percorsi (Ictus ischemico – Trapianto rene – Percorso nascita – Dolore toracico/IMA) sono stati realizzati con il coinvolgimento del solo Presidio "S. Michele", nel Percorso sul Trauma sono intervenuti i Chirurghi Toracici del Presidio "A. Businco", per la competenza sulla gestione del Trauma

Toracico: questo ha comportato non solo la reingegnerizzazione dei flussi operativi, ma una riflessione attiva dei professionisti sulla riorganizzazione in atto.

L'integrazione tra i Presidi è stata ancora più evidente con lo sviluppo degli ultimi due percorsi. Con il 3° Lotto del progetto, la Direzione Strategica Aziendale ha deciso di attivare altri due PCA/PDTA relativi a problemi di salute trattati prevalentemente nei due Presidi Ospedalieri appena incorporati, ovvero, un percorso sulle "Neoplasie della Mammella" per il Presidio Oncologico "A. Businco", e un PCA relativo al "Paziente Talassemico" per il Presidio "Microcitemico".

Di fatto, tali percorsi hanno comportato la necessità di una integrazione degli specialisti dei tre presidi, sia per la contemporanea unificazione di Strutture sovrapponibili, duplicate, come nel caso del percorso "Neoplasie della Mammella", sia per garantire la continuità della presa in carico dei pazienti talassemici adulti, essendo il Presidio "A. Cao" un ospedale pediatrico.

Spesso la lettura del personale operativo rispetto alla riorganizzazione delle strutture è molto lontana dalla comprensione degli obiettivi gestionali, e viene vissuta come una "imposizione" che non coinvolge i processi di assistenza. Ovviamente niente è più distante dalla realtà, e la partecipazione ai gruppi di costruzione dei Percorsi ha permesso ai clinici dei diversi Presidi di confrontarsi con la nuova organizzazione, con i processi di integrazione operativa.

Come già ricordato, nel 2012, dopo l'Analisi di Posizionamento e l'Analisi Organizzativa descritta nei precedenti Capitoli, il management aziendale ha identificato i Percorsi di interesse prevalente da sviluppare all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

Nel dicembre dello stesso anno è stata effettuata la formazione specifica ai componenti dei gruppi individuati per le singole Unità Operative: tale attività si è svolta nell'arco di una settimana e ha visto coinvolti tre Docenti della RTI, Raggruppamento Temporaneo d'Impresa tra LUISS Business School e Forma Mentis srl, aggiudicataria della gara svolta da A.O. "G. Brotzu", e 194 partecipanti appartenenti a tutte le professioni sanitarie e alle varie discipline.

La settimana di formazione ha avuto come obiettivi nei vari Moduli, la condivisione dei concetti di Clinical Governance, degli strumenti necessari alla costruzione dei Percorsi, quali le Linee Guida e il loro utilizzo, le Procedure, il nuovo "Disciplinare per l'accreditamento delle aziende sanitarie", redatto e pubblicato nel dicembre 2012 dal Tavolo Tecnico della Conferenza Stato Regioni con il supporto dell'AGENAS.

Inoltre si è lavorato sulla necessità di condividere quelli che erano gli obiettivi legati ai singoli Percorsi che sarebbero stati costruiti.

Alla fine del percorso di formazione sono stati costituiti i primi gruppi di lavoro relativi ai PCA/PDTA "Ictus Ischemico" e "Trapianto di Rene" del Lotto 1, e sono iniziate le riunioni operative per la costruzione dei percorsi clinici. La composizione dei gruppi ha previsto la presenza di un "facilitatore coordinatore aziendale", identificato in un medico della Direzione Sanitaria, due "facilitatori" del Gruppo LUISS BS/ Forma Mentis srl e dei diversi professionisti che hanno rappresentato tutte le Unità coinvolte nel PCA/PDTA.

In generale, ogni gruppo di lavoro ha visto partecipare alla redazione del Percorso circa trenta professionisti. A questo gruppo stabile si sono aggiunti altri professionisti occasionali chiamati per dirimere alcune perplessità legate ad azioni particolari, quando richiesto dal gruppo stesso.

5. La metodologia di lavoro per la redazione dei PCA/PDTA.

La costruzione di un percorso assistenziale segue lo schema generale dei progetti MCQ - Miglioramento Continuo di Qualità (Donabedian, 1980; Deming, 1982, Berwick, 1998).

Le varie tappe – come evidenziato nei Capitoli precedenti - si possono così sintetizzare:

- Scelta del problema;
- Costituzione dei gruppi di lavoro per il problema prescelto;
- Analisi del processo in corso;
- Stesura del nuovo percorso assistenziale;
- Applicazione sperimentale del percorso modificato;
- Valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;

- Miglioramento del percorso assistenziale;
- Revisione sistematica dell'applicazione del percorso.

I Gruppi *Operativi Aziendali* sono Gruppi di Lavoro (GdL) multidisciplinari, multiprofessionali e multi settoriali (in caso di coinvolgimento dei servizi sociali) costituiti da esperti e/o rappresentanti società scientifiche delle patologie oggetto del profilo.

Le funzioni di questi gruppi sono:

- Sistematizzare/sintetizzare le linee guida¹ (*Institute of Medicine, 1992*) della letteratura internazionale e nazionale;
- Esplicitare la qualità delle informazioni utilizzate (*livello di evidenza*), l'importanza, rilevanza, fattibilità, priorità della loro implementazione (*forza delle raccomandazioni*) e l'entità delle conseguenze (*rilevanza delle decisioni*) (*Istituto Superiore di Sanità, 2004*)²;
- Esplicitare gli indicatori di monitoraggio e di outcome;
- Produrre i report per la fase di valutazione dei gdL operativi;
- Aggiornare con regolarità le Raccomandazioni prodotte.

I GdL *Operativi Aziendali* o *Dipartimentali* per lo sviluppo dei percorsi assistenziali (anch'essi multi disciplinari, multi professionali e multi settoriali) solitamente sono composti da tutti gli operatori coinvolti sul campo nel trattamento della condizione in questione, nei diversi setting operativi (ospedali, residenzialità, assistenza domiciliare, ecc.). La funzione di questi gruppi di lavoro è quella di adattare le raccomandazioni per la pratica clinica alle caratteristiche della specifica realtà organizzativa (risorse umane, tecnologiche, organizzative, economiche).

6. Il ragionamento clinico.

Come descritto precedentemente, il primo passo per la definizione del percorso è stabilire “cosa si fa”.

Il ragionamento clinico-assistenziale produce una riflessione legata ai passaggi decisionali che vengono assunti. La necessità di esprimere questi passaggi attraverso il linguaggio del diagramma di flusso costringe i clinici, in questa fase di elaborazione, a slegare il ragionamento dalle strutture organizzative e dal tempo, a riflettere sulla pratica clinica che deriva dalle decisioni, costruendo una mappa decisionale.

Inoltre, la costruzione degli snodi decisionali, che costituiscono il punto di passaggio da un punto all'altro della mappa che deriva dal Percorso, mettono in luce i punti di eventuale rischio nel *decision making*, costituendo il primo punto di confronto tra la realtà dell'attività (*cioè quello che attualmente si fa*), con quello che si potrebbe o dovrebbe fare, facendo risaltare le eventuali sovrapposizioni o ridondanze sia nelle attività che nelle decisioni. Questo processo non è indolore in quanto costringe i singoli professionisti a confrontarsi con le proprie convinzioni, e mette in luce il fenomeno della dissonanza cognitiva. (Festinger, L. 1957)³. Inoltre, emerge che la comunità professionale a volte non è in linea con ciò che viene considerato dalla comunità

1. “Raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di aiutare i medici ed i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche”

2. Revisione sistematica: “Una valutazione delle conoscenze disponibili su un determinato argomento, nella quale tutti gli studi rilevanti sono identificati e valutati criticamente”. Qualora la natura del quesito e la qualità dei dati lo consentano, ad una revisione sistematica si può associare una metanalisi, ovvero una sintesi quantitativa dell'effetto dell'intervento, utilizzando tecniche statistiche appropriate a quantificare il contributo dei singoli studi senza annullare l'unicità delle caratteristiche di ciascuno”.

Livello di prova, si riferisce alla probabilità che un certo numero di conoscenze sia derivato da studi pianificati e condotti in modo tale da produrre informazioni valide e prive di errori sistematici.

Forza della raccomandazione, si riferisce invece alla probabilità che l'applicazione nella pratica di una raccomandazione determini un miglioramento dello stato di salute della popolazione, obiettivo cui la raccomandazione è rivolta.

Rilevanza delle decisioni, si riferisce infine a un indicatore che misura l'entità delle conseguenze prevedibili.

3. Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press

scientifica internazionale (Linee Guida) come il comportamento più adeguato, oppure attinge a diverse fonti, senza valutare che alcune indicazioni non sono concordanti.

In precedenza abbiamo già incontrato la descrizione del fenomeno che si sviluppa nelle comunità professionali, nelle quali sia per motivi organizzativi che di “*abitudine*” le innovazioni o l’adeguamento a quanto viene previsto dalla comunità scientifica ha un tempo di attivazione mediamente di 15-17 aa. (Balas e Boren, 2000)⁴. Invece delle *Guide Lines* abbiamo le *Mind Lines* (Gabbay e Le May 2004)⁵, perché i professionisti della sanità per importare nuovi modelli e comportamenti nella pratica clinica, fanno riferimento alla rete di leaders e a degli approfondimenti specifici, che generano modelli proposti localmente, che consentono loro di confrontarsi con i loro dubbi nella modifica della pratica esercitata e con le innovazioni descritte dalle linee guida.

Questo fenomeno si concretizza nelle discrepanze che si evidenziano e trovano in questa fase di discussione una risposta integrata attraverso l’accordo nel gruppo di lavoro, che con il coordinamento del “*facilitatore*” viene indirizzato ad adottare le Linee Guida per la stesura del PCA/PDTA e a verificare quanto queste siano applicabili all’interno della realtà clinico-assistenziale ed organizzativa locale.

Viene così implementato un importante passaggio dalla *Clinical Governance* teorizzata a quella praticata.

Questi passaggi sono essenziali per costruire il ragionamento clinico, in quanto creano il presupposto per il miglioramento e l’adeguamento della “*mappa*” agli standard di appropriatezza necessari ad una gestione del processo orientata ai risultati.

Di seguito sono riportati degli esempi di Diagramma di Flusso del Ragionamento Clinico dei PCA/PDTA redatti, per evidenziare quanto sia complesso snodare il ragionamento che si deve svolgere su più piani contemporaneamente, in un flusso razionale e sequenziale.

Questo problema si evidenzia meglio nel Diagramma di Flusso Clinico del paziente con Trauma Maggiore in cui i vari snodi decisionali hanno costituito un ampio motivo di discussione, poiché mettevano a confronto i diversi specialisti che hanno dovuto concordare il flusso del ragionamento, confrontandosi con l’attuazione degli snodi decisionali. Questo confronto ha comportato per ogni singolo specialista la necessità di confrontarsi e confrontare le priorità della propria specialità con quelle degli altri, componendo così la realtà del percorso che prevede che la visione finale dell’azione sia comunque la migliore secondo gli standard.

L’analisi delle Linee Guida e delle indicazioni di prassi hanno portato a effettuare delle scelte condivise sull’approccio al problema. Tali risultati sono frutto di una mediazione tra le posizioni assunte dai vari specialisti, che assommano, come detto in precedenza, la visione “*verticale*” della specialità disciplinare, con la concretezza dell’applicazione del ragionamento.

Nelle riunioni, il confronto tra i professionisti, oltre a consentire di condividere il Percorso del paziente, ha dato la possibilità di mettere in luce il punto di vista disciplinare nei vari ambiti e di prendere in considerazione la gestione del problema dal punto di vista dell’altro, sia esso paziente o altro professionista.

Ogni snodo, così come i box legati alle attività, attraverso il percorso logico hanno portato a una riflessione condivisa sui momenti di presa di decisione, e sui criteri in base ai quali viene presa la decisione.

Nell’ambito di queste riunioni il gruppo iniziale si limita in modo naturale, alla presenza dei clinici interessati alla parte specifica.

I “*formatori/facilitatori*” hanno sempre incentivato la partecipazione di tutte le professionalità, ancorché non attivamente coinvolte nel processo decisionale, perché questa partecipazione consente di comprendere l’architettura decisionale che guida la mappa.

Ovviamente, i gruppi che nel tempo hanno avuto un maggior livello di partecipazione a tutto il processo, si sono dimostrati i più vivaci e i più produttivi in modo spontaneo, conquistando così la vera capacità di utilizzo e gestione del percorso all’interno delle proprie realtà.

Questa riflessione riguarda soprattutto la capacità motivante che la partecipazione alla scrittura del PCA/PDTA può avere. Se il gruppo riesce a comprendere la potenza dello strumento e la ricchezza del confronto nella sua generazione, la motivazione che ne deriva innesca una spirale positiva di attivazione nelle proprie comunità di pratica.

4. Balas, E. A., and Boren, S. A. (2000). Managing Clinical Knowledge for Healthcare Improvements. In J. Bemmell and A. T. McCray (eds.), Yearbook of Medical Informatics (pp. 65-70). Stuttgart, Germany: Schattauer Publishers.

5. Gabbay e Le May 2004 Gabbay, J., and Le May, A. (2004). Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed ‘Mindlines?’ Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care. British Medical Journal 329(7473), 1013-1016.

Per ogni percorso descritto, si inseriscono le Linee Guida individuate per la costruzione della mappa decisionale del PCA/PDTA; questo per dare un senso alle parole relative all'importanza del lavoro di discussione e adozione delle Linee Guida, che andranno a comporre lo standard di riferimento dei comportamenti e delle decisioni lungo tutta la definizione del percorso.

7. Le Linee Guida del singolo PCA/PDTA.

Di seguito, l'elenco delle Linee Guida di riferimento contestualizzate e alcuni riferimenti bibliografici di ciascun percorso, al momento della sua realizzazione:

"Ictus Ischemico":

- *"Linee guida italiane – Ictus cerebrale – SPREAD 6a edizione 2010"*, Raccomandazioni e Sintesi 7a edizione 2012, stesura del 2012 on line www.spread.it;
- *"Guidelines for the Early Management of Adults With Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals"* from the American Heart Association/American Stroke Association (Stroke 2013;44:870–947) (AHA/ASA);
- *"Linee guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 07/05/1998"* aggiornate e concordate con la stipula dell'Accordo Stato Regioni del 10/02/2011, con il quale è stato approvato il nuovo *"Piano di Indirizzo per la Riabilitazione"*;
- *"Linee Guida sulla Gestione Logopedia nel Paziente afasico Adulto"*, FLI (Federazione Logopedisti Italiani) 2009;
- *"Linee Guida sulla Gestione del Paziente Disfagico Adulto in Foniatria e Logopedia"*. Consensus Conference 29/01/2007

"Trapianto Rene":

- NKF-K/DOQI 2009;
- NKF-KDIGO Chronic Kidney Disease –Metabolic Bone Disorders 2009;
- *"Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology"*.
- Eur J Anaesthesiol. 2011 Oct;28(10):684-722. doi: 10.1097/EJA.0b013e3283499e3b.
- De Hert S, Imberger G, Carlisle J, Diemunsch P, Fritsch G, Moppett I, Solca M, Staender S, Wappler F, Smith A; *"Task Force on Preoperative Evaluation of the Adult Noncardiac Surgery Patient of the European Society of Anaesthesiology"*;
- *"SIAARTI recommendations for the Treatment of Postoperative Pain"*. Savoia G, Alampi D, Amantea B, Ambrosio F, Arcioni R, Berti M, Bettelli G, Bertini L, Bosco M, Casati A, Castelletti I, Carassiti M, Coluzzi F, Costantini A, Danelli G, Evangelista M, Finco G, Gatti A, Gravino E, Launo C, Loreto M, Mediati R, Mokini Z, Mondello E, Palermo S, Paoletti F, Paolicchi A, Petrini F, Piacevoli Q, Rizza A, Sabato Af, Santangelo E, Troglia E, Mattia C, 29 Aprile 2010;
- *"Linee guida per la valutazione psicologico-psichiatrica nei trapianti d'organo elaborate dal Gruppo di Lavoro Italiano sugli Aspetti Psicologici e Psichiatrici dei Trapianti d'Organo"* – GLIPsiTO, recepite dal Centro Nazionale Trapianti nel 2005;
- *"Endorsement of the Kidney Disease Improving Global Outcomes" (KDIGO) guidelines on kidney transplantation: a European Renal Best Practice (ERBP) position statement.* Nephrology Dialysis Transplantation. 2011;26(7):2099-2106.

"Percorso Nascita":

- Gravidanza fisiologica, *"Linee Guida Ministero della Salute"*, Aggiornamento 2011.
- *"Linee Guida Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica"* (SIEOG) - Edizione 2010.
- *"Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia"* - American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia 2006.

- *"Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth"* - NICE clinical guideline 55 guidance.nice.org.uk/cg55 Issued: September 2007 - NICE clinical guideline 190 guidance.nice.org.uk/cg190 Issued: December 2014.
- *"Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito"* – AMD- SID- anno 2014
- *"Ipertensione in gravidanza"* – Linee Guida nazionali, Dicembre 2013
- Linee guida SNLG – *"Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole"*, 2016
- Decreto 2 Novembre 2015 – *"Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti"*.
- Decreto Ministeriale - 22 aprile 2014 (G.U. 16 giugno 2014) – Modifiche e integrazioni al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 18 novembre 2009, recante: *"Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo dedicato"*.
- *"Position Paper"* - 10 gennaio 2012 - *"Raccolta e conservazione del sangue cordonale in Italia"*.
- Accordo Conferenza Stato Regioni - 20 aprile 2011 – *"Linee guida per l'accreditamento delle Banche da cordone ombelicale"*.
- Accordo Conferenza Stato Regioni - 29 aprile 2010 – *"Autorizzazione alla esportazione di campione di sangue del cordone ombelicale ad uso autologo"*.
- Decreto Legislativo 25 gennaio 2010, n. 16 - *"Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani"*.
- Decreto Ministeriale - 31 dicembre 2009 – *"Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale"*.
- Decreto Ministeriale - 31 dicembre 2009 – *"Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato"*.
- Accordo Conferenza Stato Regioni - 29 ottobre 2009 – *"Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale"*.
- Legge 21 ottobre 2005, n. 219 – *"Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati"*.

"Dolore Toracico/Infarto Miocardico Acuto":

- *"ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation"*, The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619;
- *"ESC Guidelines in myocardial revascularisation"*, European Heart Journal (2014);
- Hochman JS, Sleeper LA, Webb JG, et al. *"Early revascularization in acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock"*. SHOCK Investigators.
- *"Should we Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock"*. N Engl J Med 1999; 341: 625-34.
- Hochman JS, Sleeper LA, White HD, et al. *"One-year survival following early revascularization for cardiogenic shock"*. JAMA 2001; 285: 190-2.
- *"ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation"*. The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)- European Heart Journal (2015).

"Trauma Maggiore nel paziente adulto":

- ATLS (Advanced Trauma Life Support) dell' American College of Surgeon Committee on trauma Anno 2012 (9° EDIZIONE);
- ETC (European trauma course) IRC Edizioni Bo, 2014

- Stone HH, Strom PR, MullinsRJ. Management of the major coagulopathy with onset during laparotomy. Ann. Surg. 1983;175,5: 532-5
- Curry N et al. What's new in resuscitation strategies for the patient multiple trauma. Injury 2012;43: 1021-8
- Pape HC, Peitzman AB, Schwab CW. et al. Damage Control Management in the Polytrauma Patient. Springer Science & Business Media, New York, 2010
- LG SICVE (Società Italiana Chirurgia Vascolare ed Endovascolare) 2015
- Consensus Conference Parma sulla Riabilitazione delle gravi Cerebrolesioni - 2010 -Documento conclusivo della Giuria e Raccomandazioni.
- Decreto relativo alle linee-guida del Ministero della Sanità sulle attività di riabilitazione (DM 7.5.98, GU.30.5.98);
- Clinical applications of intracranial pressure monitoring in traumatic brain injury. Report of the Milan consensus conference Nino Stocchetti & Edoardo Picetti & Maurizio Berardino & Andràs Buki & Randall M. Chesnut & Kostas N. Fountas & Peter Horn & Peter J. Hutchinson & Corrado Iaccarino & Angelos G. Kolias & Lars-Owe Koskinen & Nicola Latronico & Andrews I. R. Maas & Jean-François Payen & Guy Rosenthal & Juan Sahuquillo & Stefano Signoretti & Jean F. Soustiel & Franco Servadei Received: 28 April 2014 /Accepted: 2 May 2014 # Springer-Verlag Wien 2014
- Malbrain MLNG. Abdominal pressure in The critically ill. Curr Opinion Crit Care (2006) 6:17-29 Bloomfield J, Ridings PC, Blocher CR, Marmarou A, Sugerman HJ.
- A proposed relationship between increased intra-addomilnal pressure, intrathoracic and intracranial pressure. (1997) Crit Care Med 25: 496-503
- American College of Surgeons – Committee on Trauma. Advanced Trauma Operative Management. Manuale. Cine med, Woodbury, 2010

“Neoplasie della Mammella”:

- AIOM - Linee guida Neoplasie della mammella. Edizione 2016
- ATLAS - ACR BI-RADS. 5 Edition, 2013
- NCCN – Guide Breast Cancer. 2 version, Edition 2016
- AIRO Associazione Italiana di Radioterapia oncologica, 2013
- AIMN Associazione Italiana di Medicina Nucleare e Imaging Molecolare, Raccomandazioni Procedurali, 2012.
- SIAPEC-GIPAM Società Italiana di Anatomia Patologica/Gruppo Italiano di Patologia Mammaria
- American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Update. Recommendations for Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer. 2013
- Conferenza Stato Regioni 18/12/2014 “Linee di indirizzo sulle modalità organizzative e assistenziali della rete dei Centri di Senologia”
- A.R.M. Wilson, L. Marotti, S. Bianchi, L. Biganzoli, S. Claassen, T. Decker, A. Frigerio, A. Goldhirsch, E.G. Gustafsson, R.E. Mansel, R. Orecchia, A. Ponti, P. Poortmans, P. Regitnig, M. Rosselli Del Turco, E.J. Th. Rutgers, C. van Asperen, C.A. Wells, Y. Wengstro”m, L. Cataliotti– The requirements of a specialist Breast Centre European Journal of Cancer (2013) 49, 3579–3587.
- Sardanelli F, Boetes C, Borisch B et al. Magnetic Resonance imaging of the breast: recommendations from the EUSOMA working group. European Radiology of Cancer 2010;46:1296-1316
- Cardoso F, Loibl S, Pagani O et al. The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer. European Radiology of Cancer 2012;48:3355-3377
- Bucchi L, Belli P, Benelli E et al. Recommendations for breast imaging follow-up of women with a previous history of breast cancer: position paper from the Italian Group for Mammography Screening (GISMa) and the Italian College of Breast Radiologists (ICBR) by SIRM. Radiol Med 2016; 121:891-896
- E. Senkus, S. Kyriakides, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, E. Rutgers, S. Zackrisson & F. Cardoso- Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. ESMO Guidelines Committee*Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v8–v30, 2015

- S. Coates, E. P. Winer, A. Goldhirsch, R. D. Gelber, M. Gnant, M. Piccart-Gebhart, B. Thürlimann, H.-J. Senn & Panel Members Tailoring therapies—improving the management of early breast cancer: St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2015 *Annals of Oncology* 26: 1533–1546, 2015 doi:10.1093/annonc/mdv221 Published online 4 May 2015
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Overview of the randomized trials of radiotherapy in ductal carcinoma in situ of the breast. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010; 41: 162-177.
- AIRO 2013. "La radioterapia dei tumori della mammella: Indicazioni e criteri guida";
- AIRO 2015: Position paper "Consensus per irradiazione delle stazioni linfonodali mammarie"
- Cabula, L. Campana, G. Grilz, R. Bussone, R. Agresti. Electrochemotherapy in the Treatment of Cutaneous Metastases from Breast Cancer: A Multicenter Cohort Analysis. *Ann Surg Oncol* 2015; DOI 10.1245/s10434-015-4779-
- L. Campana et al. The activity and safety of electrochemotherapy in persistent chest wall recurrence from breast cancer after mastectomy: a phase-II study. *Breast Cancer Res Treat.* 2012 Aug;134(3):1169-78. Epub 2012 Jul 24.

"Talassemia":

- Guidelines for the management of transfusion dependent thalassaemia (TDT). TIF Publication n.30, 3rd Edition, 2014
- Raccomandazioni per le strategie trasfusionali nelle emoglobinopatie. Collana Scientifica SITE, n.3, 2014
- Raccomandazioni SIMTI sul corretto utilizzo degli emocomponenti e dei plasma derivati. Edizioni SIMTI, 1a Edizione 2008
- Cardiovascular Function and Treatment in β -Thalassemia Major: A Consensus Statement From the American Heart Association. DJ Pennell *Circulation* 2013
- Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti. Decreto 2 novembre 2015. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*
- Clinical effects of different types of red cell concentrates in patients with thalassemia. C. Fidone *Blood Transfusion* 2006
- Comparison of Safety and Effectiveness of Two Different Transfusion Rates in Children with Severe Anemia. H Olgun, J. *Pediatr Hematol Oncol* 2009
- Guidelines for the management of Transfusion Dependent Thalassaemia (TDT). Cappellini MD, Cohen A, Porter J, Taher A, Viprakasit V. Thalassaemia International Federation (TIF) Third Edition 2014 www.resonancehealth.com
- A single breath-hold multiecho T2* cardiovascular magnetic resonance technique for diagnosis of myocardial iron overload. Westwood M, Anderson LJ, Firmin DN, Gatehouse PD, Charrier CC, Wonke B, Pennell DJ. *J Magn Reson Imaging* 2003.
- A decisional algorithm to start iron chelation in patients with beta thalassemia. Danjou F, Cabantchik ZI, Origa R, Moi P, Marcias M, Barella S, Defraia E, Dessì C, Foschini ML, Giagu N, Leoni GB, Morittu M, Galanello R. *Haematologica* 2014
- The ICET-A. Recommendations for the Diagnosis and Management of Disturbances of Glucose Homeostasis in Thalassemia Major Patients. DeSanctis V et al. *Mediterr J Hematol Infect Dis* 2016; 8: e2016058
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2017. *Diabetes Care* 2017; 40 supplement 1: S11-24
- Effect of enhanced iron chelation therapy on glucose metabolism in patients with beta-thalassemia major. Farmaki K et al *Br J Haematol* 2006; 134: 438-444
- Glucose metabolism disorders improvement in patients with thalassemia major after 24-36 months of intensive chelation therapy. Platis O et al. *Pediatr Endocrinol Rev* 2004; 2 supplement 2: 279-281
- Combined chelation therapy improves glucose metabolism in patients with beta-thalassemia major. Christoforidis A et al. *Br J Hematol* 2006; 135: 271-272
- Standards of Care Guidelines for Thalassemia" (USA 2012)

- LG EASL (European Association for the Study of the Liver) 2016
- Standard IBMDR Versione XVII: 20 gennaio 2014
- Fact-Jacie International Standards for Hematopoietic Cellular Therapy 5-6 edizione
- Raccomandazioni SIMTI-GITMO, Edizione 2011

8. Lo scopo dei PCA/PDTA.

Di seguito vengono presentati gli scopi descritti nei singoli percorsi per evidenziare la complessità dei ragionamenti che devono essere sviluppati dal gruppo di lavoro nel confronto sugli obiettivi del percorso stesso, per mostrare quanto sia articolata la definizione degli obiettivi comuni che il PCA/PDTA deve raggiungere.

Questa fase di discussione è imprescindibile perché è l'inizio della comprensione, nel gruppo, della comunità di scopo rispetto alla visione frammentata che ogni professionista ha del percorso stesso.

Ictus ischemico

“Scopo del presente percorso clinico-assistenziale è quello di migliorare l’assistenza al paziente con vasculopatia cerebrale acuta, promuovendo la sicurezza, ottimizzando le risorse e integrando le diverse competenze cliniche e organizzativo-gestionali.

L’ictus ischemico è un’emergenza che necessita di un trattamento adeguato, tempestivo e multidisciplinare, pertanto il fine ultimo del presente percorso è quello di definire specificatamente tutte le singole fasi del processo di presa in carico complessiva del paziente con ictus, dall’arrivo in Pronto Soccorso, al ricovero nella SC di Neurologia e Stroke Unit per il trattamento idoneo secondo le evidenze cliniche attuali, struttura che si avvale del supporto dei Servizi di Laboratorio, per la diagnostica ematochimica, di Radiologia, per le tecniche diagnostiche per immagini specifiche, e di Radiologia Interventistica, nonché della SC di Neurochirurgia e della SC di Chirurgia Toraco-Vascolare, nel caso si configuri la necessità di un intervento chirurgico, della SC di Cardiologia per la valutazione nel paziente cardiopatico e del rischio cardioembolico, e infine del Servizio di Riabilitazione per la presa in carico riabilitativa.

Nell’ambito del percorso intraospedaliero dell’ictus ischemico si afferma che “time is brain”, appaiono perciò critiche le modalità di trasferimento dal Pronto Soccorso/DEA alla Stroke Unit/Neurologia, la valutazione neuroradiologica, per la definizione diagnostica e per il vaglio delle indicazioni al trattamento fibrinolitico/trombolitico endovenoso o locoregionale e la diagnostica di laboratorio. L’adozione del codice ictus rappresenta l’elemento imprescindibile di attivazione corretta ed efficace del percorso intraospedaliero in caso di ictus, sia ischemico che emorragico.”

Trapianto Rene

“L’attività trapiantistica nella Azienda Brotzu è di grosso impatto e rappresenta un’eccellenza: è l’unica Azienda in tutta la Regione Sardegna che ha sviluppato tale attività e con ottimi risultati quali e quantitativi. L’attività, iniziata nell’anno 1988 ha determinato, a tutto il 2012, il seguente numero di trapianti: 1259 di cui 811 sono trapianti di rene.

Al fine di raggiungere migliori livelli di qualità, si rende necessario definire un percorso che miri alla condizione delle attività multidisciplinari e a una standardizzazione dell’intero processo per rendere omogenei i comportamenti degli operatori. Il Percorso inizia con la definizione dello stadio della insufficienza renale cronica che rappresenta l’indicazione al trapianto e termina con il follow up del paziente trapiantato.”

Dolore Toracico/Infarto Miocardico Acuto

“Lo scopo del presente percorso clinico assistenziale è migliorare l’assistenza al paziente con dolore toracico promuovendo la sicurezza degli atti clinico assistenziali e ottimizzando le risorse grazie all’integrazione delle diverse competenze cliniche e organizzativo - gestionali.

Il dolore toracico è uno dei più comuni e complessi sintomi per i quali i pazienti afferiscono ai dipartimenti di emergenza (5/7% sul totale degli accessi in pronto soccorso); comprende un'ampia varietà di sintomi che possono essere ad alto rischio per la vita del paziente, anche se solo una bassa percentuale di pazienti ha una sindrome coronarica acuta (20/30% dei pz. con accesso in ps per dolore toracico).

E' evidente quindi l'importanza di definire l'iter clinico - assistenziale e organizzativo più idoneo all'identificazione precoce delle situazioni che si associano a elevata morbilità e mortalità, ovvero escludere l'origine coronarica del dolore e avviare il pz. su altri percorsi diagnostici o dimmetterli in sicurezza (in caso di diagnosi mancata e dimissione impropria, la mortalità a breve è elevata e pari al 2- 4%) e in tempi contenuti (12-24 ore). Il presente documento ha pertanto la finalità di valutare, attraverso un approccio multidisciplinare e secondo le attuali evidenze scientifiche, i livelli di rischio dei pazienti con dolore toracico e attivare gli interventi clinico-diagnostici-assistenziali atti a definire precocemente le azioni da intraprendere con efficienza ed efficacia anche in termini di riduzione di ricoveri che possono risultare inappropriati e determinano un carico assistenziale evitabile e un inutile aumento dei costi.

Pertanto, la diagnosi precoce e la stratificazione del rischio di questi pazienti sono fondamentali per la programmazione del trattamento più tempestivo e idoneo (invasivo o conservativo) nei casi di riscontro di ischemia miocardica, e di valutazione e di dimissione per i pazienti in cui tale diagnosi è esclusa."

Percorso Nascita

"Il presente documento descrive le varie fasi del Percorso Clinico Assistenziale offerto dall'Azienda Ospedaliera Brotzu alle donne in gravidanza. La nostra Azienda rappresenta un punto di riferimento per tutta la Regione in quanto si caratterizza per le eccellenti Strutture e Servizi specialistici non presenti in altri Ospedali, che richiamano pazienti da tutta la Sardegna, e da ottimi professionisti.

Con tale Percorso si intende migliorare la qualità delle prestazioni e la presa in carico delle donne in gravidanza fisiologica attraverso un percorso condiviso, attività multidisciplinari e standardizzazione dei processi, al fine di uniformare le attività cliniche alle linee guida più accreditate e rendere omogenei i comportamenti degli operatori, ottimizzando le risorse impiegate.

Il percorso si prefigge i seguenti obiettivi:

- *Migliorare la continuità dell'assistenza in coerenza con le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili;*
- *Offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale delle pazienti in gravidanza migliorando i tempi dell'iter diagnostico terapeutico e fissando gli standard aziendali;*
- *Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con le pazienti;*
- *Ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati;*
- *Riduzione dei parti cesarei primari;*
- *Riduzione dei parti cesarei con pregresso singolo parto cesareo."*

Trauma Maggiore nel paziente adulto

"Il Trauma maggiore (TM) continua a essere la prima causa di morte tra le persone di età inferiore a 45 anni e la quarta causa di morti totali al mondo; esso è inoltre causa di gravi invalidità, talvolta permanenti con costi, economici e sociali, elevatissimi.

La patologia traumatica rappresenta un grave problema di salute pubblica, per contrastare il quale è necessario un ventaglio di azioni rivolte alla prevenzione e al miglioramento del percorso di cure e di assistenza.

Lo scopo di questo Percorso Clinico Assistenziale (PCA) è quello di trovare nella nostra realtà ospedaliera un modello condiviso, di effettiva applicazione, in grado di garantire la cura più appropriata nel minor tempo possibile al paziente con trauma maggiore, al fine di ridurre i danni secondari e le morti evitabili.

Il TM è una patologia che richiede un approccio multidisciplinare organizzato e condiviso, orchestrato in modo tale da eliminare le possibilità di errori comunicativi.

Il PCA ha lo scopo di definire specificamente tutte le fasi del processo, dalla presa in carico in Pronto Soccorso (PS) del paziente con TM, alle fasi diagnostiche di primo e di secondo livello, fino al trattamento definitivo e alla dimissione.

Questo iter assai complesso coinvolge numerosi attori, che direttamente intervengono sul paziente in momenti diversi del PCA. Non bisogna scordare il fondamentale contributo dei Servizi: Laboratorio, Centro Trasfusionale, Radiologia anche interventistica che, dietro le quinte, contribuiscono in maniera determinante al buon esito dell'assistenza e delle cure.

La capacità di ottenere un ottimale metodo d'integrazione delle decisioni e delle cure, mantenendo al centro le esigenze del malato, passa attraverso un complesso percorso organizzativo che ha lo scopo di rendere la "Golden hour" praticabile sempre.

Il percorso si prefigge come obiettivi specifici di:

- *Migliorare la continuità dell'assistenza, in coerenza con le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili;*
- *Offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale del paziente;*
- *Migliorare i tempi dell'iter diagnostico terapeutico, fissando gli standard aziendali;*
- *Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con il paziente;*
- *Ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati."*

Neoplasie della Mammella

"Il percorso si prefigge come obiettivi specifici di:

- *Garantire alla donna affetta da carcinoma mammario un'efficace presa in carico multidisciplinare, secondo le migliori evidenze disponibili (LG);*
- *Razionalizzare e rendere omogeneo il percorso diagnostico e terapeutico attuale;*
- *Migliorare e facilitare l'accesso ai servizi di diagnosi e cura, anche con l'interazione dei servizi di diagnosi e cura di altre strutture e servizi extra aziendali (centri screening, UO di Oncologia, MMG e servizi territoriali);*
- *Uniformare le procedure tra le UU.OO. dei due presidi che all'interno dell'azienda partecipano al percorso, anche ai fini della realizzazione della Breast Unit;*
- *Ottimizzare la qualità delle cure prestate, in coerenza con le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili;*
- *Monitorare la qualità dei trattamenti attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo e di esito;*
- *Consolidare la continuità dell'assistenza;*
- *Offrire un percorso integrato e di qualità che garantisca la presa in carico assistenziale della paziente, che riduca e standardizzi i tempi dell'iter diagnostico-terapeutico, fissando gli standard aziendali;*
- *Perfezionare gli aspetti informativi e comunicativi con la paziente, alla quale saranno garantiti:*
 - *La comprensione del percorso di diagnosi e cura per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di trattamento,*
 - *La sinergia e l'integrazione tra le varie fasi,*
 - *L'accompagnamento e l'attenzione ai bisogni aggiuntivi."*

Talassemia

"Il percorso si prefigge come obiettivi specifici di:

- *Migliorare la continuità dell'assistenza, in coerenza con le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili, nel paziente con talassemia;*
- *Offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale del paziente ADULTO CON TALASSEMIA, fissando gli standard aziendali;*

- Migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con il paziente;
- Ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati.
- Differenziare l'assistenza in base alle fasce di età;
- Definire i percorsi per le complicanze direttamente (o indirettamente) legate alla malattia e all'età del paziente."

9. I Flow Chart clinici dei PCA/PDTA redatti.

Il Total Quality Management può essere definito come:

"Approcci orientati a dominare l'intero sistema organizzativo e le relazioni con l'ambiente in cui opera, ivi compresi processi e prodotti, al fine di contrarre il ciclo di sviluppo dei nuovi prodotti in funzione di una sorta di necessità di personalizzare e differenziare con snellezza la produzione finale" (Da AAVV *"Qualità in organizzazioni sanitarie"*, Milano, 2002 pag.50);

Nel Total Quality Management gli assiomi sono i seguenti: la persona che svolge il proprio lavoro è quella che lo conosce meglio; le persone vogliono essere coinvolte e far bene il proprio lavoro; ognuno vuol contribuire al miglioramento; si ottiene di più lavorando insieme che da soli; i processi se sono strutturati danno risultati migliori;

Gli elementi di riferimento in TQM sono l'identificazione dei processi, il capire la loro variabilità, usare un metodo scientifico e statistico, avere la consapevolezza che la cattiva qualità è molto costosa, selezionare Good practice.

Per iniziare a disegnare un PCA/PDTA occorre indicare le 10 attività più importanti; descrivere il modo migliore di farle; definire indicatori di allarme/eventi sentinella; definire chi deve fare cosa; individuare le risorse minime; individuare il responsabile delle risoluzioni.

La qualità organizzativa si può sostanziare in una buona organizzazione ai vari livelli; in obiettivi specifici; in una specifica programmazione delle attività; nella flessibilità dei moduli organizzativi; nella valutazione delle risorse, dei processi, dei risultati.

Il Management nella costruzione dei PCA/PDTA dovrebbe essere guida di processi orientando l'equipe, condividendo gli obiettivi, motivando il personale (sistemi premianti); gestore dei processi attraverso le linee guida e i protocolli, le evidenze basate sui fatti, i percorsi clinico assistenziali; capace di rendere l'organizzazione flessibile. Questo con la finalità di orientare i professionisti verso una gestione dei processi anche organizzativi orientati alla qualità e alla presa in carico della persona.

I Profili Clinico Assistenziali si definiscono come *"piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a specifici problemi clinici di diagnosi, di terapia e di assistenza"*⁶. Sono strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire in accordo all'*Evidence Based Medicine / Nursing* (EBM/EBN) la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi rivolti a utenti con particolari diagnosi e condizioni o a utenti che possono richiedere procedure specifiche.

L'EBM *"è il coscienzioso, esplicito e accorto uso delle migliori evidenze disponibili per prendere decisioni sull'assistenza da fornire. Questa pratica implica l'integrazione dell'esperienza clinica individuale con le migliori evidenze disponibili ricercate in modo sistematico"*

Ne discende che il Profilo Clinico Assistenziale è la *"Definizione di percorsi e modalità per garantire le migliori risposte possibili ai bisogni assistenziali della popolazione"*.

Per redigere il Profilo Clinico Assistenziale il percorso metodologico può definirsi come segue:

- Individuazione delle caratteristiche cliniche del paziente a cui si riferisce il clinical pathway;
- Specificazione delle azioni diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali e la loro sequenza;

6. G. Casati- M.C. Vichi *"Il percorso assistenziale del paziente in ospedale"* McGraw-Hill 2002

- Definizione degli esiti di salute, in termini di promozione, miglioramento o mantenimento della situazione clinica presente, ad esempio, all'inizio del ricovero.

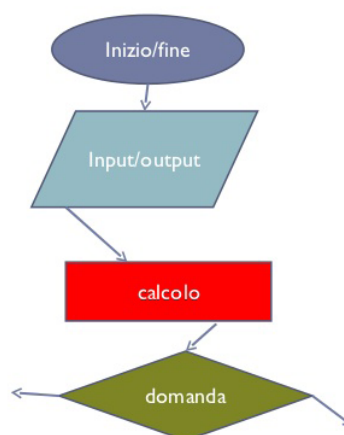
Alcuni autori associano i Percorsi Clinico Assistenziali al *Managed Care System* ed alla necessità di esplicitare all'interno della singola struttura sanitaria gli standard minimi di cura ed assistenza. Inoltre, essi sono considerati parte integrante del sistema di documentazione delle attività svolte dai medici e dagli infermieri.

Nella costruzione dei Flow Chart Clinici le finalità sono il recupero e la concreta attuazione del principio della continuità delle cure; la garanzia, non solo sul piano clinico, della migliore integrazione tra i diversi soggetti che operano al fine di fornire il "*bene salute*" al paziente; la capacità di costruire un processo di diffusione delle conoscenze sanitarie all'interno dell'organizzazione più semplice, frequente e sistematizzato; costruire dei Processi assistenziali resi più razionali in rapporto all'utilizzo appropriato delle risorse a disposizione.

Come già detto nel capitolo 11, per rappresentare chiaramente e sinteticamente la sequenza delle attività si utilizza un diagramma di flusso, detto anche con termine inglese flow chart.

Per concretizzare l'algoritmo è utile un disegno (il flowchart)

- L'inizio e la fine dell'algoritmo lo rappresentiamo con una forma geometrica ovale
- Un'operazione di input e di output con un parallelogrammo
- Un'operazione interna con un rettangolo
- Una domanda con un rombo
- Il collegamento tra queste forme geometriche tramite frecce orientate che rappresentano il verso della sequenza delle istruzioni



Il "*ragionamento clinico*", dunque, è la sequenza logica, degli episodi di diagnosi, assistenza, cura, riabilitazione, che il paziente deve o può attraversare al fine di risolvere uno specifico problema di salute.

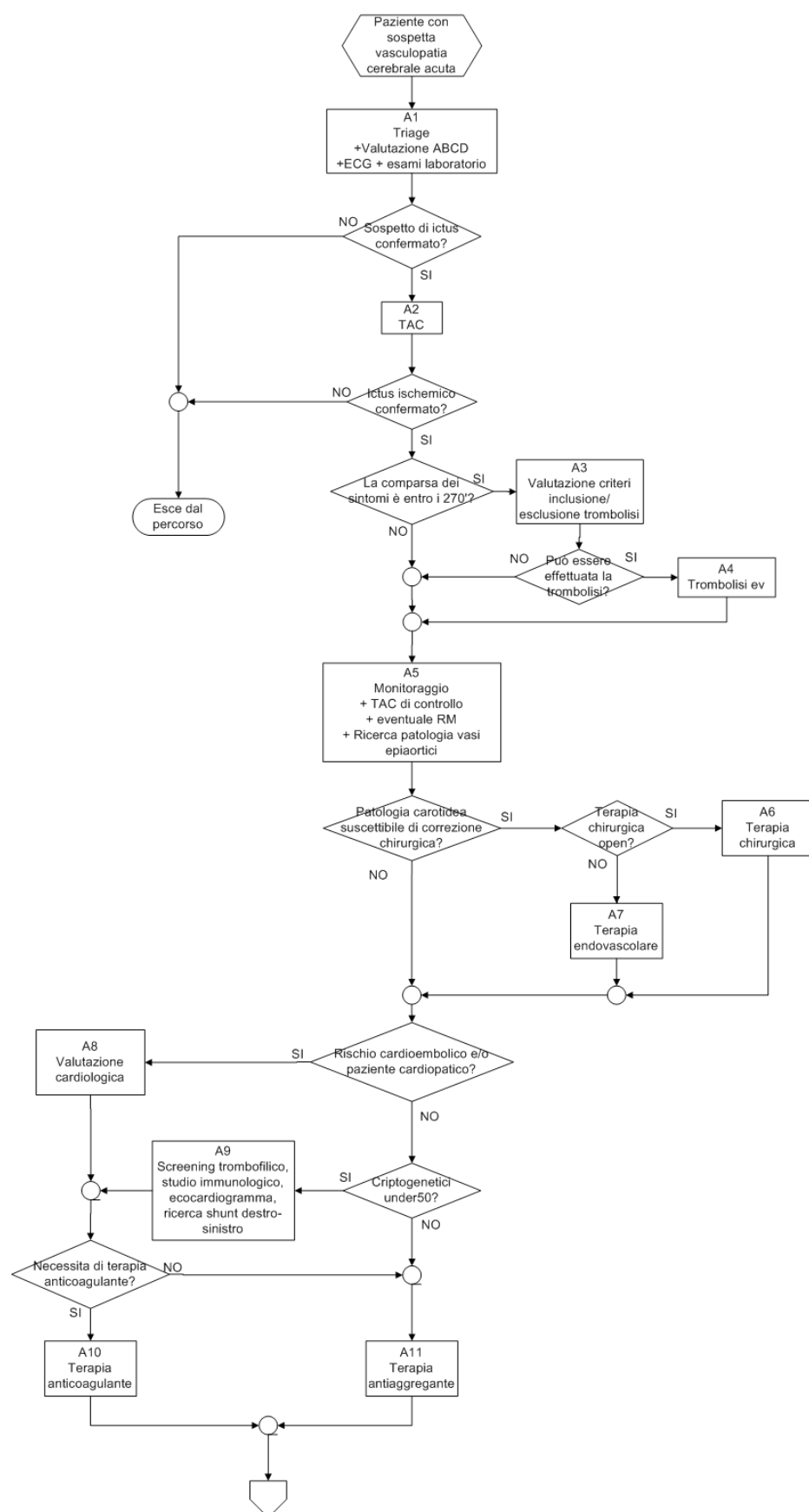
In questa fase i professionisti, scrivendo ognuno le proprie attività, si confrontano su temi che spesso riguardano le risorse, la struttura, i tempi, la norma; il confronto inoltre consente di osservare il percorso del paziente con gli occhi di altre professioni e soprattutto di divenire consapevoli della complessità, che diventa tangibile, dell'organizzazione di un processo che richiede così tanti e vari contributi per determinare un risultato. Tutte le istanze, emerse nella fase del ragionamento clinico, trovano in questo momento accoglimento; le soluzioni che emergono da questa fase sono la risposta alla mancanza di una visione univoca della mappa del percorso paziente.

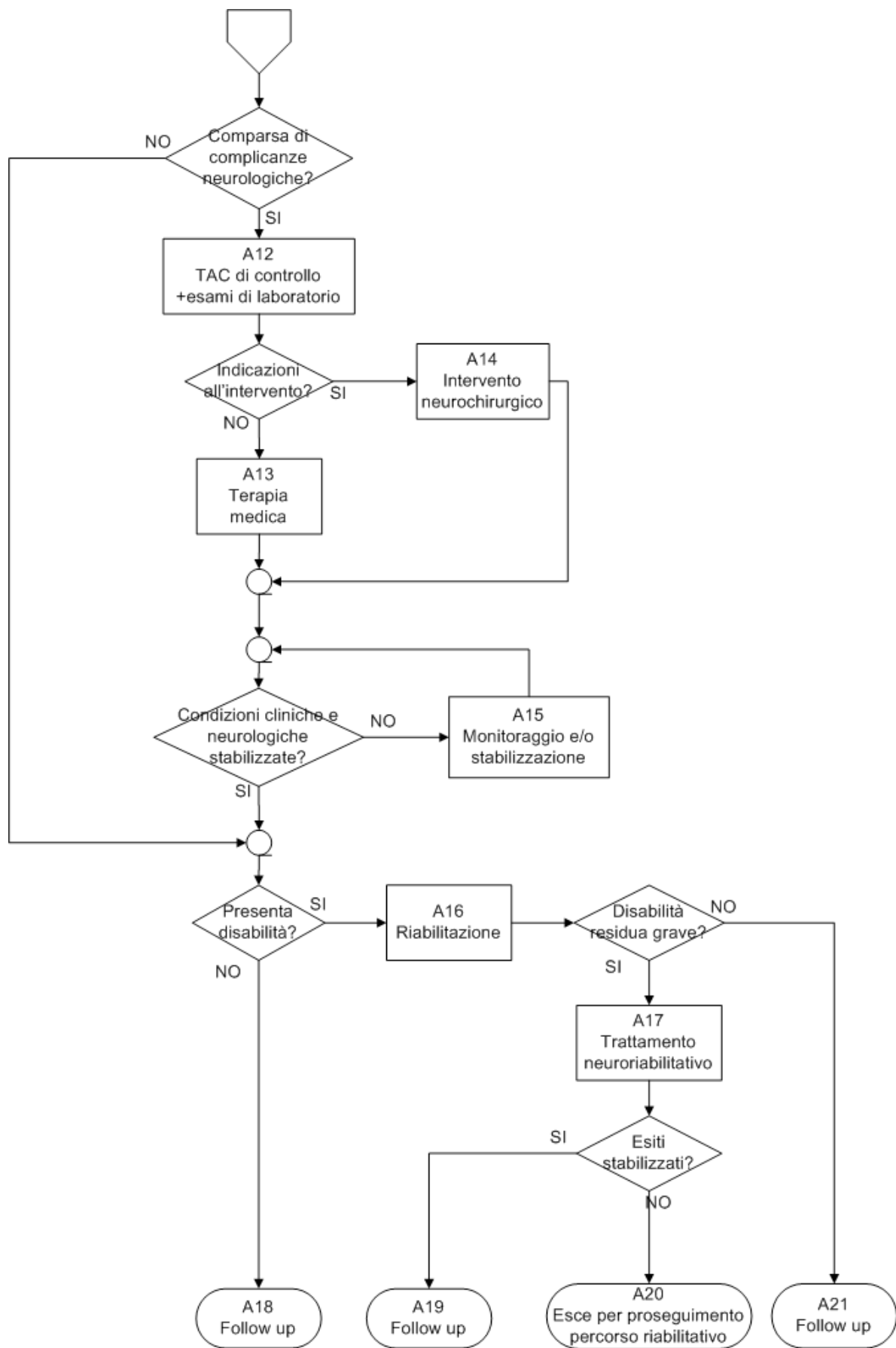
La "*mappa*" descriverà il percorso di massima del paziente, orientato secondo la *Evidence Best Practice* che il gruppo può offrire nel contesto specifico, aderendo agli standard di riferimento (LG) prescelti.

Segue la presentazione dei vari Flow Chart elaborati per i singoli percorsi: per una maggiore chiarezza di rappresentazione del ragionamento clinico, nella maggior parte dei casi, per ciascun percorso, è stato sviluppato più di un Diagramma di Flusso.

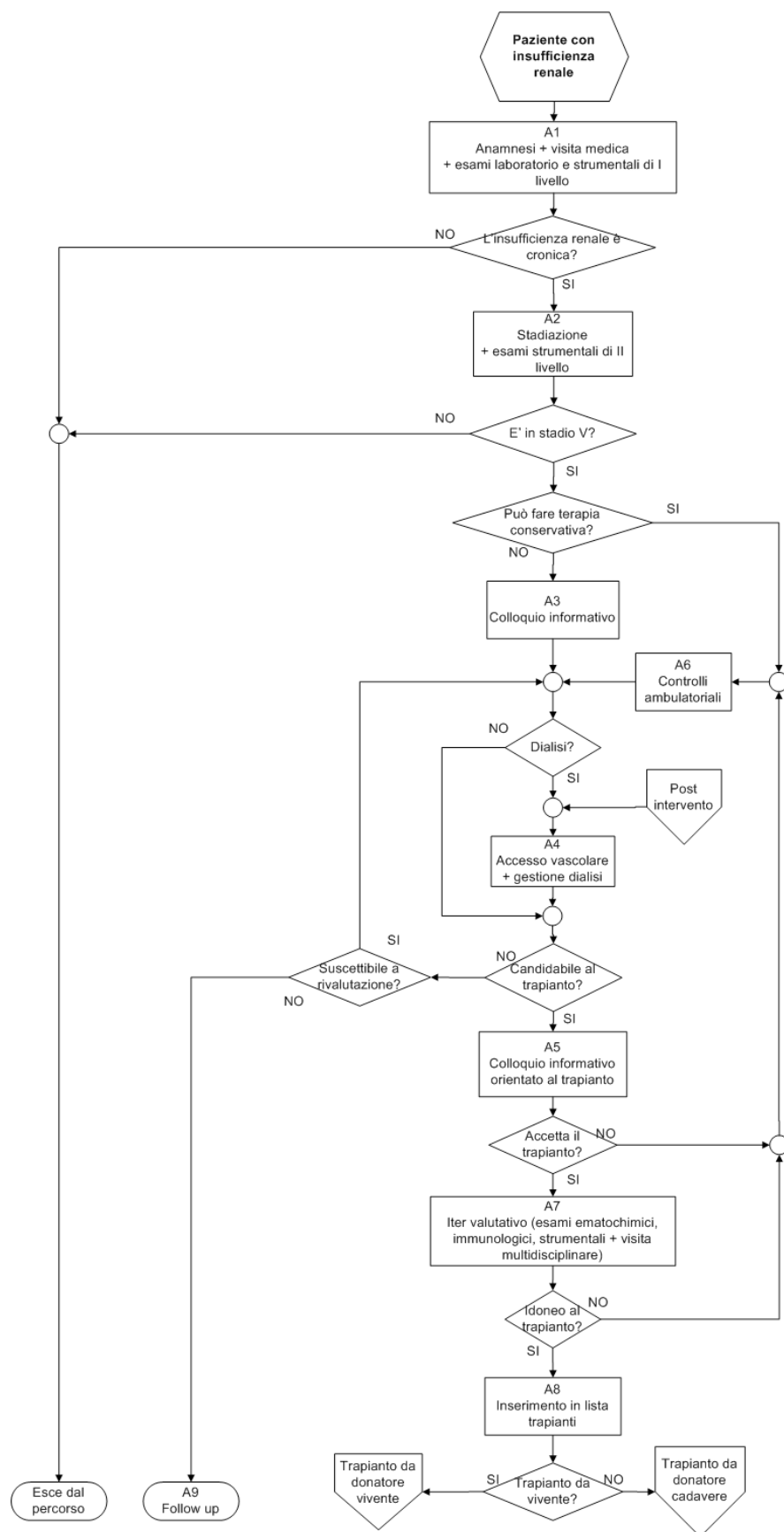
Ciascuna azione/processo è contrassegnata da una lettera e da un numero progressivo, successivamente sviluppata all'interno della relativa singola nota.

Diagramma del Ragionamento Clinico PCA "Ictus ischemico":

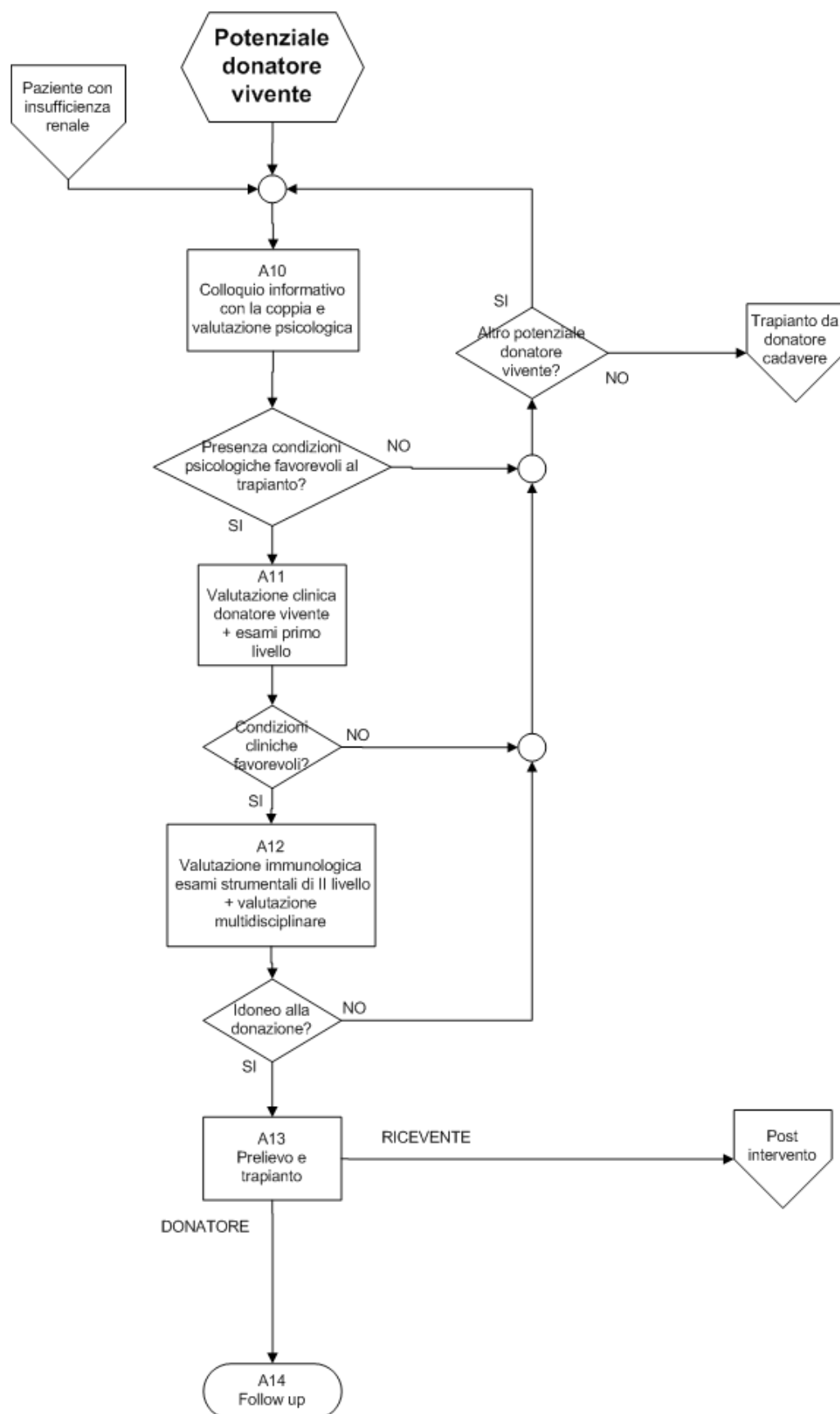




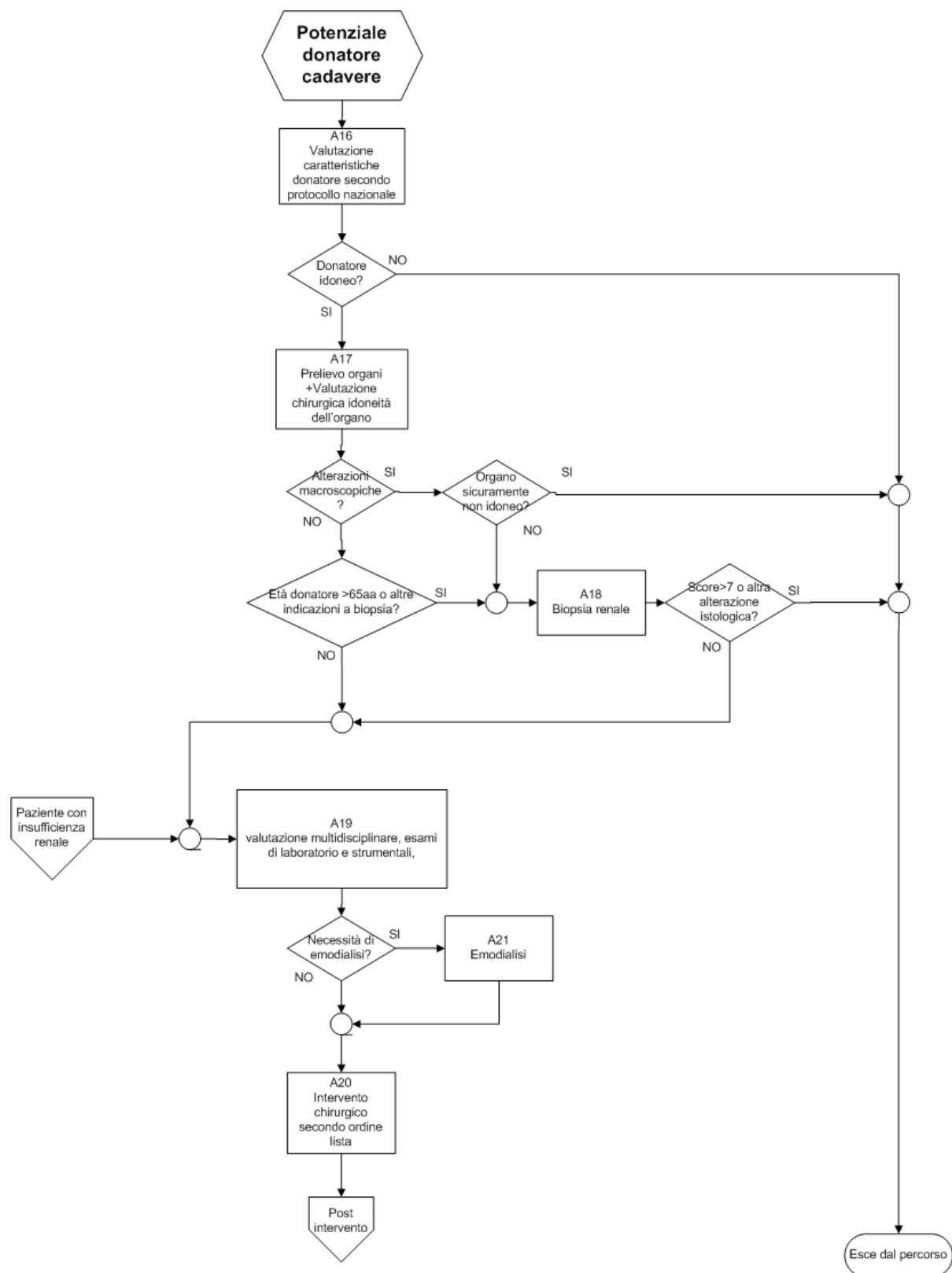
Nel Percorso **“Trapianto rene”** i Flow Chart del Ragionamento Clinico elaborati sono stati quattro:
il 1° relativo al pz. con Insufficienza renale fino all’inserimento in lista trapianti:



Il 2° Diagramma di flusso è quello del paziente con trapianto di rene da donatore vivente:



Il 3° Diagramma di Flusso del Ragionamento Clinico “Trapianto di Rene”, rappresenta il trapianto da donatore cadavere:



Il 4° e ultimo Diagramma del Ragionamento Clinico PCA "Trapianto di Rene" rappresenta il Percorso post operatorio:

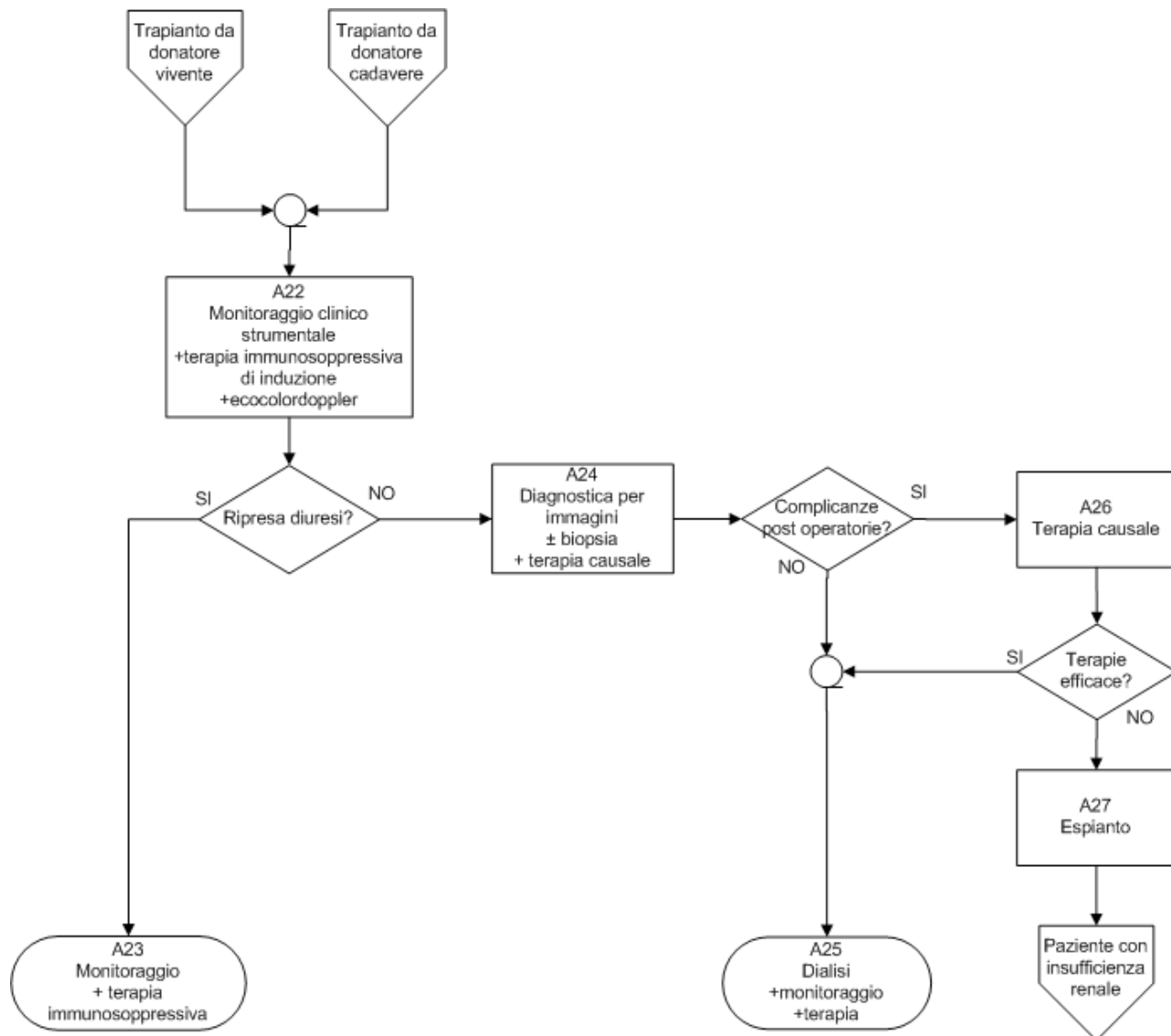


Diagramma N° 1 del Ragionamento Clinico del “Percorso nascita”: periodo gestazionale e parto

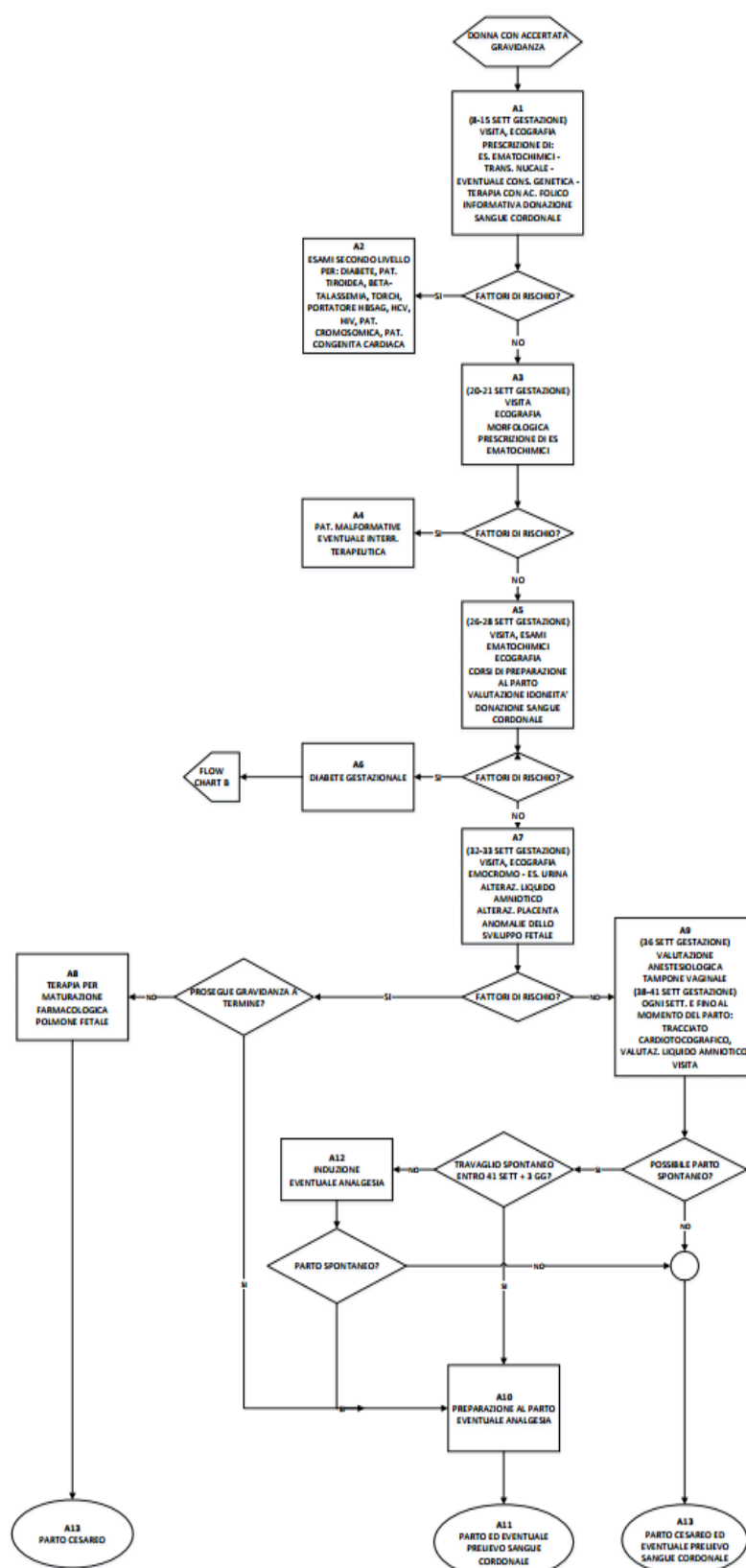


Diagramma N° 2 del Ragionamento Clinico del "Percorso nascita": decorso post partum

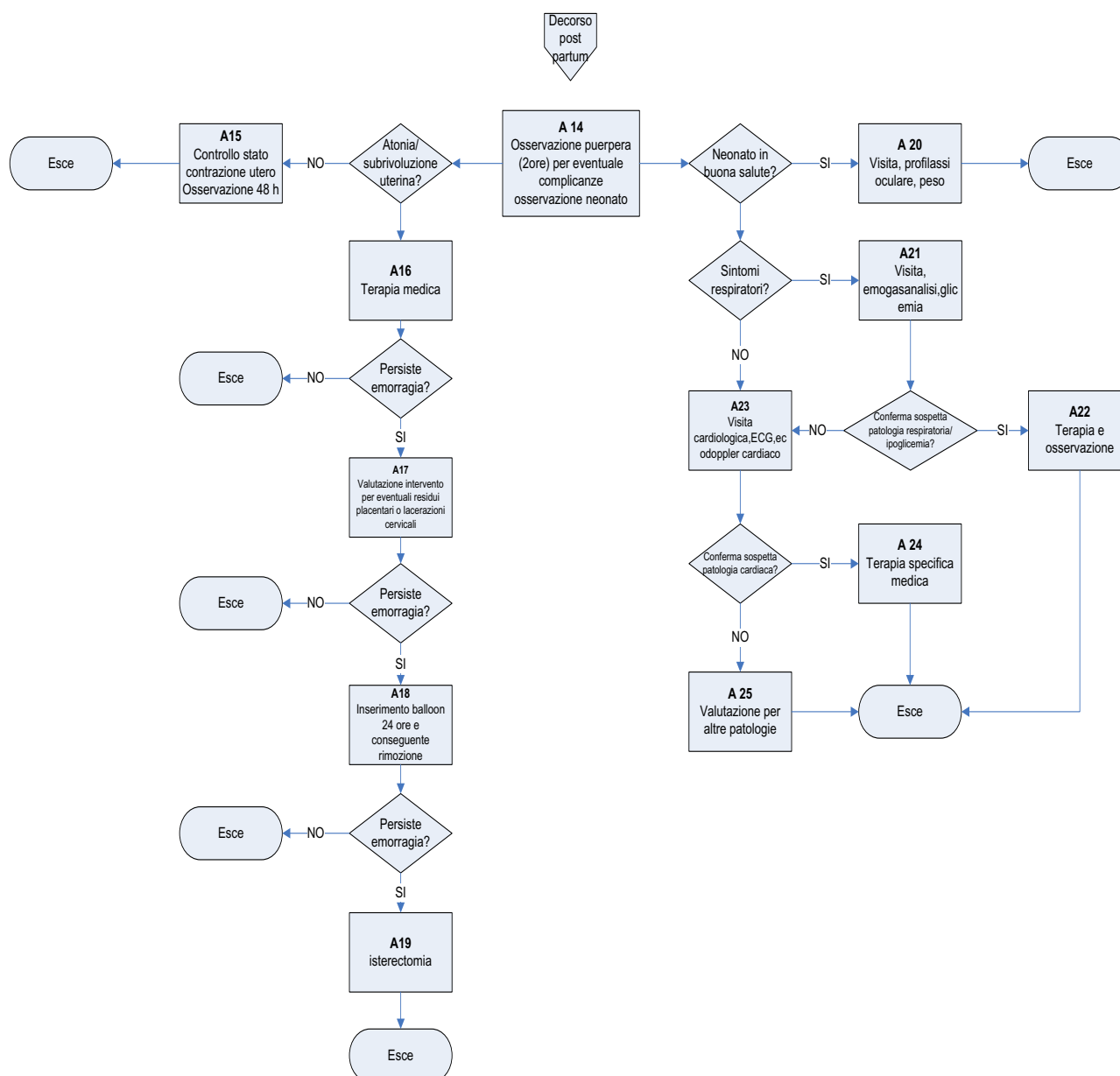
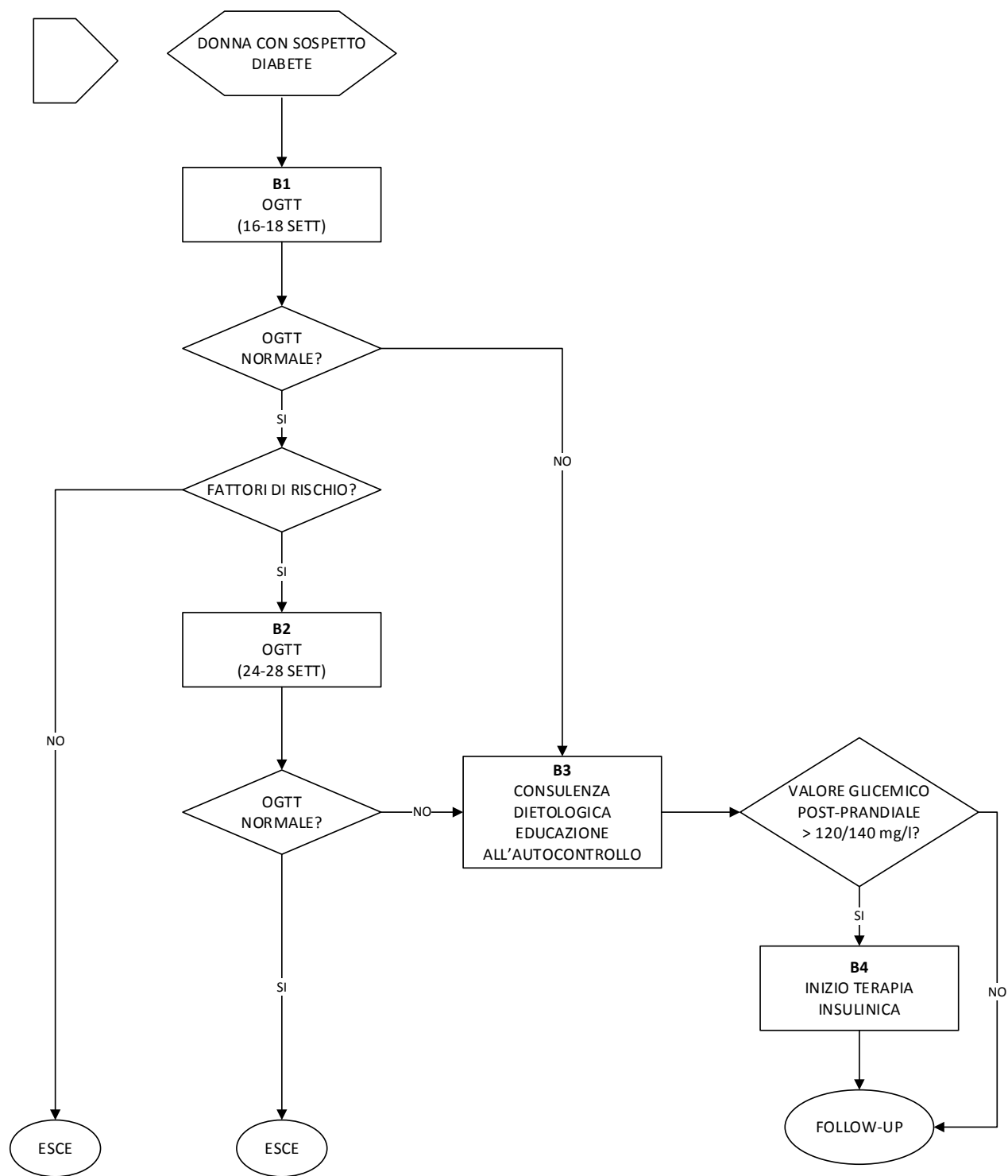
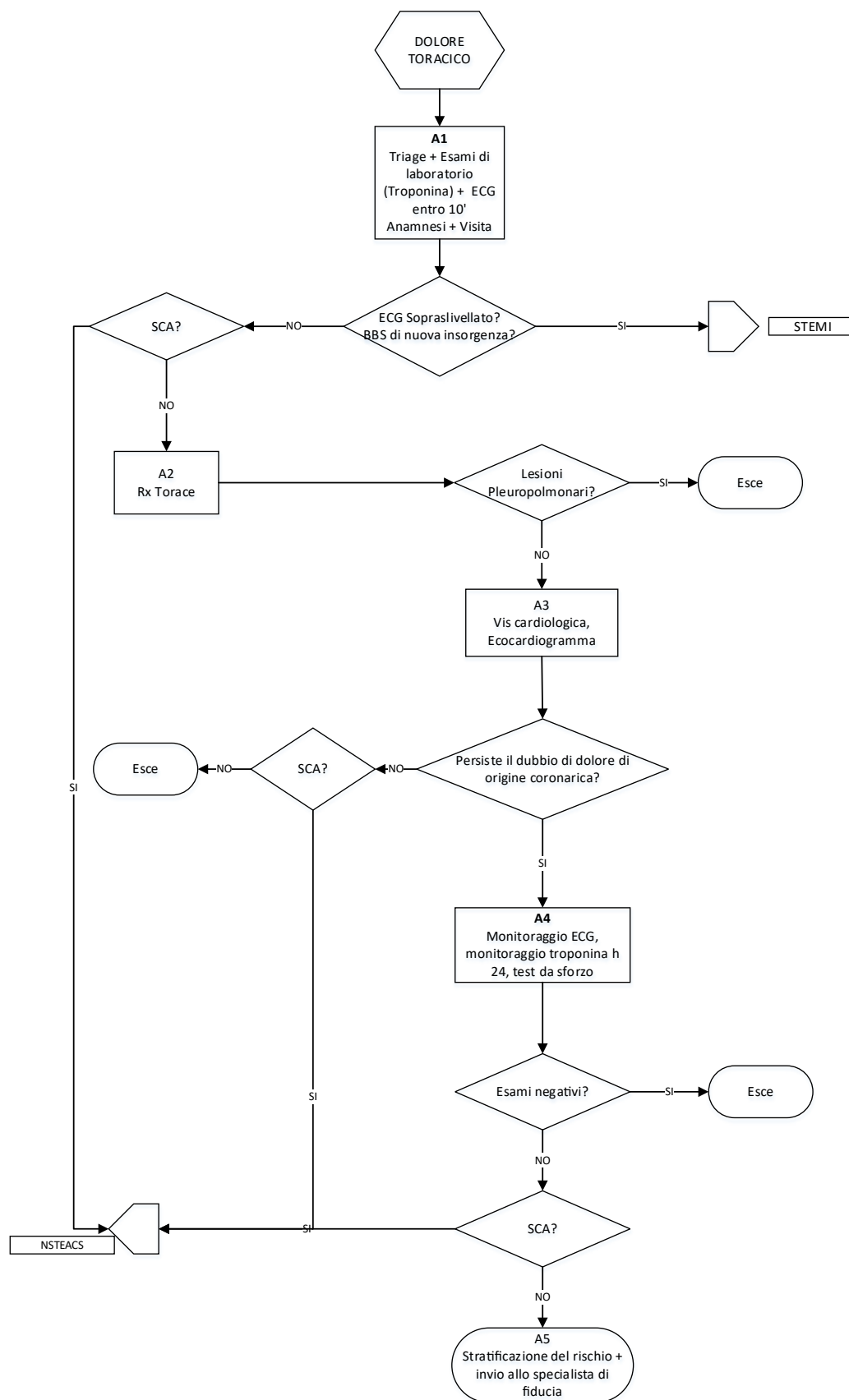


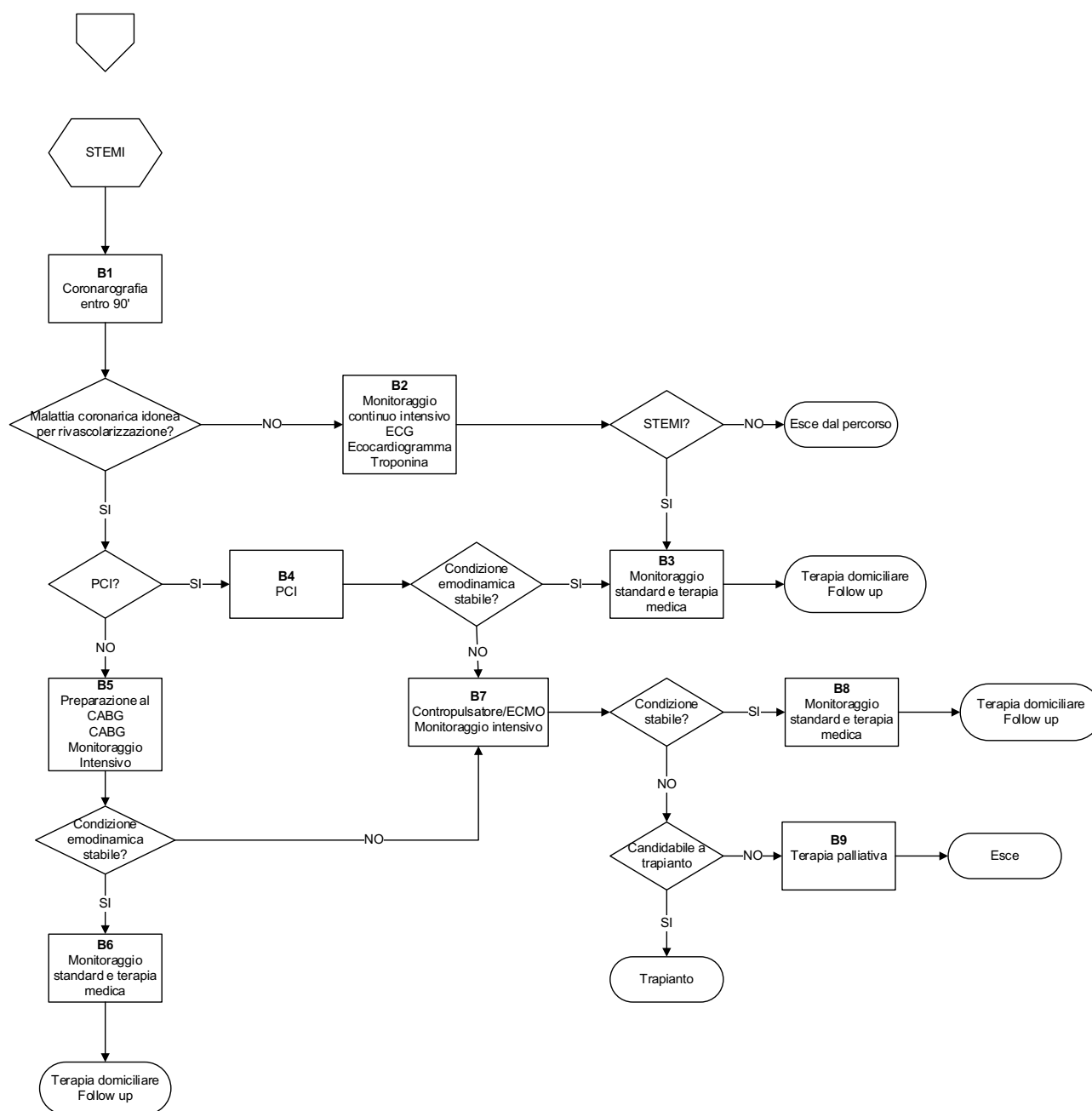
Diagramma N° 3 del Ragionamento Clinico del "Percorso nascita": Diabete gestazionale



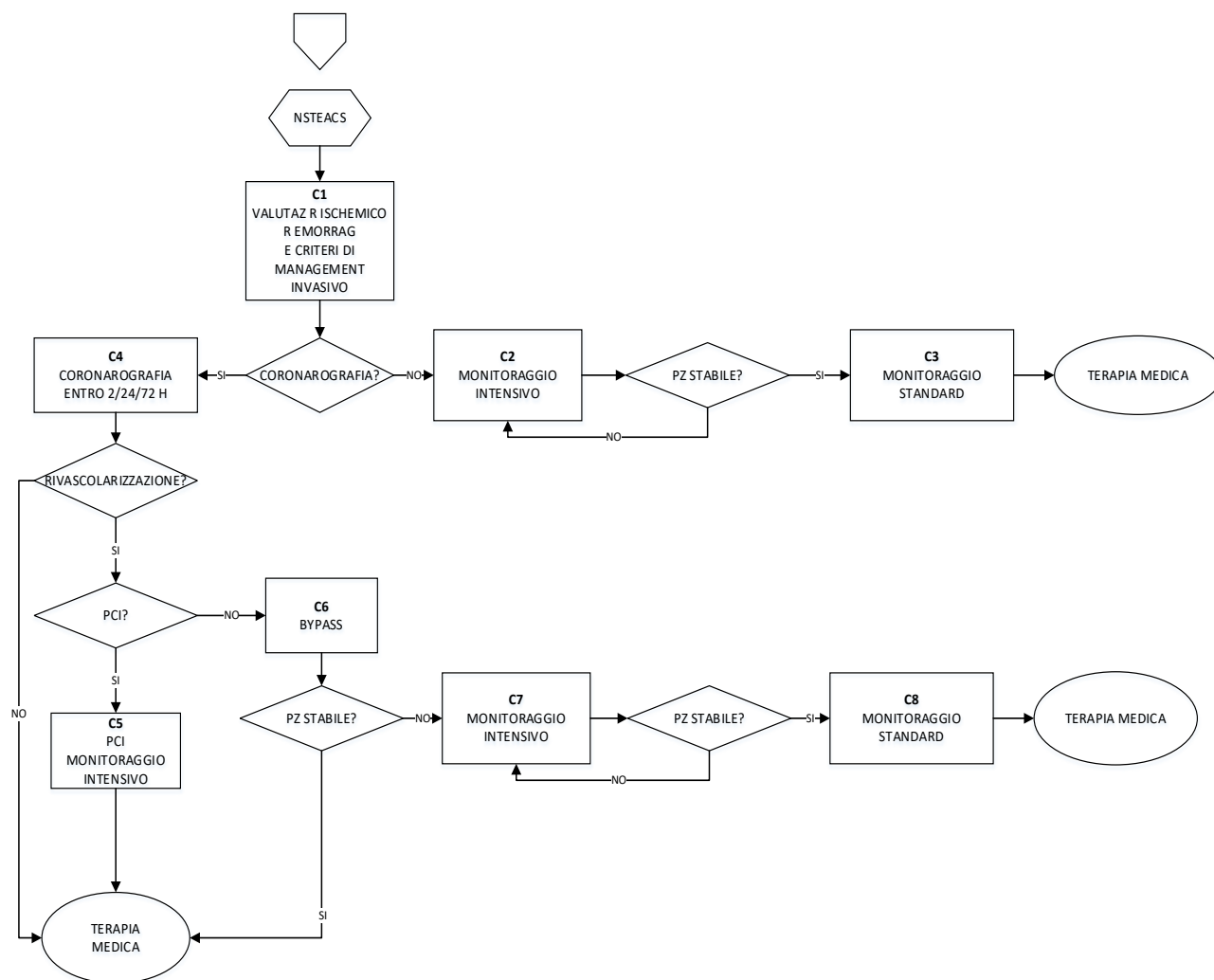
Nel caso del percorso **“Dolore toracico/IMA”** sono stati elaborati tre Flow Chart, il 1° relativo al percorso diagnostico in paziente con **“Dolore toracico”**



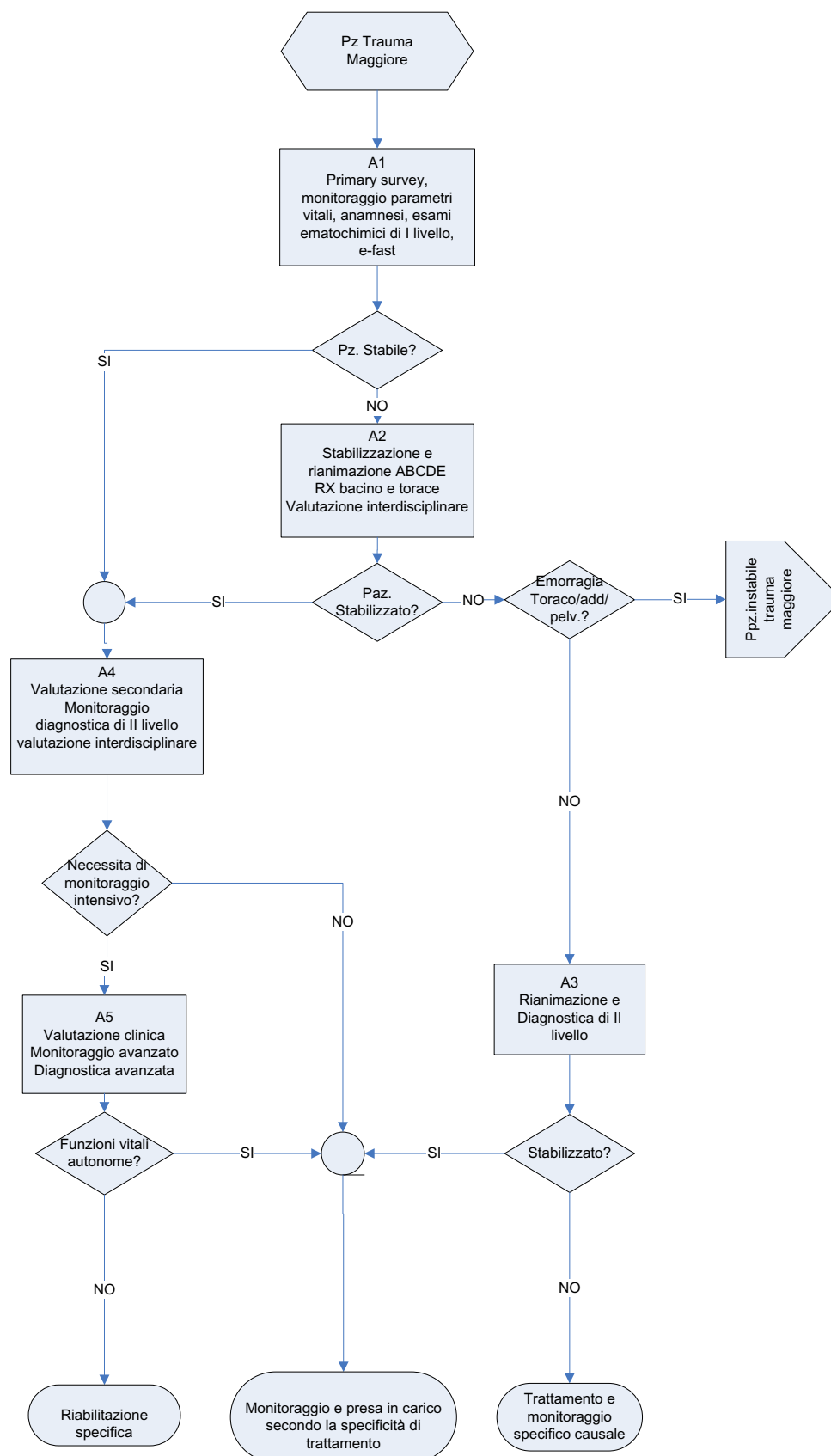
Il 2° Diagramma di Flusso è quello del ragionamento clinico in caso di STEMI

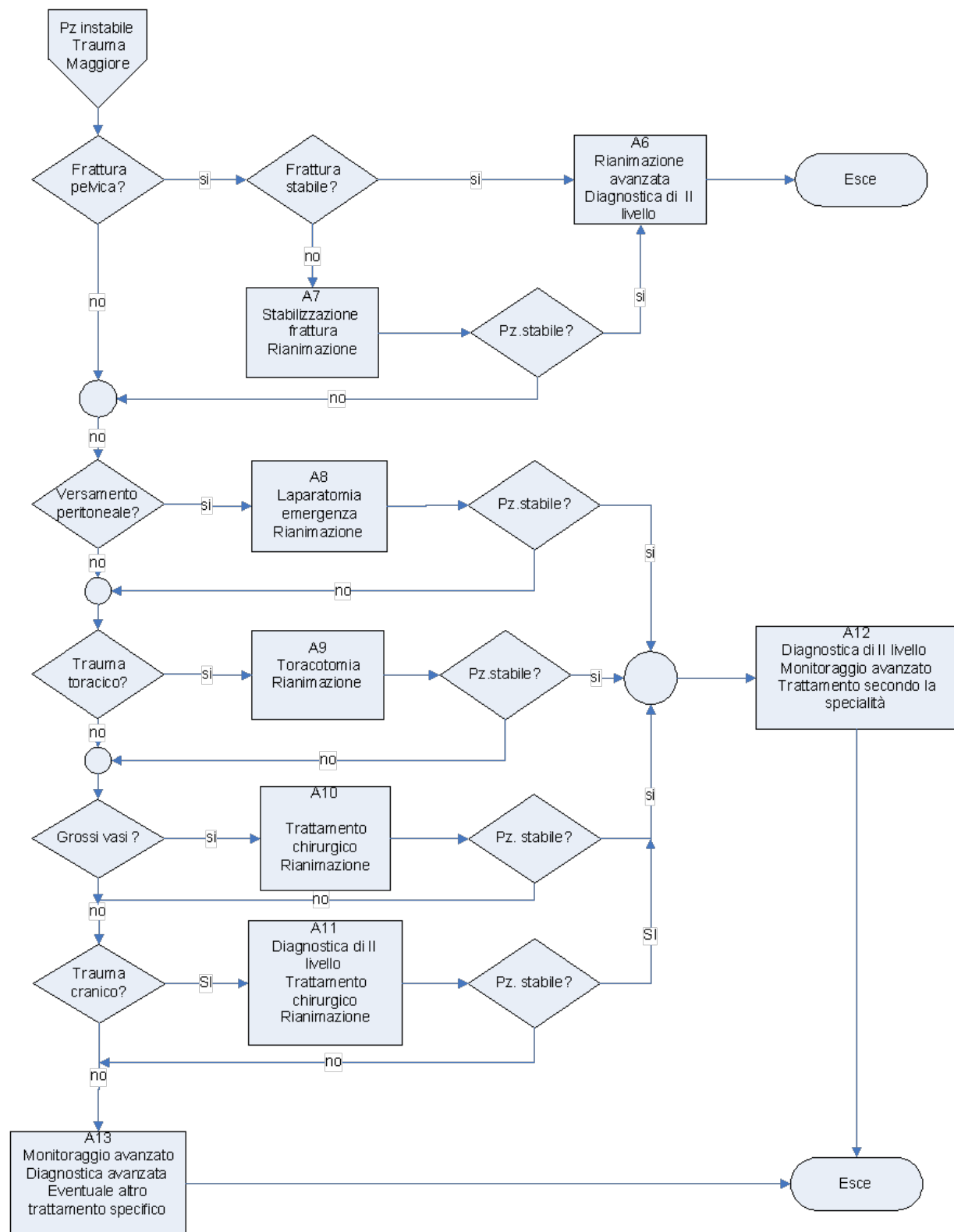


Il 3° Flow Chart elaborato sintetizza il ragionamento clinico in caso di NSTEMACS

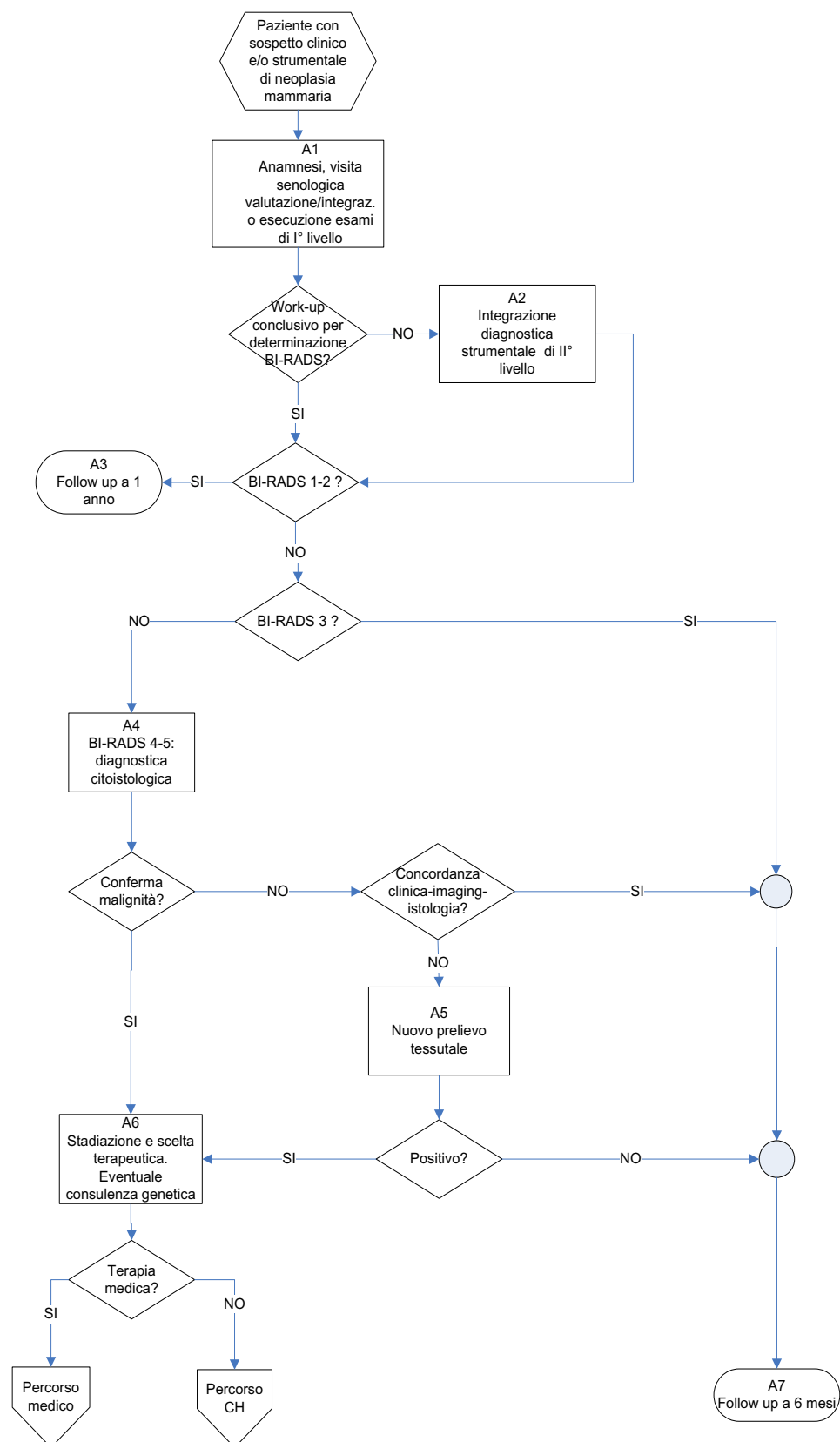


Per il PCA/PDTA **“Trauma Maggiore nel paziente adulto”** sono stati elaborati 2 Diagrammi di Flusso di Ragionamento Clinico:

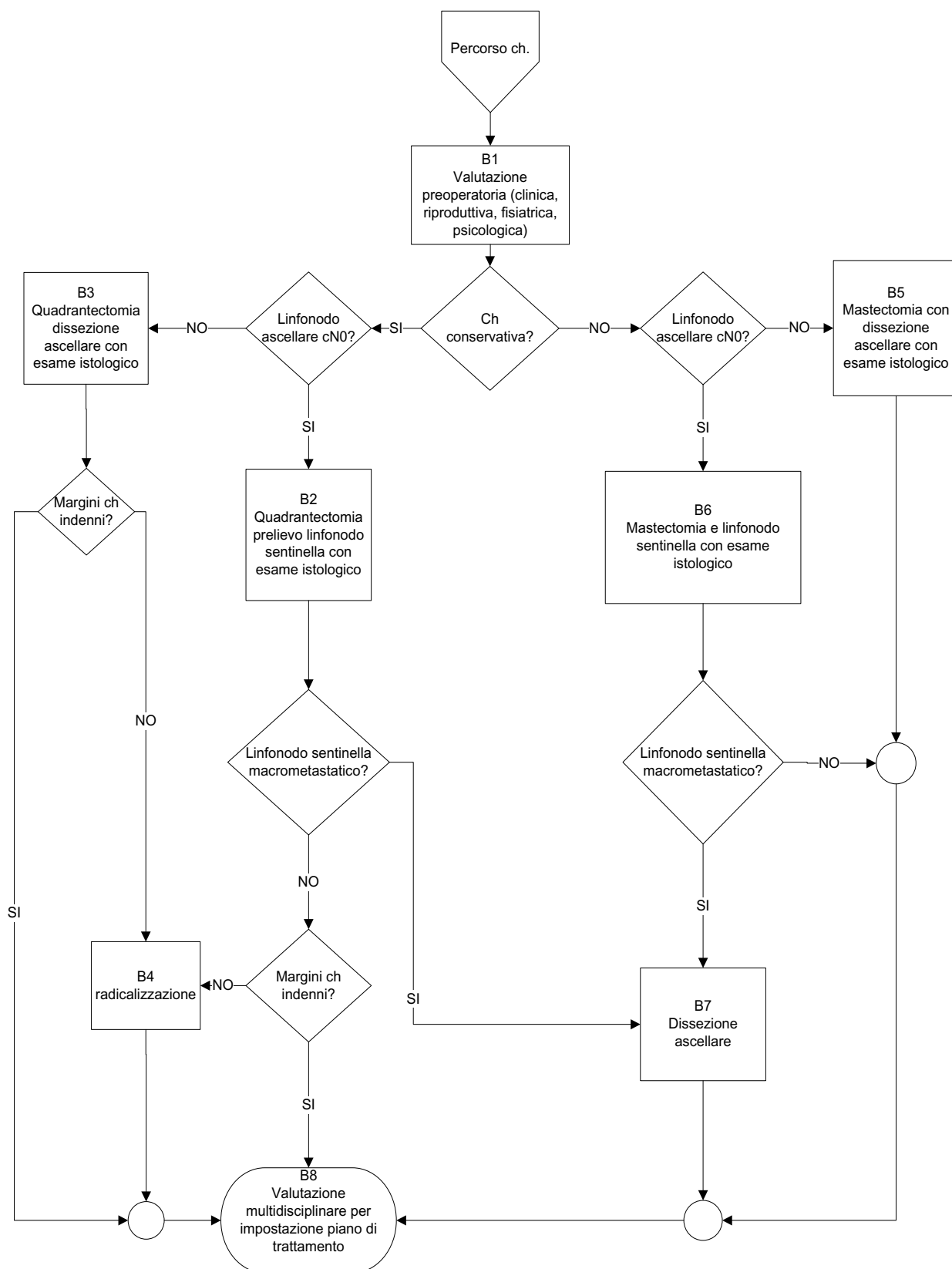




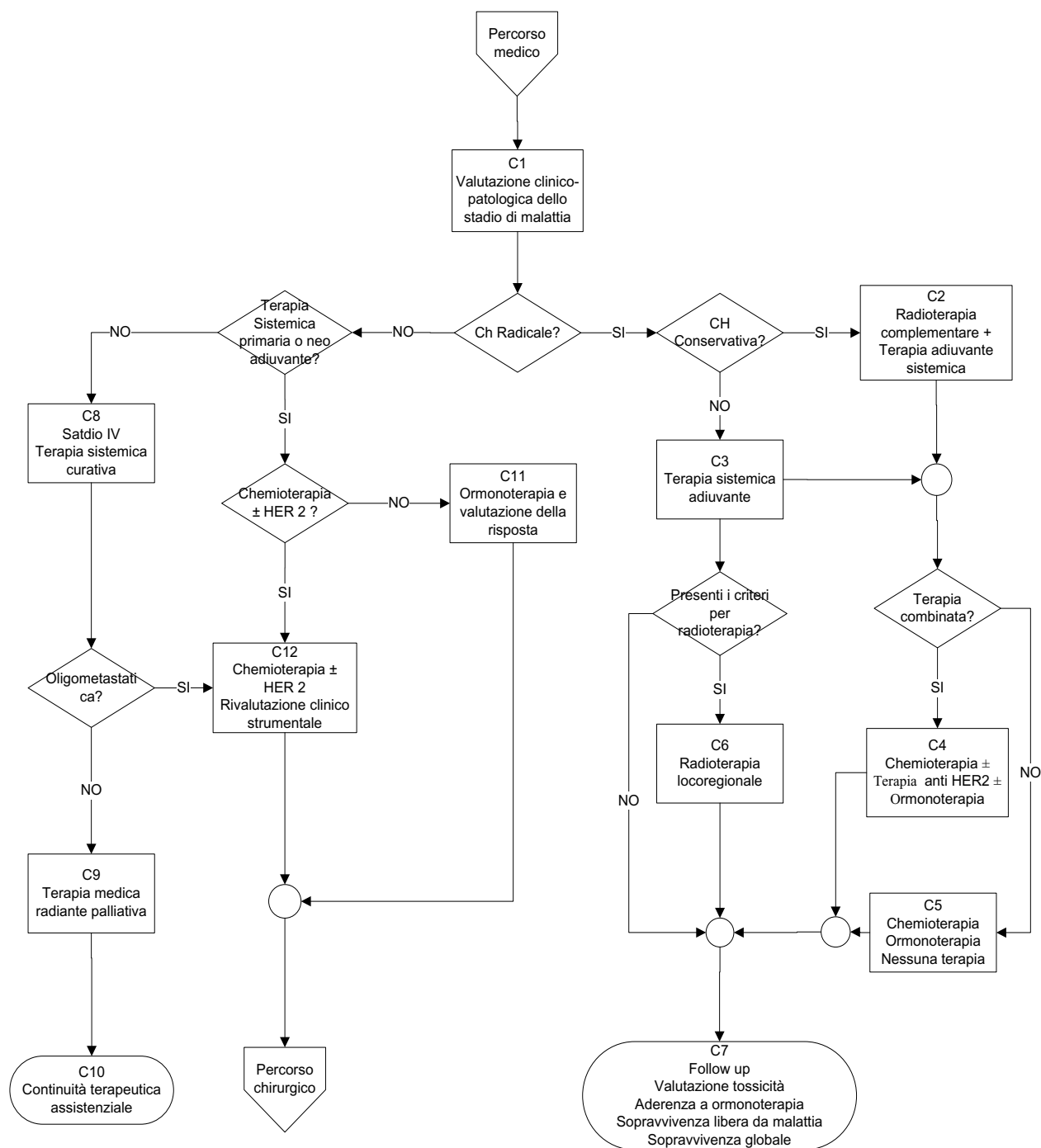
Per il PDTA “**Neoplasie della mammella**”, i Flow Chart relativi al Ragionamento clinico sono 3.
Il 1° è quello relativo alla diagnostica e stadiazione:



Il 2° Diagramma di Flusso rappresenta il Ragionamento clinico del Percorso Chirurgico:

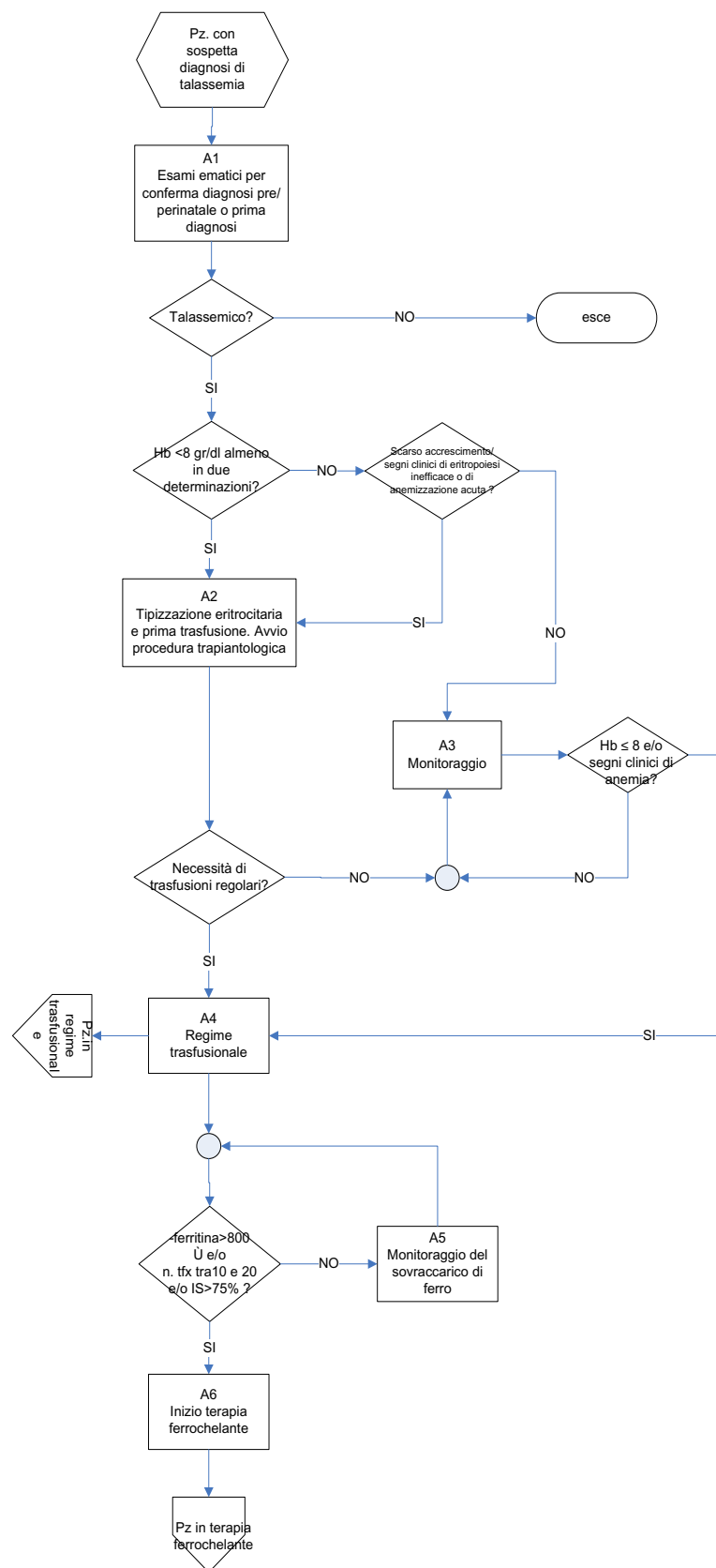


Il 3° Flow Chart rappresenta il Ragionamento clinico del Percorso medico:

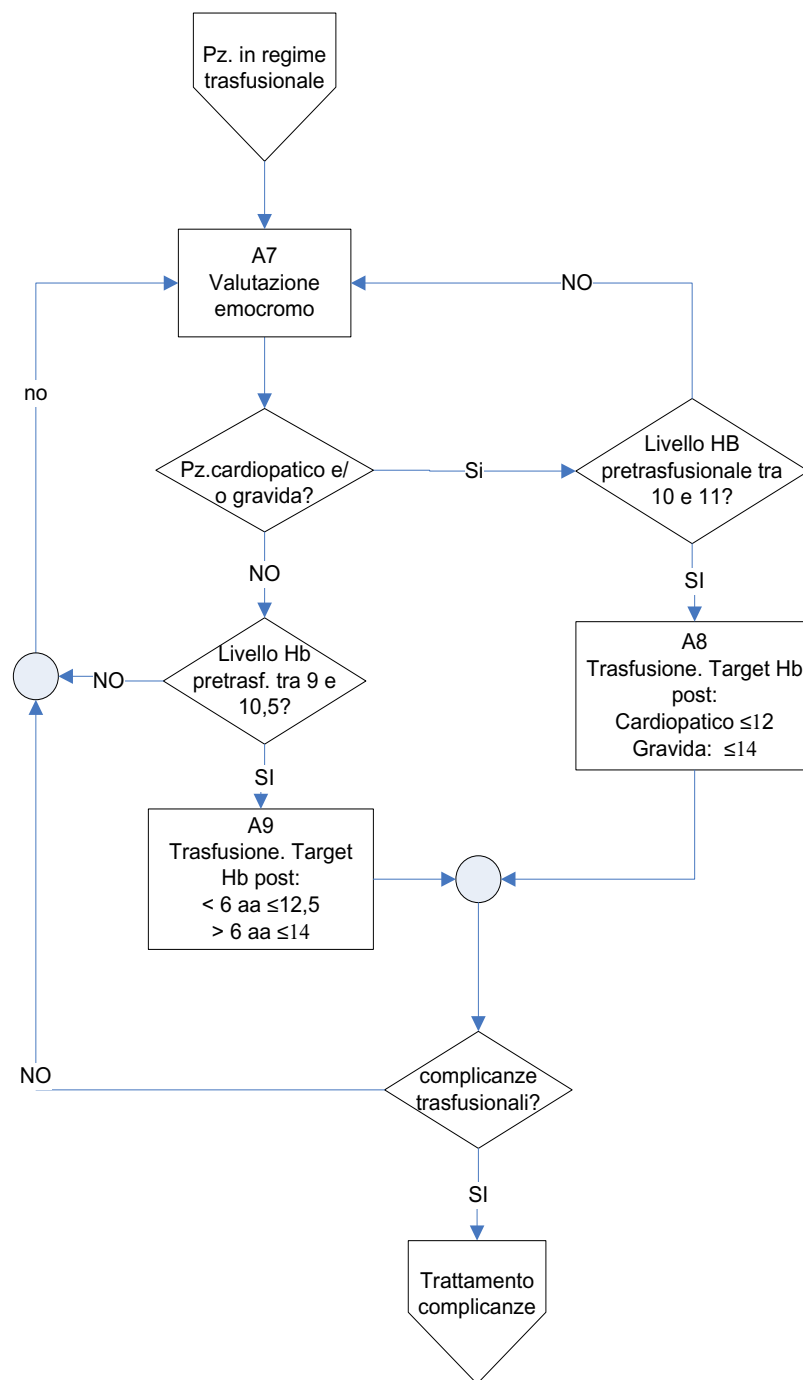


Nel caso del PCA/PDTA **"Talassemia"**, data la complessità multispecialistica e la lunga durata della presa in carico dei pazienti, i Diagrammi di Flusso del Ragionamento Clinico sviluppati sono quattro.

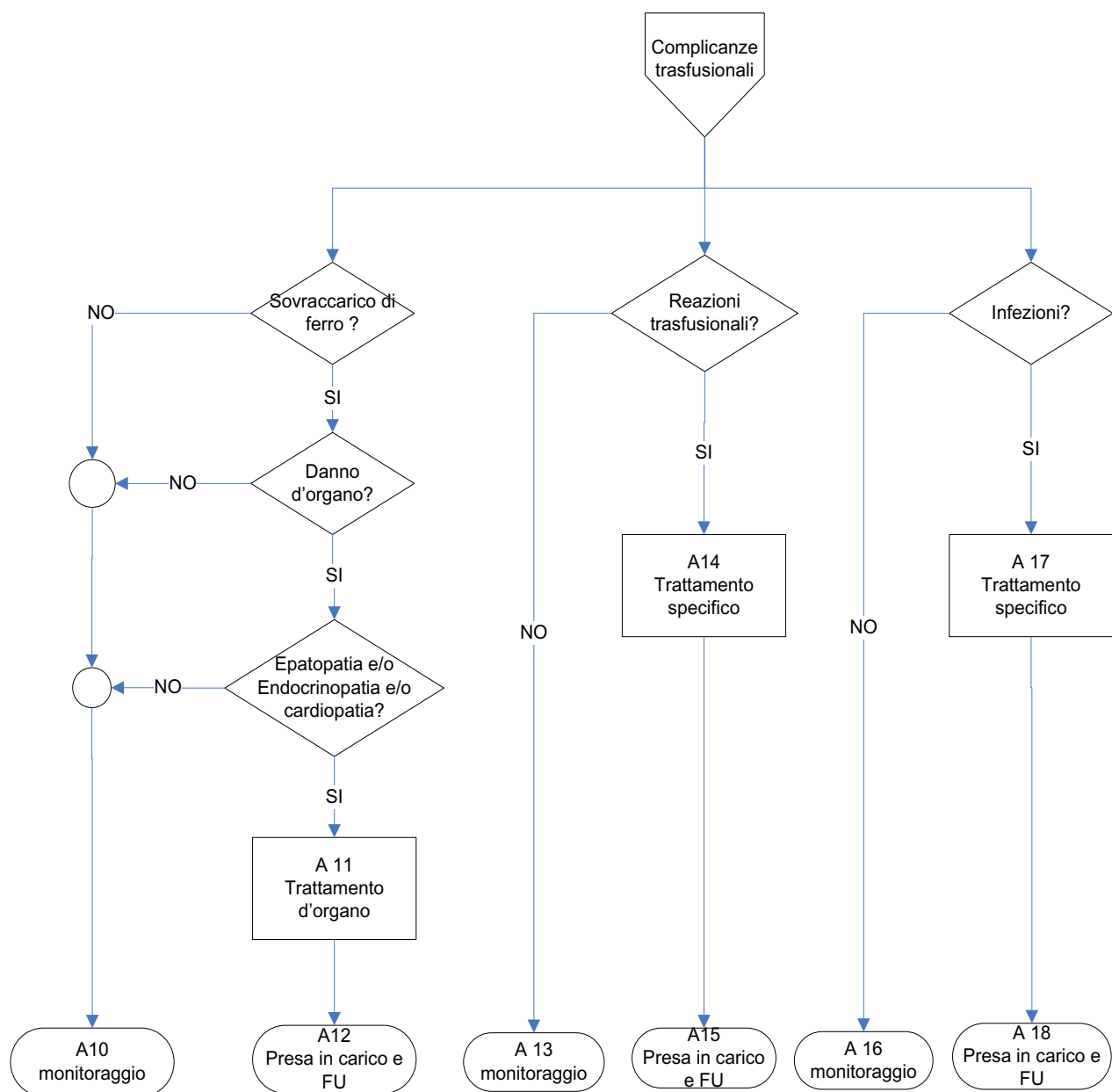
Il 1° FC rappresenta il percorso diagnostico:



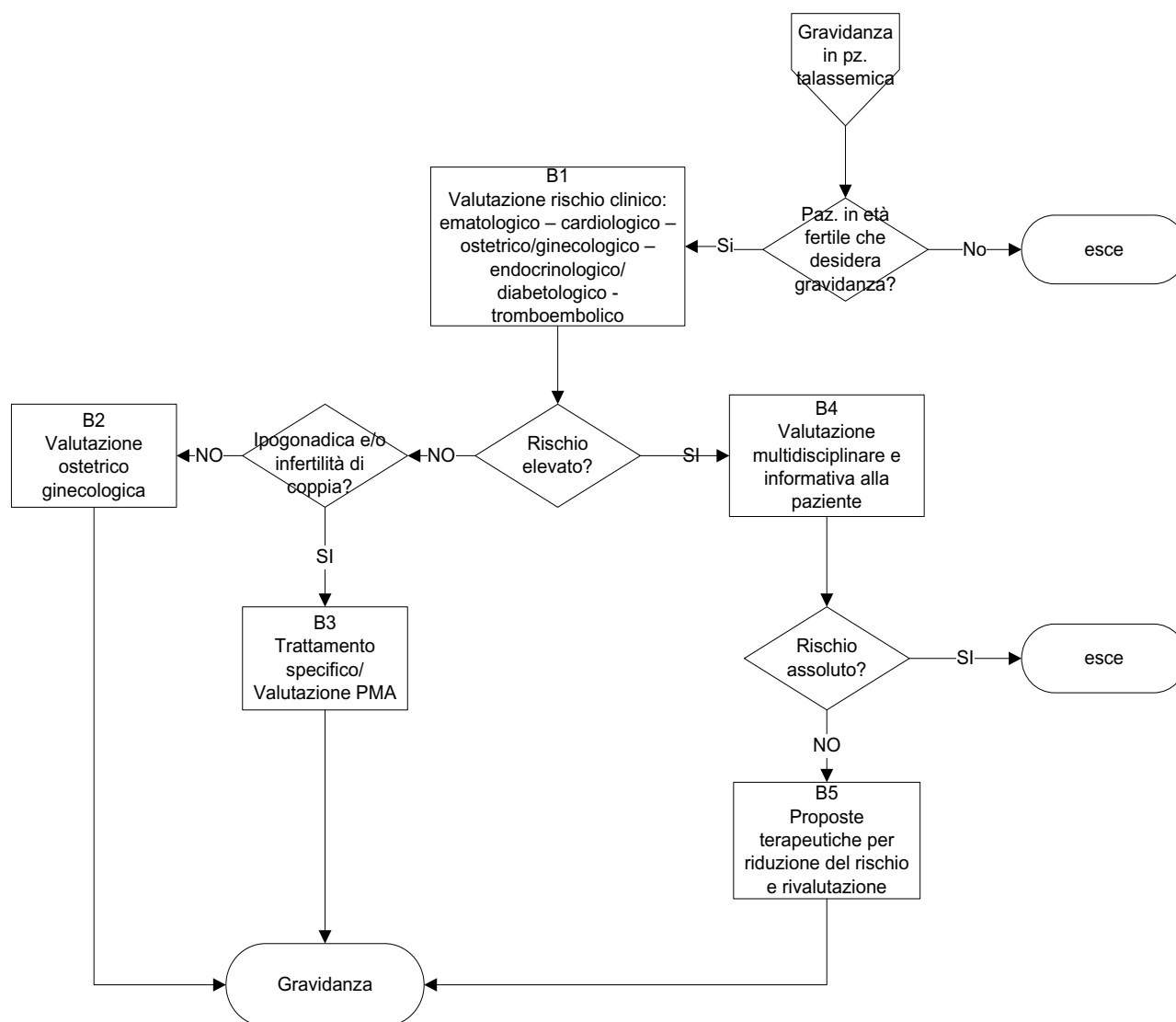
Il 2° Diagramma del Ragionamento Clinico del PCA/PDTA "Talassemia" rappresenta il paziente in regime trasfusionale:



Il 3° Diagramma del Ragionamento Clinico del PCA/PDTA "Talassemia" sintetizza le "Complicanze trasfusionali":



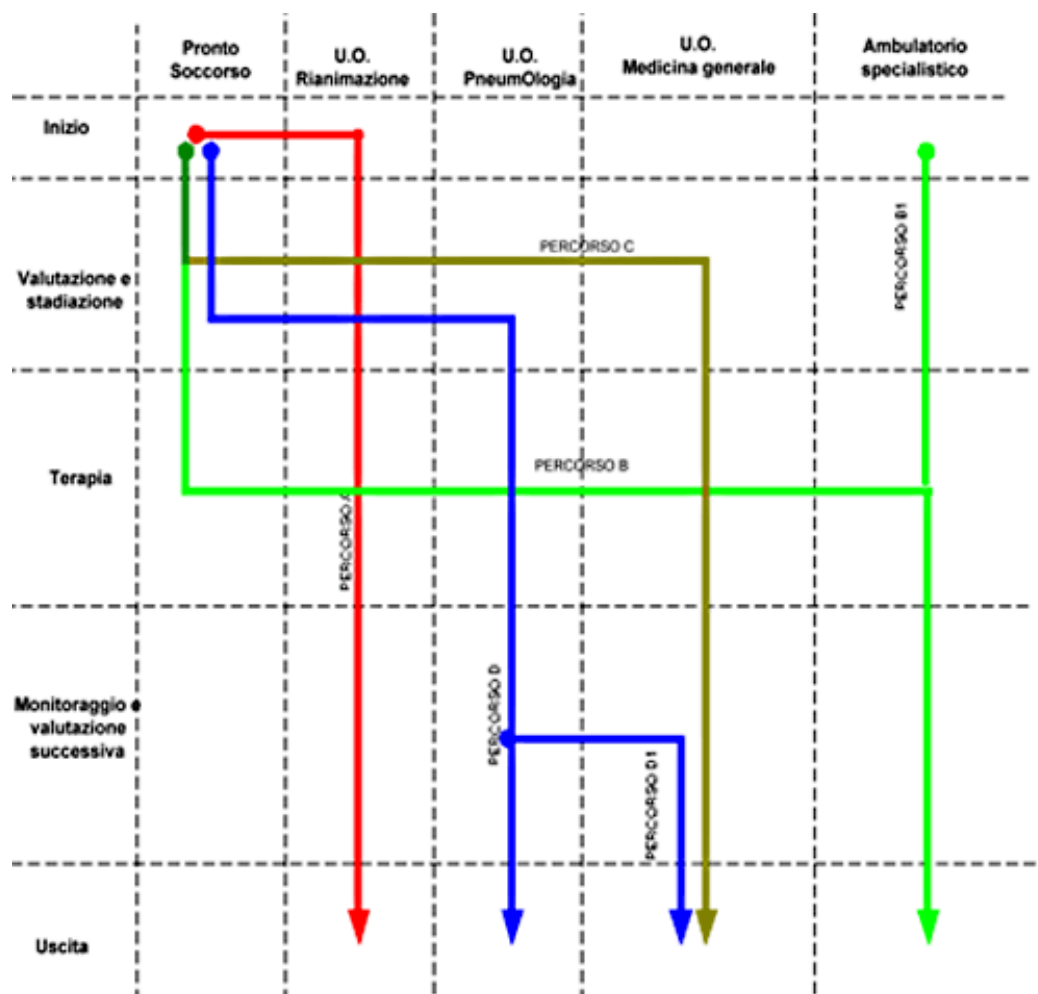
Il 4° e ultimo Diagramma di Flusso prende in considerazione la Gravidanza in paziente con Talassemia Major:



10. La Matrice Organizzativa dei PCA/PDTA.

La mappa degli episodi.

La mappa degli episodi è la rappresentazione delle matrici di responsabilità, che descrivono il singolo episodio che viene gestito, che è stato descritto nel ragionamento clinico, e che individua i singoli ambiti dove avviene la “produzione sanitaria (per es., le unità operative) ed i risultati intermedi di salute prodotti (gli episodi)”.



Attraverso questa mappa è possibile osservare come si articola il percorso attraverso le unità operative interessate e individuare le diverse risposte sanitarie collegate a distinti livelli di severità della patologia.

Si rende così possibile visualizzare il percorso di riferimento, cioè il percorso che risulta essere più appropriato rispetto alle caratteristiche del paziente, alla organizzazione, alle competenze dei professionisti.

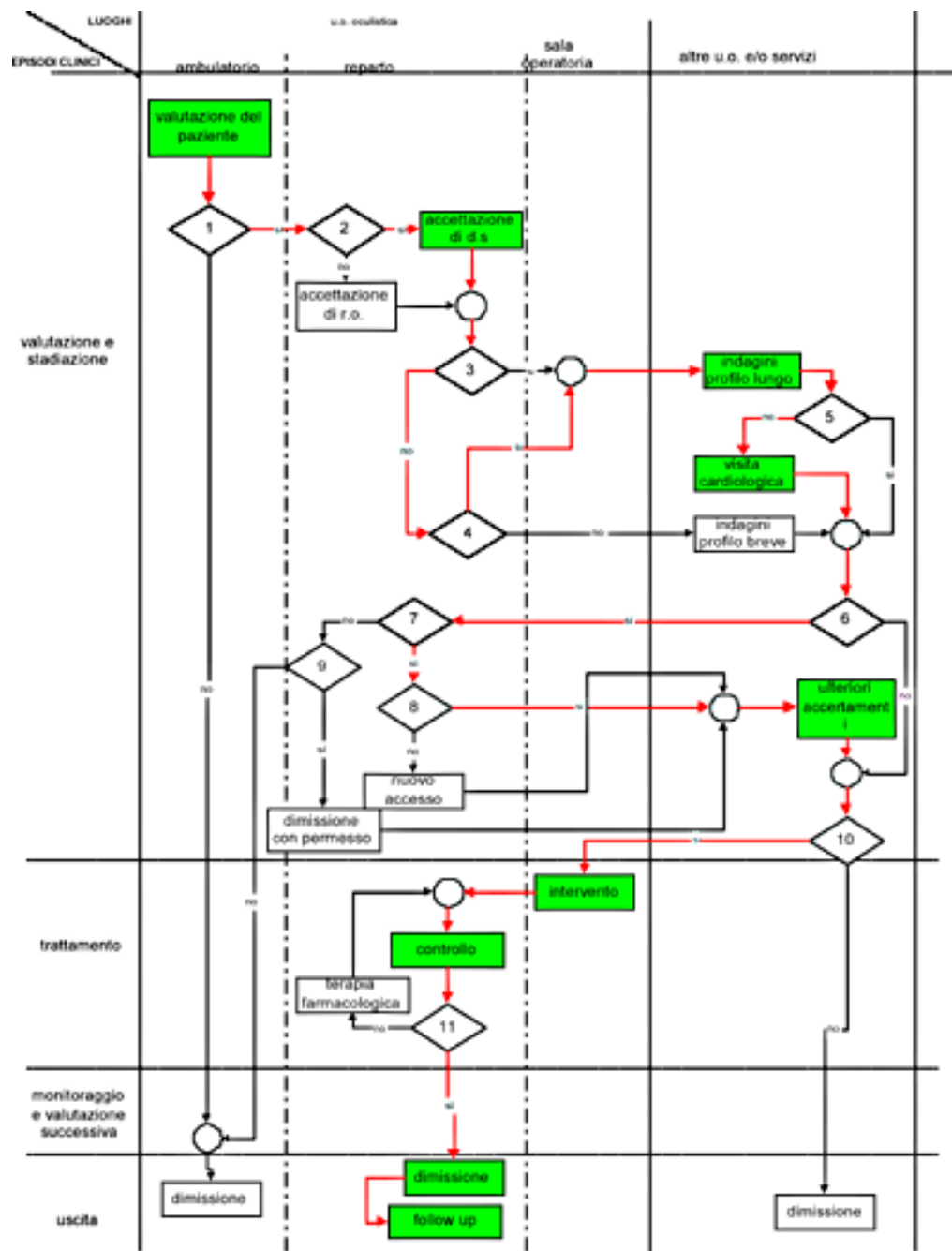
La costruzione del percorso di riferimento viene fatto dal gruppo multi professionale di esperti per la patologia e l'assistenza rispetto ad un vettore complesso di criteri quali ad esempio:

- La formazione e delle competenze professionali sviluppate dai singoli professionisti coinvolti;
- I vincoli organizzativi e strutturali;
- Le risorse economiche gestite ed allocabili.

Il percorso di riferimento

Il percorso di riferimento viene articolato in modo analitico, dettagliando ogni singola attività attraverso la simbologia del diagramma di flusso. Questo produce la mappa di riferimento del reale percorso implementabile nell'organizzazione.

7. G. Casati- M.C. Vichi "Il percorso assistenziale del paziente in ospedale" McGraw-Hill 2002



Le matrici

Il soggetto principale delle matrici è il singolo episodio clinico-assistenziale-organizzativo nel quale sono descritte tutte le attività, azioni, risorse e risultati che lo caratterizzano, e attraverso questa descrizione si dà origine alla matrice analitica delle responsabilità.

La rappresentazione matriciale dà luogo da un lato alla possibilità di estrapolare matrici analitiche e/o sintetiche generali riferite a parti del percorso o ad altri oggetti (singolo episodio clinico, assistenziale, rischi, tempi..); dall'altro si possono costruire matrici cosiddette "filtrate", cioè che rappresentano solo aspetti specifici. Quindi le informazioni contenute nelle matrici consentono di costruire delle matrici che vengono generate "ad hoc" per focalizzare l'attenzione su aspetti specifici: aspetti gestionali, aspetti economici, aspetti legati alla gestione dei rischi, aspetti legati alla gestione dei tempi. Questo rende disponibili informazioni che rendono misurabile e quindi controllabile l'andamento dei processi anche per aree specifiche.

Come già detto nel Capitolo 10, dopo aver completato il Ragionamento Clinico, il gruppo inizia a lavorare sulla Matrice Organizzativa generale e si occupa della compilazione della Matrice delle Responsabilità con

l'individuazione non solo dei *setting* assistenziali, ma dei rischi, dei tempi di quella sezione di attività, e delle varie attività e responsabilità di ogni attore del percorso in quella sezione.

Ne risulta una descrizione in forma matriciale di una tabella che chiarisce i livelli organizzativi, e dalla quale si possono ricavare successivamente alcuni indicatori di processo e di struttura.

Altra cosa fondamentale è che, a partire dalla matrice delle responsabilità, si possono derivare i costi di realizzazione dei processi, definiti dagli stessi professionisti, secondo quelle che vengono considerate le migliori pratiche applicabili in quel contesto (*EBP- Evidence Base Practicies*).

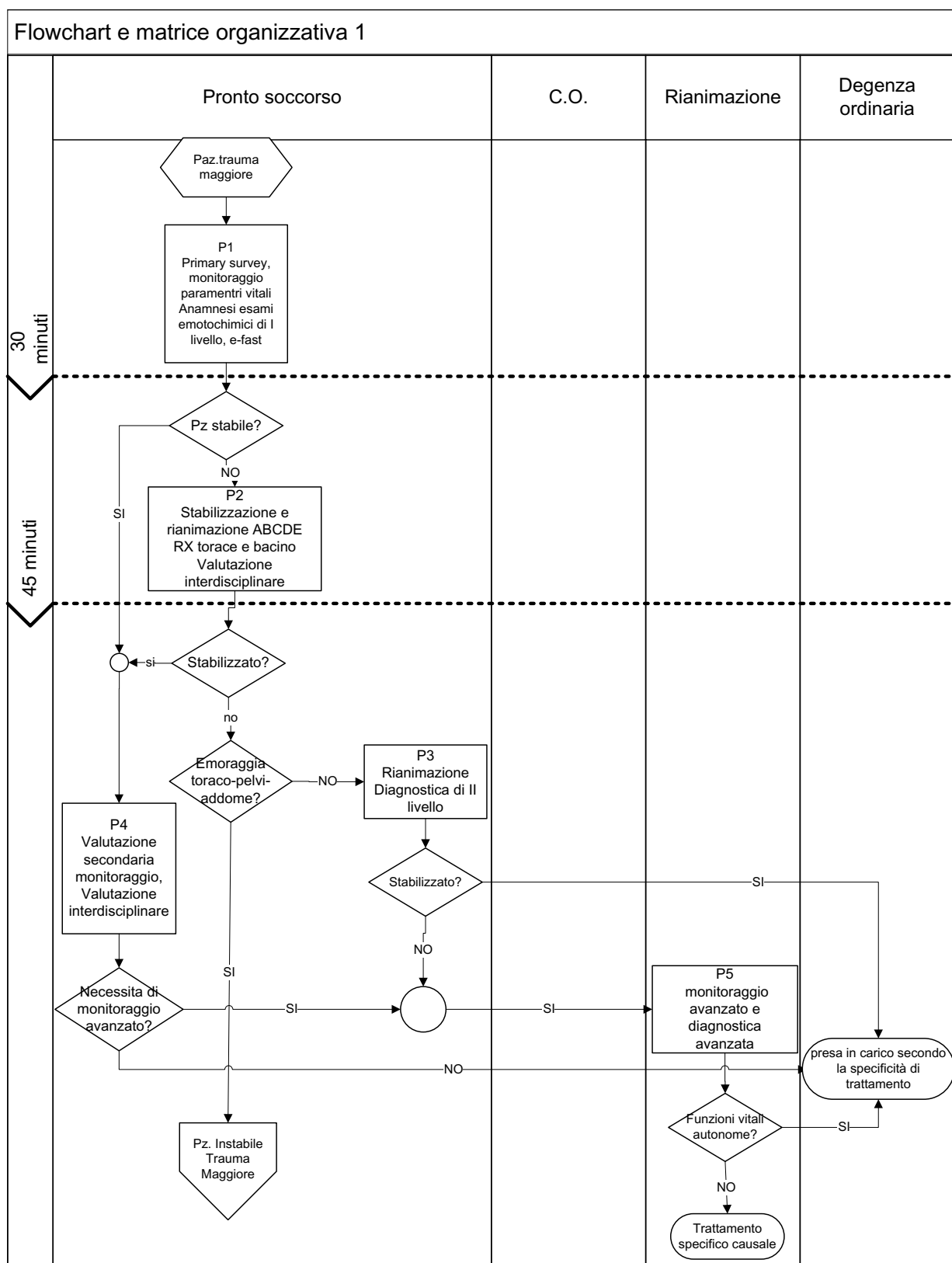
Si definiscono in questo momento di ragionamento anche i rischi per il paziente, che gli operatori concordano sulle singole azioni o procedure. I rischi possono essere sia di natura clinica che procedurale, oppure comunicativo-gestionale.

La forza di questo strumento si rende evidente nel dettaglio con cui consente di monitorare il processo che viene descritto, sia dal punto di vista dei rischi, sia dal punto di vista dei costi, ma soprattutto dal punto di vista dei risultati in termini di salute.

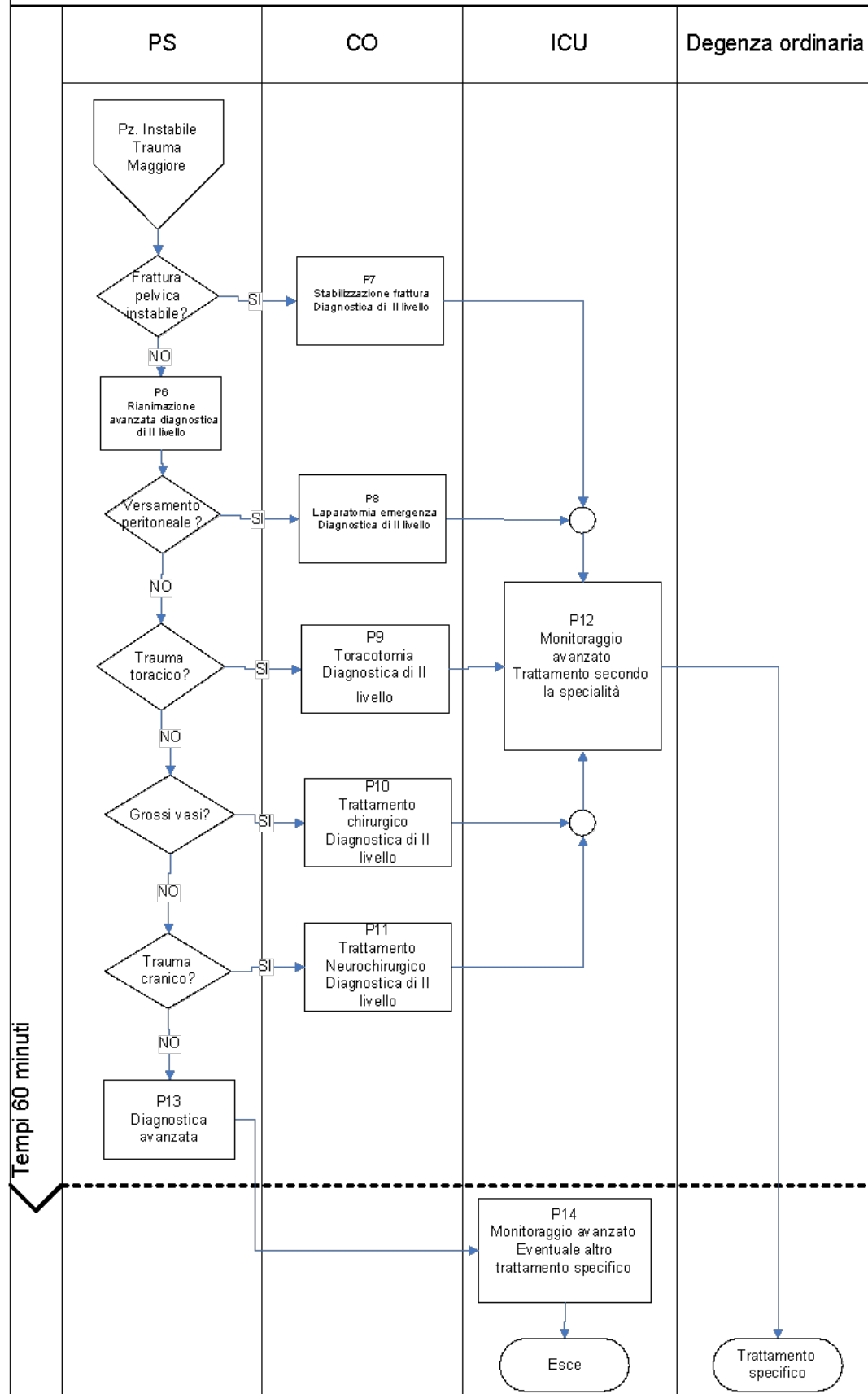
La matrice organizzativa determina la cosiddetta "*mappa degli episodi*" descritti, che rappresentano la base delle singole matrici delle attività e delle responsabilità.

Come esemplificazione abbiamo riportato il flow chart organizzativo del PDTA/PCA "*Trauma Maggiore*" ed esempi delle matrici di responsabilità esplicative delle attività previste sia in sede di valutazione che di assistenza.

Matrici Organizzative del PCA/PDTA "Trauma Maggiore":



Flow chart e matrice organizzativa 2



11. Matrice delle responsabilità

Di seguito, vengono riportati alcuni esempi di matrici delle responsabilità, relativi al PDTA/PCA “Trauma Maggiore”, da cui si può dedurre l’impostazione che viene data, sia ai fini del collegamento delle matrici con il restante percorso, sia per il grado di dettaglio raggiunto all’interno della matrice stessa.

A1-P1 primary survey monitoraggio P.V. esami I livello

Setting di cura: PS

Allegato: Protocollo Primary survey (ABCDE)

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Infermiere Triage</i>	Riceve la chiamata, annota la descrizione del trauma il codice e il tempo di arrivo se accompagnato da ambulanza medicalizzata o di base, annota su apposita scheda i dati parametrici forniti telefonicamente (P.A.; F.C.; SPO2; GCS); trasmette le informazioni al medico e all’infermiere C (circolo) dedicato alla “shock room” e all’infermiere A (vie aeree) 3°/4° medicheria. All’arrivo del politrauma registra i dati del paziente in modo informatico e fornisce scheda di triage al medico pronto soccorso.
<i>Medico Pronto Soccorso</i>	Convoca in Shock Room (S.R) rianimatore e chirurgo a seconda del Revised Trauma Score sulla scena dell’evento, pre-allerta TSRM, Medico radiologo, Servizio trasfusionale, Servizio TAC se di giorno o nei giorni pre-festivi, chiama in reperibilità medico radiologia tradizionale e medico radiologo del servizio TAC di notte e nei giorni festivi. Pre-allerta telefonicamente eventuali altri specialisti (Neurochirurgo/ortopedico/chirurgo toracico/chirurgo vascolare). Raccoglie dal personale di soccorso i dati anamnestici (dinamica del trauma, circostanze ambientali, parametri vitali, RTS), esegue la Primary Survey ABCDE * e provvede, se non ancora presente il medico rianimatore, all’assistenza e gestione delle vie aeree (eventuale disostruzione delle vie aeree, aspirazione, ventilazione in maschera), esegue l’extended-FAST nella ricerca di PNX, versamento pleurico, pericardico e peritoneale. Se il paziente è confermato essere emodinamicamente stabile, non vi è evidenza clinica di frattura di bacino e l’esame extended FAST è negativo o non significativo per pneumotorace e versamento pleurico può decidere di soprassedere sull’esecuzione di Rx torace e bacino con apparecchio portatile in S.R ed avviare il paziente ad una diagnostica TC di II° livello (Tc cranio+total body). Esegue l’emogasanalisi arteriosa (EGA) e richiede gli esami ematochimici in emergenza (profilo ematochimico di base + prove crociate + prelievo per neuroleso + BHCG se paziente donna in età fertile) ed invia sempre la richiesta per l’eventuale ritiro di emocomponenti (tipizzazione), esegue l’accesso intraosseo se non disponibile un accesso venoso periferico.
<i>Infermiere A (vie aeree)</i>	Collabora al trasferimento del paziente sul letto-barella, Predisporre il kit e prepara su siringa i farmaci per l’intubazione oro-tracheale, controlla la presenza ed eventuale rimozione di protesi dentali, collabora con il medico rianimatore all’assistenza respiratoria e all’eventuale procedura di intubazione oro-tracheale e crico-tracheostomia ed al posizionamento del sondino naso-gastrico.
<i>Rianimatore</i>	Esegue la Primary Survey (A, B, D): esegue una valutazione della necessità di protezione delle vie aeree con l’esecuzione dell’intubazione orotracheale (IOT) con protezione del rachide cervicale, provvede all’aspirazione delle secrezioni del paziente, alla collocazione della cannula oro-tracheale ed intubazione; predisporre che sia portato in S.R. il videolaringoscopio in caso di intubazione difficile ed una volta avvenuta l’intubazione che sia portato il ventilatore automatico; provvede a far posizionare un sondino naso-gastrico ed esegue, se necessario, decompressione con ago su II° spazio intercostale.
<i>Chirurgo</i>	Esegue la Primary Survey (C) provvede ad arrestare il sanguinamento da foci emorragici (sanguinamento oro-faringeo tramite tamponamento nasale posteriore con catetere di Foley), compressione di foci emorragici come negli arti con compresse di garza stipate e mantenute in sede da garza, uso di lacci emostatici, manicotti gonfiati, provvede a posizionare un catetere vescicale se non evidenza di frattura di bacino o sospetta lesione uretrale, provvede a posizionare un drenaggio toracico o un tubo toracostomico se necessario in caso in cui non sia presente il chirurgo toracico.

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Infermiere C</i>	Conferma con check list funzionamento monitor multiparametrico, defibrillatore elettrocardiografo, aspiratore, presenza delle bombole dell'ossigeno e funzionamento dell'erogazione a muro, check list carrello emergenza, check list farmaci emergenza da frigo; predispone presidi per intubazione orotracheale, e per ventilazione (ambu, va e vieni). Collabora con il team e il personale 118 al trasferimento del paziente sul letto barella, vestizione e prevenzione dell'ipotermia provvede al monitoraggio multiparametrico con traccia elettrocardiografica, predispone un ulteriore accesso venoso con ago cannula di grosso calibro (14-16 G) e rubinetto a tre vie, esegue prelievi ematici e su richiesta dell'autorità giudiziaria eventuali esami tossicologici, collabora con il medico di pronto soccorso nell'esecuzione dell'EGA, inserisce con modalità emergenza gli esami sul programma Noemalife Galileo, pre-annuncia telefonicamente l'invio delle provette di sangue tramite il servizio di posta pneumatica al laboratorio analisi, demanda all'OSS (se presente) la spedizione delle stesse provette, collabora all'esecuzione della manovra di log-roll. Se non disponibilità di OSS, l'infermiere C provvede a raccogliere e conservare gli effetti personali compilando apposito modulo.
<i>OSS</i>	Se presente aiuta a trasferire il paziente sul letto-barella, ad eseguire la vestizione e la prevenzione dell'ipotermia ed a raccogliere gli effetti personali, invia gli esami ematici al laboratorio analisi con la posta pneumatica, collabora all'esecuzione della manovra di log-roll.
<i>Documentazione prodotta</i>	Verbale di Pronto Soccorso
<i>Rischi correlati</i>	Complicanze intrinseche alle procedure invasive (IOT, cricotiroidectomia con ago, posizionamento di drenaggio toracico collegato a un sistema di aspirazione.
<i>Obiettivi/traguardi sanitari</i>	Applicazione della procedura di gestione del codice rosso con trauma maggiore in shock room.

A2-P2 Stabilizzazione e rianimazione ABCDE – Valutazione interdisciplinare
Setting di cura PS

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Medico Pronto Soccorso</i>	Richiede Rx torace e bacino che dovranno essere eseguiti con apparecchio portatile in Shock Room (S.R). La radiografia del torace e del bacino in antero-posteriore permettono di identificare la causa e la sede delle lesioni anatomiche responsabili dell'instabilità emodinamica (emotorace massivo-pneumotorace, contusioni polmonari, fratture di bacino che aumentano il volume pelvico, quali fratture verticali da taglio e a libro aperto che spesso sono associate a emorragia massiva). Questi esami possono essere eseguiti nell'area della rianimazione generalmente con apparecchio portatile, ma non devono interrompere le manovre rianimatorie. Tali radiografie essenziali vanno effettuate anche nelle pazienti gravide. Nel sospetto clinico o dopo conferma radiologica di una frattura instabile di bacino (es "open book" o "vertical shear") provvede a convocare in S.R l'ortopedico e collabora a posizionare il T-POD (Pelvic Orthotic Device), ripete la Primary Survey in stretta collaborazione con il medico rianimatore ed il chirurgo, ripete l'estended-FAST alla ricerca di versamenti non evidenziati prima e per la valutazione dello stato volemico o rivalutazione dello sliding pleurico (PNX) alla ricerca delle cause di instabilità. Congiuntamente al trauma team, in caso di shock emorragico, attiva il protocollo di trasfusione massiva (Allegato n.) ed inizia l'infusione di acido tranexamico secondo schema (bolo+mantenimento); inizia a trasfondere le unità di emazie presenti nella frigoemoteca della S.R (è auspicabile infondere il gruppo O Rh negativo se donna in età fertile), prosegue nel monitoraggio e nel trattamento intensivo del paziente alla luce dei dati dell'emogasanalisi arteriosa (emoglobina, elettroliti sierici ed ipocalcemia). Se presenza di lesioni toraciche: convoca il chirurgo toracico; in presenza di lesioni pelviche, convoca l'Ortopedico.

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Rianimatore</i>	Ripete la Primary Survey alla ricerca di cause di instabilità dipendenti dalle vie aeree (dislocazione tubo endotracheale, rivalutazione per eventuale comparsa di lesione di laringe o vie tracheo-bronchiali, es enfisema sottocutaneo sul collo), prosegue le manovre rianimatorie anche alla luce dei dati dell'EGA (PH, scambi respiratori, elettroliti sierici, ipocalcemia, lattati, consumo di basi, valore di emoglobina) dei parametri emodinamici e della traccia elettrocardiografica, esegue se necessario esecuzione di decompressione con ago sul II° spazio intercostale.
<i>Chirurgo</i>	Rivaluta la C della Primary Survey, rivaluta i foci emorragici responsabili di perdite ematiche esterne (sanguinamento nasale: posizione catetere di Foley, bendaggi con garze e benda elastica su emorragie arti o uso di tournichet o manicotti), contatta o ricontattata il medico anestesista di sala, fa preparare la sala operatoria in previsione di un intervento di laparotomia d'urgenza, provvede all'eventuale posizionamento di tubo toracostomico se non disponibile chirurgo toracico.
<i>Infermiere C</i>	Monitoraggio dei parametri vitali continuo, collabora con il team e il tecnico di radiologia nel posizionare il paziente per eventuali radiografie, fornisce le sacche di sangue presenti in frigo emoteca e in collaborazione con il medico di pronto soccorso procede al controllo delle stesse e predispone per l'infusione con deflussore per emoderivati, predispone per l'immediato ripristino delle sacche di sangue trasfuse inviando richiesta, debitamente compilata e firmata dal medico, al centro trasfusionale. Collabora con il chirurgo nella medicazione di eventuali foci e ferite emorragiche esterne e nel posizionamento di un eventuale tubo di drenaggio toracico, se presente ed evidenziata la frattura di bacino collabora con l'ortopedico nel posizionare il T-POD (stabilizzatore di bacino), controlla e provvede al monitoraggio dell'infusione di liquidi, posiziona catetere vescicale se le condizioni del trauma lo permettono, provvede a ripulire dal sangue e altri residui la cute del paziente
<i>Documentazione prodotta</i>	Verbale di Pronto Soccorso completo di consulenze informatizzate
<i>Rischi correlati</i>	Complicanze intrinseche alle procedure invasive (IOT, cricotiroidectomia con ago, posizionamento di drenaggio toracico collegato ad un sistema di aspirazione).
<i>Obiettivi/traguardi sanitari</i>	Tendere al completamento dell'iter diagnostico entro 45 min.

A4-P4 Valutazione secondaria – Monitoraggio – Diagnostica 2° Livello

Setting di cura PS

Allegato: Anamnesi AMPLE e meccanismo del trauma

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Medico Pronto Soccorso</i>	Esegue anamnesi AMPLE* e valutazione secondaria** (esame testa-piedi), provvede a mantenere un adeguato monitoraggio dei parametri vitali e della traccia elettrocardiografica, riesegue la Primary Survey se necessario o prima di accompagnare il paziente in radiologia per la T.C
<i>Infermiere C</i>	Provvede a mantenere un adeguato monitoraggio dei parametri vitali e della traccia elettrocardiografia collabora con il medico di pronto soccorso nella valutazione secondaria testa piedi, accompagna il paziente negli spostamenti (Radiologia, sala operatoria, degenza, rianimazione).
<i>OSS</i>	Collabora negli spostamenti del paziente.
<i>Documentazione prodotta</i>	Referti esami eseguiti.
<i>Rischi correlati</i>	Dislocazione tubo oro – tracheale, rimozione accidentale tubo toracico.
<i>Obiettivi/traguardi sanitari</i>	Diagnosi delle lesioni per trattamento definitivo.

A6 – P6 Rianimazione avanzata, diagnostica II livello

Setting di cura: PS

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Medico Pronto Soccorso</i>	Il Medico di P.S congiuntamente al Trauma Team provvede ad accompagnare il paziente per essere sottoposto ad esame TC cranio+Total body non prima di aver eseguito una nuova Primary Survey (ABCDE) ed aver verificato il corretto monitoraggio multiparametrico ed elettrocardiografico del paziente ed il mantenimento in asse del rachide cervicale.
<i>Rianimatore</i>	Il medico Rianimatore prima di accompagnare il paziente per essere sottoposto al suddetto esame TC rivaluta della Primary Survey la "A" (es. per eventuale dislocazione tubo endotracheale) e la "B" (es. per clampaggio pleurocath/tubo toracostomico, per verifica di eventuale ostruzione o dislocazione degli stessi) e verifica anche lui il corretto monitoraggio multiparametrico ed elettrocardiografico del paziente.
<i>Chirurgo di turno per l'urgenza</i>	Come membro del Trauma Team provvede ad accompagnare il paziente al servizio TC.
<i>Infermiere</i>	Assiste il paziente durante le procedure, collabora con i medici nell'attuazione delle tecniche, come membro del trauma team collabora alle attività.
<i>Documentazione prodotta</i>	Richiesta informatizzata da parte del Medico di P.S per l'esame Tc cranio+Total body.
<i>Rischi correlati</i>	Rischi intrinseci legati al trasporto non in sicurezza di un paziente critico (esempio la mancata monitoraggio continua dei parametri vitali).
<i>Obiettivi/traguardi sanitari</i>	Tendere al completamento dell'iter diagnostico entro 60 minuti.

A8-P8 Laparotomia d'emergenza

Setting di cura C.O. d'emergenza

Allegato: Laparotomia d'emergenza

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Chirurgo 1</i>	Esegue Laparotomia esplorativa d'emergenza seguendo i principi della Damage Control Surgery
<i>Chirurgo 2</i>	Coadiuvare il Chirurgo 1 nell'esecuzione della Laparotomia d'emergenza
<i>Anestesista</i>	Riceve le consegne ed il Paziente dal Rianimatore. Continua la Rianimazione secondo i criteri della Damage Control Rianimation. Esegue l'anestesia del Paziente.
<i>Infermiere 1</i>	▪ In collaborazione con l'infermiere 2 prepara il campo operatorio con set dedicati alla gestione dell'urgenza chirurgica, tenendo a disposizione il set ferri chirurgici per eventuali ulteriori manovre di chirurgia aperta. ▪ Allestisce il campo operatorio, con uno o due tavoli operatori in base alla tipologia di trauma, verifica sterilità dello strumentario e provvede al conteggio iniziale dei ferri garze e taglienti, in collaborazione con l'infermiere 2. ▪ Collabora attivamente all'interno dell'equipe chirurgica, coadiuvando il chirurgo e garantendo che tutte le procedure vengano svolte in perfetta asepsi; monitorizza e conteggia l'utilizzo del materiale, delle garze, degli strumenti e dei taglienti in collaborazione con l'infermiere di sala, secondo procedura, durante tutte le fasi dell'intervento, garantendo la sicurezza del paziente e degli operatori.

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedura/evento (cosa fa il professionista)</i>
<i>Infermiere 2</i>	▪ Verifica in collaborazione con l'oss, il corretto funzionamento delle apparecchiature, delle lampade e di altri strumenti e del letto operatorio dedicato. ▪ Coadiuvare l'infermiere strumentista 1 nella preparazione del campo operatorio, ▪ Prende in carico il paziente all'arrivo dello stesso dal pronto soccorso o dalla rianimazione, in collaborazione con anestesista e infermiere di anestesia e oss, e compila la check-list di sala operatoria in tutte le sue fasi e la documentazione infermieristica, informatica e cartacea in uso in tutte le sue parti. ▪ Collabora con l'équipe chirurgica nel posizionamento del paziente, posiziona i presidi per prevenire l'ipotermia e lesioni da pressione intraoperatorie, se non presente posiziona catetere vescicale. ▪ Supporta infermiere strumentista 1 e tutta l'équipe chirurgica nello svolgimento dell'intervento, per quanto di sua competenza. ▪ Al termine dell'intervento, procede alla decontaminazione dei ferri chirurgici utilizzati e alla preparazione dello stesso per l'invio in centrale di sterilizzazione. ▪ Collabora con anestesista e infermiere 2 al trasporto del paziente in rianimazione.
<i>Infermiere di anestesia</i>	▪ Effettua test e messa a punto di: monitor; ventilatore e circuiti; aspiratore; sistemi aggiuntivi di ventilazione (ambu e altro); materiale di supporto (pompe di infusione, scaldaliquidi). ▪ Prepara e organizza: farmaci da induzione e di supporto all'anestesia; piano di lavoro con i diversi presidi necessari; fleboclisi e deflussori; piano di lavoro per presidi sterili da usare, come il circuito per misurare la pressione arteriosa cruenta, cateteri venosi centrali, aghi per puntura rachidea, presidi per blocchi periferici, etc. ▪ Verifica e prepara: stupefacenti, carrello per l'intubazione; presidi e strumenti per l'intubazione difficile; fibro-laringoscopia. ▪ Prende in carico il paziente all'arrivo dello stesso dal pronto soccorso o dalla rianimazione, in collaborazione con anestesista e infermiere di anestesia. ▪ Collabora con l'anestesista durante le manovre di anestesia, durante il monitoraggio intraoperatorio e durante la fase di risveglio, con reperimento accesso venoso, posizionamento sng e prelievi venosi per esami intraoperatori; collabora al posizionamento del paziente. ▪ Collabora con anestesista e infermiere 2 al trasporto del paziente in rianimazione.
<i>OSS</i>	▪ In collaborazione con l'infermiere 2 prepara la sala operatoria, il letto operatorio dedicato. ▪ In collaborazione con anestesista, infermiere 2 e infermiere di anestesia accoglie il paziente in sala operatoria e collabora con l'équipe al trasferimento e al corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio. ▪ Si occupa dell'invio di esami ematici, Consegna gli emoderivati provenienti dal centro Trasfusionale. ▪ Supporta l'équipe chirurgica durante tutte le fasi dell'intervento, al termine dell'intervento partecipa al trasporto del paziente. ▪ Si occupa dello stoccaggio del materiale secondo procedura e del trasporto dello strumentario chirurgico alla centrale di sterilizzazione. dopo decontaminazione e riallestimento del set ferri.
<i>Documentazione prodotta</i>	Descrizione dell'intervento chirurgico. Cartella anestesiológica. Check-list operatoria.
<i>Rischi correlati</i>	Mancato rispetto delle procedure sterili, contaminazione del campo chirurgico, contaminazione della ferita chirurgica, errato conteggio ferri e garze laparotomiche alla chiusura dell'intervento, se eseguito Packing mancata corrispondenza fra le pezze lasciate in addome e quelle del conteggio. Mancata corrispondenza fra le pezze lasciate nel Packing e quelle del conteggio.
<i>Obiettivi/Traguardi sanitari</i>	Ottenere la stabilizzazione del pz. Eseguire l'intera procedura in circa 90 minuti.

A10-P10 Trattamento Chirurgico grossi vasi - Rianimazione

Setting di cura: Camera Operatoria

Allegato: Trattamento chirurgico grossi vasi

<i>Operatore sanitario</i>	<i>Procedure – evento</i>
<i>Chirurgo vascolare 1</i>	Esegue intervento chirurgico open o preparazione chirurgica del vaso periferico per l'approccio endovascolare – collabora col radiologo interventista.
<i>Chirurgo vascolare 2</i>	Lavora in equipe con il chirurgo 1.
<i>Chirurgo vascolare 3</i>	Lavora in equipe con il chirurgo 1 e 2.
<i>Radiologo interventista</i>	Esegue in scopia, con l'aiuto dell'equipe chirurgica, l'eventuale trattamento endovascolare.
<i>Tecnico di radiologia</i>	Esperto in radiologia interventistica. È responsabile della gestione dell'apparecchio radiologico e collabora con l'equipe mista.
<i>Infermiere 1</i>	▪ In collaborazione con l'infermiere 2 prepara il campo operatorio con set vascolari dedicati alla gestione dell'urgenza chirurgica vascolare, tenendo a disposizione ulteriori set strumenti per un eventuale conversione da endoscopico ad aperto, collabora con il team della radiologia e predispone per l'approccio endoscopico, indossa i presidi di protezione radiologica, provvede al conteggio iniziale dei ferri garze e taglienti. ▪ Collabora attivamente all'interno dell'equipe chirurgica, coadiuvando il chirurgo vascolare e il medico di radiologia interventistica, garantendo che tutte le procedure vengano svolte in perfetta asepsi, monitorizza e conteggia l'utilizzo del materiale, delle garze, degli strumenti e dei taglienti in collaborazione con l'infermiere 2, secondo procedura, durante tutte le fasi dell'intervento, garantendo la sicurezza del paziente e degli operatori.
<i>Infermiere 2</i>	▪ Verifica in collaborazione con l'oss, il corretto funzionamento delle apparecchiature, delle lampade e di altri strumenti e del letto operatorio dedicato nonché accerta la presenza del amplificatore di brillantezza, e predispone per l'utilizzo dell'autotrans (recuperatore di sangue). ▪ Coadiuvare l'infermiere strumentista 1 nella preparazione del campo operatorio. ▪ Prende in carico il paziente all'arrivo dello stesso dal pronto soccorso o dalla rianimazione, in collaborazione con anestesista e infermiere di anestesia e oss, e compila la check-list di sala operatoria in tutte le sue fasi e la documentazione infermieristica in uso, informatica e cartacea in tutte le sue parti. ▪ Collabora con l'équipe chirurgica nel posizionamento del paziente, posiziona i presidi per prevenire l'ipotermia e lesioni da pressione intraoperatorie, se non presente posiziona catetere vescicale. ▪ Supporta infermiere strumentista 1 e tutta l'equipe chirurgica nello svolgimento dell'intervento, per quanto di sua competenza. ▪ Al termine dell'intervento, procede alla decontaminazione dei ferri chirurgici utilizzati e alla preparazione dello stesso per l'invio in centrale di sterilizzazione. ▪ Collabora con anestesista e infermiere di anestesia e oss al trasporto del paziente in rianimazione. Trasmette le informazioni riguardanti l'assistenza infermieristica del paziente all'infermiere che ne prende carico.

<i>Infermiere anestesia</i>	▪ Effettua test e messa a punto di: monitor; ventilatore e circuiti; aspiratore; sistemi aggiuntivi di ventilazione (ambu e altro); materiale di supporto (pompe di infusione, scaldaliquidi). ▪ Prepara e organizza: farmaci da induzione e di supporto all'anestesia; piano di lavoro con i diversi presidi necessari; fleboclisi e deflussori; piano di lavoro per presidi sterili da usare, come il circuito per misurare la pressione arteriosa cruenta, cateteri venosi centrali, aghi per puntura rachidea, presidi per blocchi periferici. ▪ Verifica e prepara: stupefacenti, carrello per l'intubazione; presidi e strumenti per l'intubazione difficile; fibro-laringoscopio. ▪ Prende in carico il paziente all'arrivo dello stesso dal pronto soccorso o dalla rianimazione, in collaborazione con anestesista e infermiere di anestesia e oss. ▪ Collabora con l'anestesista durante le manovre di anestesia, durante il monitoraggio intra operatorio e durante la fase di risveglio, con reperimento accesso venoso, posizionamento sng e prelievi venosi per esami intraoperatori; collabora al posizionamento del paziente. ▪ Collabora con anestesista e infermiere 2 e OSS al trasporto del paziente in rianimazione, trasmette le informazioni riguardanti il paziente e sua monitoraggio all'infermiere che ne prende carico.
<i>OSS</i>	▪ In collaborazione con l'infermiere 2 prepara la sala operatoria, e il letto operatorio dedicato. ▪ In collaborazione con anestesista, infermiere 2 e infermiere di anestesia accoglie il paziente in sala operatoria e collabora con l'equipe al trasferimento e al corretto posizionamento del paziente sul letto operatorio. ▪ Si occupa dell'invio di esami ematici. ▪ Consegna gli emoderivati provenienti dal centro Trasfusionale. ▪ Supporta l'equipe chirurgica durante tutte le fasi dell'intervento, al termine dell'intervento partecipa al trasporto del paziente. ▪ Si occupa dello stoccaggio del materiale secondo procedura e del trasporto dello strumentario chirurgico alla centrale di sterilizzazione. dopo decontaminazione e riallestimento del set ferri.
<i>Documentazione prodotta</i>	Descrizione dell'intervento chirurgico, dei materiali utilizzati- check-list operatoria.
<i>Rischi correlati</i>	Radiazioni ionizzanti, danni da utilizzo di mezzo di contrasto.
<i>Obbiettivi</i>	Bloccare l'emorragia e ristabilire una buona vascolarizzazione nel più breve tempo possibile con la minore invasività.

Allegate a questo PDTA/PCA sono le seguenti Procedure Aziendali presentate nel successivo Capitolo 12 del presente volume:

- Procedura per il Trasferimento Secondario di paziente pediatrico traumatizzato via aereo;
- Procedura per il Trasferimento Secondario di paziente adulto traumatizzato via aereo.

12. Monitoraggio e valutazione dei PCA/PDTA redatti.

Momento fondamentale per gestione i PCA/PDTA redatti è l'impianto di un sistema di monitoraggio e di valutazione degli stessi, in base a indicatori e standard da selezionare e condividere con i professionisti che hanno partecipato alla loro redazione.

Questo aspetto operativo dei PCA/PDTA è fondamentale e si rapporta allo studio della qualità e all'impatto delle sue metodologie e strumentazioni sulle attività assistenziali svolte nelle strutture sanitarie.

Gli strumenti e le metodologie maggiormente utilizzati sono state mutuati da studi eseguiti in realtà anglosassoni, prevalentemente nordamericane. Le teorie più comuni circa le dimensioni della qualità sono senz'altro riconducibili ad alcuni studiosi. Di seguito richiamiamo brevemente le principali caratteristiche.

Avedis Donabedian

Avedis Donabedian nel suo: *"The definition of quality and approaches to its assessments"* definisce la qualità in sanità come il rapporto tra i miglioramenti ottenuti nelle condizioni di salute e i miglioramenti massimi raggiungibili sulla base dello stato attuale delle conoscenze, delle tecnologie disponibili e delle circostanze dei pazienti. Secondo Donabedian ^{8,9}, i metodi valutativi della qualità tendono, quindi, a svilupparsi secondo tre direttive o assi che riguardano:

Struttura o qualità organizzativa:

La struttura di base è l'impianto portante dell'organizzazione può identificarsi come il rachide, ed è la parte statica del sistema. Quando si parla di struttura o qualità organizzativa, si fa riferimento alle risorse disponibili, siano esse umane che strutturali e alle modalità con cui sono impiegate; essa comprende la dotazione: di attrezzature, di edifici, di materiale, di personale, l'adeguatezza delle soluzioni architettoniche e della strumentazione, delle risorse umane di cui è importante conoscere la competenza e l'esperienza, del sistema organizzativo assistenziale.

Processo o qualità professionale:

Per processo s'intende l'insieme dei comportamenti collettivi sia personali che interpersonali che gli operatori e gli utenti mettono in atto nei confronti dello stesso sistema organizzativo definito in base a specifiche norme scientifiche, etiche e sociali. Rappresenta ciò che gli operatori eseguono per i loro assistiti, con perizia e ciò che i clienti corrispondono per curarsi. Il processo ha come punto di riferimento le procedure diagnostiche terapeutiche, la continuità assistenziale, la corrispondenza del comportamento degli operatori a specifici standard professionali, come il comfort e la privacy del contesto ambientale in cui si svolge l'assistenza (Appropriatezza dell'intervento). Con il termine processo si fa riferimento alla correttezza tecnica, al coordinamento, alla continuità dell'assistenza e all'integrazione delle stesse. La qualità professionale può essere considerata l'asse portante del percorso *"qualità"* poiché si riferisce al comportamento degli operatori. Quando si fa riferimento alla qualità totale, intendiamo una serie di attività interconnesse tra loro che coinvolgono più unità organizzative e più figure professionali per il raggiungimento degli obiettivi.

Il processo dovrebbe essere costruito in base alle evidenze scientifiche che rappresentano elementi di garanzia e tutela per il verificarsi di esiti positivi.

Esito o qualità percepita:

Per esito s'intende la modificazione delle condizioni cliniche e precisamente il cambiamento dello stato di salute da attribuire al processo assistenziale. Il cambiamento dei comportamenti consegue al miglioramento della salute e, soprattutto della soddisfazione provata da chi quella assistenza la riceve.

La modifica delle condizioni di salute, può essere negativa, con un peggioramento delle condizioni di vita, o positiva intendendo, in tal senso il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e della disabilità e più genericamente il maggior grado di benessere raggiungibile.

Un elemento importante in grado di influenzare l'esito è rappresentato dalla soddisfazione del cliente per la prestazione ricevuta; l'esito costituisce infatti il risultato finale per l'utente, ed è valutato in termini di riduzione della sofferenza, di inabilità fisica, psichica e sociale, di maggiore sopravvivenza, prestanza fisica e soddisfazione senza trascurare la percezione che la persona ha riguardo al suo benessere.

8. Donabedian A., *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*. NIS: Firenze, 1990

9. Donabedian A. *"Evaluating the Quality of Medical Care"*. Milbank Quarterly 2005; 83: 691-729.

Fig. 3: Gli assi della qualità secondo Donabedian.



Fonte: <http://slideplayer.it/slide/929056/>

I tre approcci sono importanti allo stesso modo ed è perciò opportuno che la valutazione si effettui a tutti e tre i livelli. Tale relazione presuppone che fra struttura, processo ed esito vi sia un rapporto causa - effetto di tipo probabilistico, potendo una buona struttura sanitaria aumentare la possibilità che in essa si sviluppi un buon processo di cura e avere una maggiore eventualità che possa concludersi con un buon risultato. Fondamentale è il controllo all'interno di un'azienda che non può mancare se vuole intraprendere un processo di miglioramento e realizzare i suoi obiettivi.

Controllare un processo significa guidare l'insieme dei processi che costituiscono l'attività aziendale affinché la complessiva gestione sia e si mantenga conforme agli standard di politica e ai modi di procedere definiti nella documentazione di sistema aziendale introducendo azioni correttive o preventive ogni qualvolta si ravvisino reali o potenziali situazioni di scostamento da tali standard.

Le tre direttive della qualità di Donabedian sono gli aspetti che, integrandosi tra loro, danno senso al concetto di Qualità Totale (QT) dei servizi sanitari.

I criteri fanno riferimento ad aspetti e/o elementi assistenziali che possono essere misurati oggettivamente e che vengono definiti all'interno degli assi della qualità di Donabedian (*struttura, processo, esito*).

Partendo da questi presupposti, per ogni PCA/PDTA redatto sono stati individuati indicatori di struttura, processo ed esito. Si riportano di seguito gli elenchi di indicatori che sono stati oggetto di discussione e condivisione tra i clinici interessati, e inseriti alla conclusione di ciascun percorso:

Indicatori PCA/PDTA "Trapianto Rene":

N.	Criterio	Fonte	Anno	Valore	Valore standard/ storico	Obiettivo
1	% di pazienti <70 anni in stadio 5° con tempi di latenza > 6 mesi dalla 1^ visita ambulatoriale aziendale alla dialisi	SIO/database nefrologia	2014		Da definire	80%
2	% pazienti inseriti con valutazione conclusiva alla prima valutazione multidisciplinare	Database Trapianto di rene	2014			80%
3	% pazienti candidabili al 1° trapianto inseriti in lista entro 1 anno dall'inizio della dialisi	GEPADIAL	2014		80%	

N.	Criterio	Fonte	Anno	Valore	Valore standard/ storico	Obiettivo
4	N. coppie valutate per l'implementazione del trapianto da vivente	SIT	2014		12	13
5	Tempo medio dalla valutazione dell'idoneità al trapianto da vivente	SIT	2014		60 giorni	30 giorni
6	N. trapianti rene da donatore vivente/anno	SIT	2014			
7	% di pazienti valutati attraverso la documentazione entro 30 giorni dalla ricezione	DATABASE UO	2014			80%
8	N. trapianti rene da donatore cadavere	SIT	2014			
9	% organi trapiantati entro le 16 ore di ischemia fredda	SIO	2014			80%
10	% di refertazioni di diagnosi istologica biopsie renali urgenti del donatore marginale entro le 4 ore	SIO	2014			90%
11	% infezioni sito chirurgico	CIO/SDO	2014			
12	% pazienti con rigetto acuto entro 6 mesi dall'intervento	SDO	2014			

Indicatori PCA/PDTA "Ictus ischemico":

N.	Criterio	Fonte	Standard rif	Obiettivo
1	N° pazienti con diagnosi di Ictus in PS	SISaR (sistema informatico)		
2	N° pz con diagnosi di Ictus ricoverati in Neurologia - Stroke Unit / N. pazienti con diagnosi di Ictus ricoverati in azienda	SDO		
3	Degenza media pazienti con ictus	SISaR e SDO		8 giorni
4	Tempo mediano tra triage ed esecuzione TAC cranio	Registro SITS www.acutestroke.org		
5	N° pz sottoposti a fibrinolisi / n° pz con ictus ischemico	Registro Stroke Unit e SDO		
6	N° pz deceduti a tre mesi / n° pz sottoposti a fibrinolisi	Registro SITS www.acutestroke.org	La % deve essere all'interno degli intervalli di confidenza del dato internazionale del registro SITS	

N.	Criterio	Fonte	Standard rif	Obiettivo
7	N° pz con esito mRS ≤ 2 a tre mesi / n° pz sottoposti a fibrinolisi	Registro SITS www.acutestroke.org	La % deve essere all'interno degli intervalli di confidenza del dato internazionale del registro SITS	
8	Tempo mediano calcolato tra la presa in carico al triage ed inizio fibrinolisi	Registro SITS www.acutestroke.org		< 90'
9	N° pz con esito mRS ≤ 1 a tre mesi / n° pz sottoposti a fibrinolisi	Registro SITS www.acutestroke.org	La % deve essere all'interno degli intervalli di confidenza del dato internazionale del registro SITS	
10	% dei referti laboratoristici forniti alla neurologia entro 30'	DNALAB Noemalife		50%
11	N° codici di triage rossi secondo criteri SPREAD / n° pz sottoposti a trombolisi	SISaR e SDO		
12	N° consulenze fisiatriche eseguite entro le 24 ore dalla richiesta / n° consulenze fisiatriche richieste	SISaR e registro del Servizio di Riabilitazione		90%
13	N° pz che iniziano trattamento fisioterapico entro 48 ore dal ricovero / n° pz trattati con fisioterapia	SISaR (sistema informatico)		50%
14	N° pz con stenosi carotidea sintomatica sottoposti a TEA entro i 14 giorni provenienti dalla Stroke Unit / n° pz totale sottoposti a TEA provenienti dalla Stroke Unit	Registro operatorio e SDO		
15	N° pz con Exton Smith ≤ 12 sviluppano piaghe da decubito	Database di reparto Neurologia e Stroke Unit		
16	N° pz ricoverati in Stroke Unit-Neurologia con ictus ischemico trasferiti in neuroriabilitazione / n° pazienti ricoverati in Stroke Unit-Neurologia con ictus ischemico	Registro ricoveri Neurologia e Stroke Unit e Neuroriabilitazione		
17	N° pz con miglioramento della FIM >40% alla dimissione / N° pz ricoverati con ictus ischemico in Neuroriabilitazione provenienti dalla Stroke Unit-Neurologia	Database reparto Neuroriabilitazione		
18	N° pz disfagici con incremento > o = 4 alla dimissione calcolato con scala DOSS	Database reparto Neuroriabilitazione		
19	N° infermieri formati sul paziente disfagico / totale infermieri da formare	Ufficio Formazione / Direzione Sanitaria		60% infermieri della struttura Neurologia / Stroke Unit

Indicatori PCA/PDTA "Trauma Maggiore":

<i>N.</i>	<i>Criterio</i>	<i>Fonte</i>	<i>Anno rilevazione: dato</i>	<i>Standard</i>
1	N° casi trauma maggiore (cod. 959.8 – 959.9)	S.I.O.	2015	
2	% paz. con trauma maggiore che completano l'iter diagnostico in PS entro 45'	S.I.O.	2015	90%
3	% casi per cui è stato attivato il trauma team	S.I.O.	2015	95%
4	% paz. con trauma maggiore deceduti in PS	S.I.O.	2015	
5	% paz. con trauma maggiore dimessi in codice 4	S.I.O.	2015	
6	% paz. sottoposti a 2° determinazione del gruppo sanguigno in PS	Scheda PS	2015	
7	% paz. trasfusi in PS con Unità a disposizione in frigoemoteca	Scheda PS	2015	
8	% procedure di laparotomia d'emergenza concluse entro 90'	S.I.O.	2015	
9	% procedure di toracotomia d'emergenza concluse entro 120'	S.I.O.	2015	
10	% di pazienti inseriti in trattamento riabilitativo entro 24 dalla refertazione fisiologica	S.I.O.	2015	
11	% di procedure neurochirurgiche eseguite tra i 120 e i 180'	S.I.O.	2015	
12	% di pazienti valutati con consulenza neuroriabilitativa per eventuale ricovero entro 48 ore dalla richiesta	S.I.O.	2015	80%
13	% di pz con progetto individuale di riabilitazione entro una settimana dal ricovero	S.I.O.	2015	80%

Indicatori PCA/PDTA "Dolore toracico/IMA":

<i>N.</i>	<i>Criterio</i>	<i>Fonte</i>	<i>Anno rilevazione: dato</i>	<i>Standard</i>
1.	N° accessi in PS per dolore toracico	SIO	2015:	
2.	IMA: volume di ricoveri	PNE	2014: 368	
3.	STEMI: volume di ricoveri	PNE	2014: 231	
4.	N-STEMI: volume di ricoveri	PNE	2014: 111	
5.	IMA a sede non specificata: volume di ricoveri	PNE	2014: 26	
6.	PTCA: vol. di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica	PNE	2014: 545	
7.	IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 gg.	PNE	2014: 58,75%	St.Naz.:41,4%
8.	PTCA eseguita per condizione diversa dall'IMA	PNE	2014: 276	
9.	BYPASS aortocoronarico: volume di ricoveri	PNE	2014: 134	

N.	Criterio	Fonte	Anno rilevazione: dato	Standard
10.	IMA con esecuzione di PTCA entro 2 gg.: mortalità a 30 gg.	PNE	2014: 4,70%	St.Naz. 4,44%
11.	IMA: mortalità a 30 gg.	PNE	2014: 7,05%	St. Naz.: 9,19%
12.	% pazienti dimessi da OBI entro 48 h con test da sforzo	Verbale dimissione OBI		
13.	% coronarografie entro 60 min. dall'ingresso in ospedale	Cartella clinica		
14.	N. infezioni sito chirurgico del paz. con Bypass/ totale dei paz.operati	Cartella clinica		Inferiore a...
15.	Degenza media paz. con IMA sottoposti a Bypass	SIO		

Indicatori PCA/PDTA "Percorso nascita":

N.	Criterio	Fonte	Anno rilevazione: dato	Standard
1	Parti: volume di ricoveri (pne)	PNE	2015:	≥ 1.000
2	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	PNE		
3	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio	PNE		
4	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	PNE		
5	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	PNE		
6	% isterectomia post partum	S.I.		
7	% rottura uterina	S.I.		
8	N. Parti cesarei con ricovero programmato per presentazione podalica o trasversa /n. Parti cesarei con ricovero programmato	S.I.		
9	N. Episiotomie / n. Parti spontanei	S.I.		
10	N. Partoanalgesie / n. Parti spontanei	S.I.		
11	N° donne che completano il percorso per la partoanalgesia	Registro dati sc anestesia		
12	N. Punture accidentali dura madre	Registro dati sc anestesia		
13	N. Interruzioni terapeutiche di gravidanza	S.I.		
14	N. Partogrammi correttamente compilati	Cartella clinica		
15	N. Gestanti con patologia cardiaca	Registro dati sc card. Ped.		
16	N. Counseling equipe multidisciplinare	Registro dati sc card. Ped.		

N.	Criterio	Fonte	Anno rilevazione: dato	Standard
17	N. Gestanti con sospetto diabete gestazionale inviate al diabetologo per screening precoce (16 – 18 sett.)	Registro dati sc diabetologia		
18	N. Gestanti con sospetto diabete gestazionale inviate al diabetologo per screening tardivo (24 – 28 sett.)	Registro dati sc diabetologia		
19	N. Nati con anomalie congenite cuore/sistema circolatorio/aritmie (cod. Icd9 – cm: 745. – 746. – 747. – 427.)	S.I		
20	N. Coppie inviate al ssd banca del sangue cordonale per la valutazione di eventuale donazione	Registro dati bsc		
21	N. Prelievi sangue cordonale	Registro dati bsc		
22	Grado di soddisfazione delle partorienti (tramite questionari somministrati)	Ds		

Indicatori PDTA “Neoplasie della mammella”:

N.	Criterio	Fonte	Anno rilevazione: dato	Standard atteso
1	N° incontri multidisciplinari/mese	Data Base EUSOMA*	2016: 2017:	≥ 2/mese
2	Proporzione di pazienti valutate negli incontri multidisciplinari	Data Base EUSOMA		90%
3	Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	PNE		≥ 135 nuovi casi/ anno
4	% casi con intervallo < 30 gg tra diagnosi definitiva e intervento chirurgico	Data Base EUSOMA		80% entro 30gg
5	Tempo di attesa del referto istologico completo	Data Base EUSOMA		≤ 20 gg in almeno 80% casi
6	Proporzione di interventi chirurgici conservativi per tumore maligno della mammella	PNE		Standard nazionale: 68,5
7	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	PNE		< 10%
8	Proporzione di pazienti con carcinoma invasivo e linfonodo ascellare clinicamente negativo con biopsia del linfonodo sentinella	Data Base EUSOMA		80%
9	Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	PNE		≥ 70%
10	Proporzione di pazienti con tumore in situ che non ha avuto dissezione ascellare	Data Base EUSOMA		95%

<i>N.</i>	<i>Criterio</i>	<i>Fonte</i>	<i>Anno rilevazione: dato</i>	<i>Standard atteso</i>
11	% pazienti con inizio trattamento chemioterapico entro 30 gg dall'indicazione	Data Base EUSOMA		80%
12	% casi con intervallo tra intervento chirurgico e inizio terapia medica adiuvante ≤ 5 settimane	Data Base EUSOMA		≤ 5 settimane in almeno 80% casi
13	% casi con intervallo tra intervento chirurgico conservativo e inizio radioterapia ≤ 90gg	Data Base EUSOMA		≤ 90 gg in almeno 80% casi
14	% casi con intervallo tra termine chemioterapia e inizio radioterapia complementare ≤ 30 gg	Data Base EUSOMA		≤ 30gg in almeno 80% casi
15	% interventi conservativi nei casi di diametro < 2cm	Data Base EUSOMA		≥ 85%
16	% casi con n° linfonodi asportati > 10 in caso di svuotamento ascellare	Data Base EUSOMA		≥ 95%

**Data Base EUSOMA da acquisire*

Indicatori PCA/PDTA Paziente con Talassemia

<i>N</i>	<i>Criterio</i>	<i>Fonte</i>	<i>Anno di rilevazione</i>	<i>Standard</i>	<i>Obiettivo</i>
1	N° pazienti seguiti/anno in DH	GALILEO*	2018		
2	N° nuovi pazienti/anno	Cartella clinica	2018		
3	N° accessi in DH/anno	SIO	2018		
4	% trasfusioni con valore di Hb pretrasfusionale > 10.5 gr/dl in paz. non cardiopatici e non in gravidanza	WEBTHAL	2018		
5	% trasfusioni con valore Hb pre-trasfusionale < 9 gr/dl	WEBTHAL	2018		
6	% di pazienti che effettuano almeno 10vv/anno i controlli di safety	GALILEO	2018		>80%
7	N° trapianti/anno in età tra 2 e 5 aa	Promise data-base	2016 2017 2018	Standard Jacie CNT>10 allogenici pediatrici/ anno	80% trapianti x talassemia/totali/anno
8	N° reazioni emolitiche immediate da incompatibilità ABO (incidente trasfusionale)/anno	Cartella clinica	2018		0
9	% pazienti con TM che eseguono ogni 2 anni OGTT	GALILEO			≥50%

<i>N</i>	<i>Criterio</i>	<i>Fonte</i>	<i>Anno di rilevazione</i>	<i>Standard</i>	<i>Obiettivo</i>
10	% pz con TM e DM che eseguono dosaggio fruttosamina almeno 10 vv/anno	GALILEO	2018	100% pz con TM e DM	≥90 %
11	% splenectomie in pazienti < 5aa	SIO	2018		
12	N° PMA/anno	Registro Naz. PMA	2018		
13	N° nati da gravidanza PMA	Registro Naz. PMA	2018		

- Approvazione ed attuazione del “Percorso Clinico Assistenziale Trauma Maggiore”

| Delibera n. 1740 del 05/10/2016 |

- Approvazione ed attuazione del “Percorso Clinico Assistenziale Dolore Toracico / IMA

| Delibera n. 965 del 25/05/2016 |

- Approvazione ed attuazione del “Percorso Clinico Assistenziale Percorso Nascita”

| Delibera n. 788 del 04/05/2016 |

- Approvazione ed attuazione del “Percorso Clinico Assistenziale del paziente con Ictus Ischemico”

| Delibera n. 2050 del 24/12/2013 |

- Approvazione ed attuazione del “Percorso Clinico Assistenziale del Trapianto di Rene”

| Delibera n. 1629 del 15/10/2013 |

Approvazione ed attuazione delle Procedure:

- Precauzioni standard e di isolamento per le ICA

- Sorveglianza e controllo dei microrganismi alert e gestione dei pazienti

- Diagnosi, prevenzione e controllo dell’infezione da Clostridium Difficile” Delibera n. 1990 del 18/10/2017

- Approvazione ed attuazione della Procedura “Sorveglianza, controllo e prevenzione della tubercolosi in ambito ospedaliero”

| Delibera n. 1044 del 15/06/2016 |

Conclusioni

L'utilizzo di questi strumenti deve aiutare le organizzazioni da un lato e i professionisti dall'altro, ad avere la stessa visione dei fenomeni e dei processi di cura e assistenza consentendo di standardizzare gli approcci e garantire così cure di qualità, ed equità di accesso ad esse, ma nello stesso tempo sostenibilità delle stesse. Oggi, anche alla luce della Legge Gelli n.24 del 2017 questi documenti diventano importanti per rendere “*leg-gibile*” il processo di cura e assistenza, il servizio salute. Sono mappe che costituiscono parti del nuovo patto con i cittadini. Scegliere di costruirli non è solo segno di una organizzazione colta dal punto di vista sanitario, è segno di una organizzazione attenta alla cura e all'assistenza di qualità.

Bibliografia:

- “Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza” – Ministero Salute - 2012
- Ministero della Salute – “Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche” – 2012
- Ministero della Salute – “Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella” – 2008

- Bardelloni L., Barbini E., Nante N. *Gli strumenti per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica*, Mondo Sanitario 3/2008
- Donabedian A. "Evaluating the Quality of Medical Care". *Milbank Quarterly* 2005; 83: 691-729
- G. Casati- M.C. Vichi: *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*, McGraw-Hill 2002
- Gabbay e Le May 2004 Gabbay, J., and Le May, A. (2004). *Evidence Based Guidelines or Collectively Constructed 'Mindlines?'* *Ethnographic Study of Knowledge Management in Primary Care*. *British Medical Journal* 329(7473), 1013-1016
- Balas, E. A., and Boren, S. A. (2000). *Managing Clinical Knowledge for Healthcare Improvements*. In J. Bommel and A. T. McCray (eds.), *Yearbook of Medical Informatics* (pp. 65-70). Stuttgart, Germany: Schattauer Publishers.
- Donabedian A., *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*. NIS: Firenze, 1990
- Hughes J., Humphrey C. *Medical audit in general practice. A practical guide to the literature*, King's Fund Centre, London, 1990
- Festinger, L. (1957). "A Theory of Cognitive Dissonance". Stanford, CA: Stanford University Press

Cap. 13 – Le Procedure Aziendali.

di Silvia Scelsi

Premessa

Accanto ai Percorsi Clinici sono state redatte anche otto Procedure, alcune delle quali correlate ai Percorsi Clinici, mentre altre di valenza aziendale.

Quelle di valenza aziendale sono: la Procedura per la gestione del Paziente Tubercolare, le tre Procedure per la rilevazione e gestione delle infezioni ospedaliere e da germi multi resistenti, le due Procedure per il trasferimento aereo del paziente adulto e pediatrico. Le due Procedure correlate al Percorso “*Trauma*” sono quelle sulla gestione del paziente in codice rosso e in codice giallo all’interno del Pronto Soccorso.

In tutti questi documenti è stato adottato un modello standard, sono stati creati i gruppi di lavoro multidisciplinari e multi professionali e si sono redatte le Procedure relative.

Lo schema adottato (che si trova in allegato al capitolo) propone una struttura definita:

- *Scopo*: è presentato l’oggetto della procedura ovvero gli scopi/obiettivi che il documento si prefigge; lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità per...;
- *Campo d’applicazione*: si evidenziano le attività oggetto della procedura e quindi a quali essa viene applicata; la presente procedura si applica a: (definire ambiti, tipologia...);
- *Matrice delle responsabilità*: è la matrice attraverso la quale si identificano le responsabilità di ogni professionista rispetto alle singole attività;
- *Riferimenti normativi e documentali*: Descrivere le fonti bibliografiche di riferimento ed eventuali norme in modo puntuale e preciso, definendo anche le pagine di riferimento.

In questa struttura particolare rilevanza avrà la descrizione della Matrice delle Responsabilità di cui si riporta un esempio della Procedura gestione del paziente con “*Trauma Maggiore*” in codice rosso.

Lo strumento Procedura

Anche la discussione nella costruzione di questi documenti, seppure apparentemente più semplici, perché a carattere più operativo, ha comportato la riflessione agita sui processi e sulla loro gestione.

Partiamo dalla definizione di procedura:

- Sequenza ordinata di operazioni da eseguire per raggiungere un determinato scopo (Fonte: Enciclopedia Treccani - 1)
- dettagliata descrizione di atti da compiere per eseguire determinate attività
- Definisce la sequenza di azioni tecnico-operative eseguite dal professionista e rappresenta l’unità elementare del processo assistenziale, nel quale vengono erogate un numero variabile di procedure. In un PCA le procedure possono essere molto semplici (Fonte: GIMBE - 2)

Questi documenti prevedono la costruzione di un processo, che può essere di carattere più professionale, come ad esempio la descrizione di un processo di gestione di un evento (assistenza al paziente con trauma maggiore in codice rosso); in questo caso le competenze di chi è chiamato ad effettuare la procedura possono essere misurate, e quindi la conformità nella applicazione delle singole procedure dovrebbe essere definita dagli standard di *competence* professionale; in particolare le *skill* dovrebbero essere definite e implementate attraverso criteri di training e accreditamento professionale per misurare le dimensioni della *competence*, cioè della capacità dei professionisti di effettuare quanto loro richiesto.

La Regione Emilia Romagna ha descritto i quattro livelli di raggiungimento dell'autonomia nella gestione di una procedura a carattere professionale (3) che si riportano di seguito:

- Livello I. Necessita di training;
- Livello II. Può eseguire la procedura solo sotto supervisione;
- Livello III. Può eseguire la procedura in autonomia;
- Livello IV. Può effettuare supervisione.

I processi descritti nelle procedure non sono però solo a carattere professionale, le procedure spesso descrivono processi organizzativi, quali ad esempio il Trasferimento del paziente in altra struttura, e quindi la valutazione dei livelli di competenza non riveste alcuna rilevanza, mentre ne acquista la corretta comunicazione e conoscenza del documento organizzativo, e della sua attivazione.

Come nel percorso clinico, anche per la procedura il gruppo inizia discutendo dello scopo della procedura. Nel caso riportato come esempio, in particolare la discussione con il gruppo di lavoro ha portato alla ridefinizione dello scopo, rispetto a quanto definito inizialmente.

Alla fine lo scopo della procedura presa ad esempio è *“Assistere il paziente adulto con Trauma nel Dipartimento Emergenza Urgenza garantendo una gestione interdisciplinare standardizzata”*.

Nella procedura come documento operativo si può ritrovare la descrizione delle attività sia come un flow chart oppure come una matrice.

In questa procedura il gruppo ha scelto di elaborare la descrizione delle attività come una matrice sia come riassunto, come da schema riportato all'interno della procedura, che nella descrizione estesa delle attività per ogni operatore individuato. Nella matrice delle responsabilità troviamo l'indicazione del livello di responsabilità che ogni professionista riveste rispetto all'attività descritta.

Questo viene indicato con una lettera, la cui legenda è la seguente:

- Responsabile di quella attività, la esegue e ne consegue gli obiettivi;
- Coinvolto nell'attività, partecipa alla stessa ma non è responsabile del conseguimento degli obiettivi e delle sue finalità;
- Informato che l'attività è in svolgimento, non è coinvolto, ma è necessario che sappia che l'attività è iniziata.

Alle procedure possono essere allegate delle istruzioni operative, che sono documenti di descrizione di atti semplici, come la Check List di un'azione o di una preparazione (ad esempio della preparazione e verifica del carrello di emergenza) che vengono allegate alle stesse procedure insieme con eventuale documentazione come la modulistica da utilizzare. È necessario fare attenzione a non confondere le procedure con le istruzioni operative.

Esempio di Matrice di Responsabilità.

Pronto Soccorso:

N°	Azione/attività	Medico d'urgenza	Medico rianimatore	Chirurgo	CH TOR	Infermiere A	Infermiere C	Infermiere di triage	OSS	Medico DS
1	Riceve il dispatch e compila il documento di triage	I	I	I		I	I	R	I	
2	Allestimento S.R	I	I	I		R	C		C	
3	Allertamento Tr. Team	R				I	I			
4	Convoca i consulenti, serv. Radiologia, serv TC, Centro Trasfusionale	R								
5	Consegna medico 118/volontari/ caregivers	R	C	C		C	C			
6	Monitoraggio paziente (monitor defibrillatore) e parametri vitali (monitor M.P)	C	I	I		C	R			
7	Svestizione paziente/ prevenzione ipotermia/conservazione oggetti personali	C	I	I		C	R		C	
8	Gestione vie Aeree	C	R	I		C	I		C	
9	Accesso venoso periferico/esecuzione EGA/ prelievi ematici in emergenza	C	I	C		I	R		C	
10	Accesso venoso centrale	I	R	I		I	C			
11	Accesso venoso intraosseo	R	I	I		I	R/C			
12	Decompressione con ago II spazio intercostale	C	R	I		C	I			
13	Posizionamento di pleurocath/tubo toracostomico	C	C	C	R	C	I			
14	E-FAST	R	I	I		I	I			
15	Secondary Survey (valutazione testa-piedi)	R	C	C		I	I			
16	Allerta la Direzione sanitaria per l'autorizzazione, l'utilizzo della sala operatoria d'emergenza	I	C	R	R	I	I			
17	Autorizza l'utilizzo sala operatoria d'emergenza	I	I	I	I	I	I			R

Radiologia e laboratorio:

		Tecnico lab.	Medico o Biologo lab.	Medico o Biologo Centro Trasfus.	Infermiere TAC	Tecnico di radiologia	Medico radiologo
a)	Accettazione provette – Esecuzione esami ematici	R					
b)	Validazione e trasmissione esami		R				
c)	Accettazione richiesta emocomponenti – Tipizzazione			R			
d)	Esecuzione degli esami radiologici					R	
e)	Esecuzione della TAC					R	
f)	Assistenza al paziente per esecuzione dell'esame				R		
g)	Refertazione degli esami radiologici						R

Esempio di descrizione delle attività/operatore.

Matrice Pronto Soccorso PCA Trauma:

N°	Operatore sanitario	Procedura/evento	Tempo
1	Infermiere di triage	Riceve la telefonata dal 118 sulla destinazione in Pronto Soccorso (P.S) di un paziente con trauma maggiore in codice rosso, annota : dinamica del trauma e parametri vitali (dispatch), tempo stimato e modalità di arrivo; allerta il medico e l'infermiere della S.R (Shock room) e l'infermiere della IV° medicheria quando arriva il paziente : provvede ad un accesso diretto in S.R	5'
2	Infermiere Shock Room/ inf A	Indossa i presidi di protezione individuale (DPI), allestisce la shock room (S.R) preparando i presidi e farmaci per la ventilazione assistita ed il kit di intubazione rapida (descrivere quale), scalda fluidi le siringhe per l'emogasanalisi arteriosa (EGA), la routine ematica+ prove crociate+prelievo sanguigno per neuroleso+prelievo per BHCG se paz donna in età fertile, convoca un OSS per l'assistenza al Team, collabora con il medico rianimatore nell'assistenza ventilatoria al paziente, nell' aspirazione di sangue e secreti dal cavo orale, sequenza di intubazione rapida, posizionamento di sondino naso-gastrico, cricotiroidectomia d'urgenza)	30'
3 / 4 / 5 / 11 / 14 / 15	Medico d'urgenza in Shock Room	Indossa i DPI, richiama la centrale 118 per avere eventuali aggiornamenti clinici, convoca in S.R i componenti del Trauma team (chirurgo - medico rianimatore), pre-allerta telefonicamente eventuali altri consulenti del trauma team (neurochirurgo, chirurgo toracico, ortopedico etc..), allerta il tecnico di radiologia (TSRM) il servizio TAC, il laboratorio analisi, il Centro Trasfusionale (C.T), raccoglie le informazioni da parte dell'equipaggio del 118, esegue la Primary Survey ABCDE, collabora per l'esecuzione dell'ega, compila la richiesta per le prove crociate e la richiesta di emocomponenti o per la sola tipizzazione del paziente, esegue l'e-FAST, collabora con il rianimatore per l'eventuale decompressione con ago sul II° spazio intercostale e con l'infermiere C per l'eventuale accesso intraosseo, comunica con i parenti, richiede Rx torace e Rx bacino, TCMS	30'

N°	Operatore sanitario	Procedura/evento	Tempo
6/7/9	Infermiere IV° medicheria/ infern. C	Indossa i DPI, provvede al monitoraggio dei parametri vitali (monitor defibrillatore e monitor multiparametrico, T.C), reperisce un 2° accesso venoso, se non già presente, con una agocannula di grosso calibro (14 G) esegue ed invia i prelievi ematici suddescritti e le prove crociate, esegue l'elettrocardiogramma, posiziona se indicato un catetere vescicale, mette da parte i flaconi vuoti dei liquidi infusi,	30'
8/10/12	Rianimatore	Raccoglie le notizie relative alle circostanze e la dinamica del trauma e quelle cliniche dal medico del 118, valuta lo stato neurologico (G.C.S, pupille, segni di lato) e le vie aeree, valuta la necessità di posizionare un presidio di protezione delle vie aeree mantenendo in asse il rachide cervicale, esegue se necessario una cricotiroidotomia con ago, una cricotiroidotomia chirurgica o percutanea, una decompressione pleurica con ago sul II° spazio intercostale di un eventuale pneumotorace iperteso, comunica con i parenti	30'
13/16	Chirurgo/ Chirurgo toracico	Tampona le perdite ematiche esterne (tamponamento nasale anteriore, bendaggi compressivi, posizionamento di tournichet), collabora per l'esecuzione dell'ega, se indicato e non è presente il chirurgo toracico posiziona un drenaggio pleurico (pleuro cath o tubo toracostomico) pre-allerta l'equipe chirurgica d'urgenza e l'anestesista di sala, allerta la DS	30'
17	Medico di DS	Autorizza l'utilizzo della sala operatoria d'emergenza	
2/7/8/9	OSS	Collabora con gli infermieri per reperire presidi e materiali, per l'assistenza al paziente, per svestire e prevenire l'ipotermia del paziente, raccoglie i suoi oggetti personali e i vestiti rimossi, invia i prelievi ematici tramite posta pneumatica, aiuta a mobilizzare e trasportare il paziente	30'
A	Tecnico di laboratorio	Accetta le provette provenienti dal P.S e procede all'esecuzione degli esami nel sistema di automazione totale Flexlab	10'
B	Medico di laboratorio o biologo	Valida i risultati degli esami richiesti e li trasmette al PS per via informatica tramite il sistema DNLAB noemalife	30'
C	Medico Centro Trasfusionale o Biologo	Accetta la richiesta di emocomponenti in emergenza e urgenza, esegue tipizzazione gruppi e sottogruppi	30'

Nella procedura, al fine di controllare il processo che viene gestito, sono inseriti degli indicatori di monitoraggio; questi possono essere anche relativamente pochi, la necessità è che siano rilevabili dai sistemi in uso quotidianamente, inoltre che siano attinenti allo scopo della procedura.

Indicatori:

- % di utilizzo della procedura rispetto ai pazienti con Trauma Maggiore Codice Rosso;
- % rispetto allestimento della S.R. sul totale degli allertamenti per Trauma Maggiore;
- % attivazione del Trauma Team sull'attivazione del medico di PS.

Fonte documentazione: Cartella Clinica di PS.

Bibliografia:

- Labisch, A., Cosmacini G., e Carnevale, F. (1997). *Enciclopedia delle scienze sociali*. Treccani
- Cartabellotta, A. (2008). *Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine!*. GIMBEnews 1: 4-5
- Regione Emilia Romagna (2014). *Linee guida per la elaborazione e gestione della cartella socio sanitaria nei servizi socio sanitari accreditati per anziani e persone con disabilità*. Dicembre

Le Procedure Aziendali redatte.

Si riportano in sintesi alcune delle Procedure Aziendali redatte.

1. Valutazione Rischio Tubercolosi, Ospedale San Michele, Azienda Ospedaliera "Brotzu" Cagliari.

Negli ultimi anni la tematica del *rischio biologico* (RB), ovvero il rischio di insorgenza di malattie infettive conseguenti al contatto con *agenti biologici* (AB) patogeni presenti negli ambienti di lavoro, è diventata di notevole attualità.

Nelle attività di Medicina del Lavoro finalizzate alla prevenzione, sorveglianza e controllo dei rischi per la salute degli Operatori Socio Sanitari (OSS) che svolgono attività di assistenza è di primaria importanza l'attività di Valutazione del Rischio (VdR). La VdR consiste nell'esame degli ambienti di lavoro, nell'identificazione dei fattori di rischio e nella stima del rischio occupazionale associato all'esposizione agli agenti biologici (AB) nelle circostanze, eventi e procedure che vedono coinvolti gli OSS.

In Italia sono state pubblicate delle Linee Guida della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (SIMLII) sul rischio biologico per i lavoratori della sanità che hanno proposto dei criteri per la VdR RB e nel 2010 la sezione Tematica di Medicina Preventiva dei Lavoratori della Sanità (STLS) della SIMLII ha pubblicato un aggiornamento delle indicazioni relative alle metodologie più appropriate per la valutazione del rischio biologico in ambito sanitario (Porru, 2010; Polato, 2010; Carrer, 2010; Campagna, 2010; Placidi, 2010). Uno degli AB che desta ancora oggi particolare preoccupazione a livello globale è il *Mycobacterium tuberculosis* (MT); per il 2013 infatti sono stati stimati circa 9 milioni di casi incidenti di tubercolosi (TB) e 1,5 milioni di decessi in tutto il mondo (OMS 2013). L'Italia è classificata come una nazione a bassa incidenza di malattia con un tasso di incidenza stimato di 5.7 casi ogni 100.000 abitanti (OMS 2013). Circa il 2,6% e l'8,8% rispettivamente dei casi con nuova diagnosi e delle recidive risulta affetto dalla forma multiresistente dell'infezione tubercolare (Mdr-Tb) ed è inoltre presente la tendenza alla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età.

Pertanto, una valutazione del rischio tubercolosi (VdR TB) in ambito sanitario risulta di primaria importanza. Nel 2005 il CDC di Atlanta e nel 2013 il Ministero della Salute hanno emanato delle linee guida sulla VdR TB. La presente valutazione è stata condotta seguendo le indicazioni contenute nei suddetti documenti con lo scopo di aderire il più possibile alle buone prassi indicate dalla più autorevole società scientifica nazionale in ambito della Medicina del Lavoro.

Obiettivi:

I principali obiettivi della presente VdR sono quelli di stimare l'attuale livello di RB derivante dalla trasmissione per via aerea del MT a cui sono esposti gli OS dell'Ospedale San Michele (O.S.M.) di Cagliari, afferente all'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari (A.O.B).

Ulteriori obiettivi sono quelli di identificare gli interventi preventivi più appropriati per contenere il rischio e le relative priorità di intervento nonché di porre le basi per un costante monitoraggio del rischio all'interno delle strutture afferenti all'O.S.M. dell'A. O.B di Cagliari.

Materiali e metodi:

Nel dicembre 2015, sono stati raccolti ed elaborati i dati disponibili presso la Direzione Generale dell'A.O.B. E' stata quindi predisposta una specifica griglia contenente le priorità di intervento sia per il completamento e aggiornamento continuo della presente VdR TB che per l'applicazione dei più appropriati interventi preventivi derivati dall'analisi dei risultati della presente valutazione.

Il documento è stato redatto dal consulente dell'azienda Dott.ssa Luisa Sodano, in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio, il Medico Competente, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).

Sono stati classificati in base al rischio l'O.S.M. di Cagliari e le strutture appartenenti ad esso, sulla base dei parametri indicati dal Ministero della Salute (vedi elenco sotto e Tabella 1). In particolare, si definisce Area un luogo unitario dal punto di vista edilizio (ad es., Presidio Ospedaliero); si definisce struttura un'Unità Operativa omogenea all'interno dell'area. Nel presente documento è stata considerata come Area l'O.S.M. di Cagliari e come strutture tutte le sue Unità Operative.

1. Per quanto riguarda l'Area sono stati considerati i seguenti fattori:
 - incidenza della TB nel bacino di utenza;
 - adeguatezza generale degli impianti di aerazione al contenimento del rischio;
 - presenza di adeguato numero di stanze di isolamento respiratorio;
 - criteri di accettazione;
 - posti letto disponibili.
2. Per quanto riguarda le strutture sono stati considerati i seguenti fattori:
 - dedicata o no al trattamento di malati di TB;
 - dove si svolgono attività a rischio (aerosolterapia, broncoscopia, etc.).
3. a livello di singolo operatore:
 - probabilità di contatto col malato potenzialmente contagioso;
 - mansione specifica (personale amministrativo, medico, infermieristico, etc.);
 - condizioni personali (stato immunologico, gravidanza, fattori di rischio o appartenenza a gruppi a rischio, etc.).

Tali dati sono stati poi utilizzati per classificare le Unità Operative secondo lo schema riportato in tabella 1.

Tabella 1. Classificazione delle strutture in base al rischio:

<i>Livello di rischio</i>	<i>Caratteristiche</i>
A	Strutture appartenenti ad aree nel cui bacino d'utenza non sono segnalati o sono altamente improbabili casi di TB polmonare contagiosa. La definizione si applica solo se l'intera area a cui fa riferimento la struttura è a questo livello di rischio.
B	Strutture appartenenti ad aree alle quali i malati di TB contagiosa: ▪ abitualmente non accedono (≤ 2 per 100 posti letto nell'ultimo anno); ▪ accedono, ma permangono per breve periodo (< 24 ore) (es. strutture ambulatoriali, eccetto quelle che praticano procedure ad alto rischio e dedicate al trattamento della TB).
C	Strutture a cui il malato di TB può accedere prima della diagnosi o per ottenere una diagnosi ma nelle quali non è previsto di norma il ricovero programmato di malati di TB, né viene eseguito di norma il trattamento (ad es., pneumologie non tisiologiche, medicine).
D	Strutture dedicate (tutte o in parte) al ricovero o, comunque, al trattamento di malati contagiosi (tisiologie, malattie infettive, compresi ambulatori per TB, day hospital, etc.). Sono in ogni caso da classificare a livello D le strutture e i servizi per i quali il pericolo potenziale sia difficilmente valutabile, qualunque sia l'incidenza della TB nel bacino di utenza o nei pazienti dell'ospedale: ▪ Anatomie patologiche (Sala settoria); ▪ Laboratori di micobatteriologia; ▪ Ambulatori per il trattamento della TB; ▪ Broncologie; ▪ Procedure di aerosol per adulti.

<i>Livello di rischio</i>	<i>Caratteristiche</i>
E	Le strutture che sulla base dei risultati della sorveglianza sanitaria ed epidemiologica possono essere riclassificate come a livello grave o inaccettabile in quanto sono stati: ▪ segnalati casi di trasmissione ospedaliera (tra pazienti o da pazienti a operatori); ▪ segnalati casi di malattia tra i dipendenti; ▪ evidenziati clusters (2 o più casi nella stessa Unità Operativa) di nuove infezioni; ▪ ricoverati per più di 24 ore senza misure di isolamento più di 1 paziente risultato affetto da TB contagiosa confermata.

Risultati:

1. Identificazione e classificazione degli agenti biologici presenti nell'ambiente di lavoro.

I dati disponibili in letteratura scientifica indicano come all'interno degli ospedali siano, o possano essere presenti, numerosi AB potenzialmente nocivi per la salute degli OS. Per quanto attiene alla TB, sulla base di recenti studi condotti in Sardegna, questa sembra maggiormente diffusa nella popolazione generale (e di conseguenza in quella ospedalizzata) rispetto agli anni passati. È stato rilevato infatti come la Sardegna rappresenti oggi una regione ad endemia bassa, ma vicino ai dati di endemia intermedia (Marras, 2011).

2. L'identificazione di sorgente, emissione, modalità di trasmissione.

Non risultano disponibili le informazioni riguardanti il numero di casi indice, le modalità di accesso e i percorsi effettuati all'interno del presidio dai casi indice verificatisi nell'anno 2012.

Nel periodo 2013 - 2014 si sono verificati complessivamente 4 casi indice di TB nell'O.S.M. di Cagliari. Di questi, 2 casi sono pervenuti al Pronto Soccorso e successivamente indirizzati nel servizio di Radiologia, nel quale è stata fatta diagnosi; uno di questi è stato poi gestito nel reparto di Pediatria. Un altro caso è transitato nei reparti di Medicina I e Radiologia; mentre il restante caso è transitato nella corsia e nella sala operatoria della Chirurgia d'Urgenza.

3. Valutazione del rischio di infezione da micobatterio tubercolare negli operatori sanitari.

Applicando l'algoritmo presente nelle linee guida CDC, sono stati presi in considerazione il numero di posti letto presenti nell'O.S.M. di Cagliari e il numero di casi indice di TB accertati nel periodo 2012 - 2014.

La valutazione del rischio è stata eseguita sia stratificata per anno sia complessiva dell'intero periodo osservato. In quest'ultimo caso è stata considerata la media dei casi indice di TB accertati nell'intero periodo (Tabella 2). Per l'O.S.M. di Cagliari è risultato complessivamente un livello di rischio lieve, solamente per il 2014 è stato definito un livello di rischio medio a fronte dei 3 casi accertati.

Tabella 2. Numero dei casi indice di TB accertati nell'O.S.M. dell'A.O.B. di Cagliari nel periodo 2012 - 2014. Ospedale San Michele (posti letto 600)

<i>Anno</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>Media</i>
<i>Numero casi TB accertati</i>	–	1	3	2

La classificazione in base al rischio TB proposta dal Ministero della Salute, all'interno dell'O.S.M. di Cagliari ha evidenziato, per l'anno 2014, un livello di rischio B per tutte le strutture del presidio ad eccezione del servizio di Anatomia e Istologia Patologica nel quale è stato definito un livello di rischio D. Si ricorda infatti che all'interno del servizio di Anatomia Patologica dotato di sala settoria, per definizione, risultano difficilmente valutabili le modalità di contatto con la potenziale fonte di contagio ed è altrettanto difficile provvedere ad un'identificazione preliminare dei casi indice. Per la classificazione dettagliata si rimanda alla tabella 3.

Tabella 3. Classificazione in base al rischio TB delle strutture appartenenti all'O.S.M. di Cagliari

Struttura	Anno		
	2012	2013	2014
Ortopedia e Traumatologia	-	B	B
Rianimazione e Terapia Intensiva	-	B	B
Osservazione breve intensiva	-	B	B
Chirurgia d'Urgenza	-	B	B
Pronto soccorso	-	B	B
Anestesia	-	B	B
Cardiologia-Terapia Intensiva	-	B	B
Cardiochirurgia	-	B	B
Emodinamica	-	B	B
Cardioriabilitazione e Valutazione Funzionale	-	B	B
Chirurgia vascolare e toracica	-	B	B
Cardiologia Pediatrica	-	B	B
Terapia intensiva post-operatoria	-	B	B
Neurologia - Stroke Unit	-	B	B
Neuroriabilitazione	-	B	B
Medicina prima	-	B	B
S. C. Medicina seconda	-	B	B
Pediatria	-	B	B
Centro Anti – Diabete	-	B	B
Centro per lo studio dei disturbi pervasivi generalizzati del bambino	-	B	B
Centro per le Malattie Dismetaboliche e l'Arteriosclerosi	-	B	B
Endoscopia Digestiva	-	B	B
Chirurgia Maxillo-facciale	-	B	B
Oculistica	-	B	B
Chirurgia Plastica e Centro Ustioni	-	B	B
Gastroenterologia	-	B	B
Ostetricia e Ginecologia	-	B	B
Chirurgia Generale	-	B	B
Neurochirurgia	-	B	B
Neonatologia	-	B	B
Senologia	-	B	B
Recupero e Rieducazione funzionale	-	B	B

Struttura	Anno		
	2012	2013	2014
Immunoematologia_	-	B	B
Anatomia e Istologia Patologica_	D	D	D
Laboratorio Analisi_	-	B	B
Urologia, Trapianto renale e Chirurgia robotica	-	B	B
Nefrologia e Dialisi	-	B	B
S. C. Medicina nucleare	-	B	B
S. C. Radiologia	-	B	B
Fisica Sanitaria	-	B	B
Direzione Sanitaria	-	B	B
Servizi Amministrativi	-	B	B
Farmacia	-	B	B
Medicina del Lavoro	-	B	B
Otorinolaringoiatria	-	B	B
Microbiologia e Virologia	-	B	B
Dermatologia	-	B	B
Neuropsichiatria Infantile	-	B	B
Terapia Antalgica	-	B	B

Nota: dati 2012 non disponibili.

4. La raccolta di informazioni dalla sorveglianza sanitaria dei lavoratori esposti.

Per quanto riguarda l'esposizione degli operatori a MT per l'anno 2012 non risultano disponibili i dati di sorveglianza sanitaria. Nel periodo 2013-2014 è stata rilevata la presenza di 2 casi di cuticonversione recente, con positività post contatto al test in vitro in uno dei due casi (vedi tabella 4). Complessivamente sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria 24 medici (compresi i medici in formazione specialistica); 68 infermieri (compresi gli studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche); 25 studenti OSS; 7 ausiliari e 4 volontari. Sono stati inoltre sottoposti a sorveglianza sanitaria lavoratori addetti alle pulizie. Fra questi è stato segnalato un caso di infezione tubercolare latente pregressa. Si rimanda alle relazioni sanitarie annuali dei Medici Competenti e al documento di valutazione dei rischi aziendale.

Tabella 4. Sorveglianza sanitaria degli operatori post contatto TB per il periodo 2013 – 2014

2014 (tre casi indice)							
Qualifica lavoratori esposti al caso indice e sottoposti a sorveglianza post esposizione (n. lavoratori)	U.O.	Mantoux		Quantiferon		ITL recente	ITL pregressa
		Positivo	Cuticonversione recente	Positivo	Sieroconversione recente		
Infermiere e studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche (41)	Medicina I; Radiologia; Chirurgia d'Urgenza; Sala Operatoria	31.7% (13/41)	Nessuna				2.4% (1/41)
Personale medico e medici in formazione specialistica (22)	Medicina I; Radiologia; Pronto Soccorso; Chirurgia d'Urgenza; Sala Operatoria	27.2% (6/22)	Nessuna				4.5% (1/41)
OSS studenti (15)	Medicina I; Radiologia; Chirurgia d'Urgenza; Sala Operatoria.	20% (3/15)	Nessuna				
Ausiliari (6)	Medicina I; Radiologia; Chirurgia d'Urgenza; Sala Operatoria	50% (3/6)	Nessuna				

2013 (un caso indice)							
Qualifica	U.O.	Mantoux		Quantiferon		ITL recente	ITL pregressa
		Positivo	Cuticonversione recente	Positivo	Sieroconversione recente		
Infermiere e studenti del corso di laurea in Scienze Infermieristiche (27)	Pronto Soccorso Pediatria	44.4% (12/27)	7.4 % (2/27)	41.6 % (5/12)	20% (1/5)	3.7 % (1/27)	14.8% (4/27)
OSS studenti (10)	Pronto Soccorso; Pediatria	Nessuna	Nessuna				
Ausiliari (1)	Pronto Soccorso; Pediatria	X		X			X
Volontari (4)	Pronto Soccorso; Pediatria	Nessuna	Nessuna				
Personale medico e medici in formazione specialistica (2)	Pronto Soccorso; Pediatria	Nessuna	Nessuna				

La valutazione del rischio individuale non è stata effettuata in quanto i dati relativi alla sorveglianza post esposizione dei lavoratori vengono riportati in maniera anonima e collettiva.

5. La valutazione degli ambienti di lavoro, dei presidi, dei dispositivi di protezione individuale (DPI), dell'organizzazione del sistema di prevenzione.

Per quanto riguarda l'isolamento respiratorio per i pazienti con sospetto di TB respiratoria, gli ambienti di lavoro non presentano caratteristiche ottimali rispondenti secondo i criteri indicati dal Ministero della Salute per strutture che abitualmente non ricoverano pazienti con TB e per ricoveri temporanei, per le strutture ambulatoriali e per le strutture che ricoverano abitualmente pazienti con TB.

Risulta opportuno creare un canale di comunicazione con i medici di Medicina Generale del territorio affinché i pazienti con possibile infezione tubercolare possano essere opportunamente gestiti prima del loro ingresso nel P.O. Per quanto riguarda i DPI (guanti, sovracamici, facciali filtranti, e visiere paraschizzi) verrà programmato, in collaborazione col SPP, un monitoraggio della loro diffusione e del loro utilizzo in tutte le Unità Operative dei presidi.

Obiettivo del monitoraggio sarà quello di individuare aree e soggetti con minore compliance e riservare l'utilizzo dei DPI alle aree / operazioni per le quali questi risultano strettamente necessari, riducendo così il discomfort degli OS ed i costi relativi all'utilizzo improprio degli stessi DPI. Sarà inoltre necessario verificare la presenza di armadietti a doppio scomparto per il personale sanitario nelle singole Unità Operative e la congruità delle divise utilizzate dagli OS.

In merito ai percorsi per la gestione dei casi di TB all'interno dell'Azienda si rimanda ai documenti specifici disponibili presso il CIO e alla procedura aziendale sulla sorveglianza, controllo e prevenzione della tubercolosi in ambito ospedaliero.

6. Informazione / formazione e addestramento.

Per le modalità di utilizzo dei facciali filtranti FFP2 ed FFP3 si rimanda all'allegato n.7 della procedura aziendale sulla sorveglianza, controllo e prevenzione della tubercolosi in ambito ospedaliero.

La formazione specifica sul RB da MT deve essere rinforzata e saranno nuovamente diffuse in maniera sistematica le precauzioni standard e quelle per via aerea (vedere allegati 5 e 6 della suddetta procedura) con il monitoraggio della loro applicazione.

Discussione e conclusioni:

Dall'esame dei dati emerge come il rischio biologico da TB risulti presente per gli OS dell'O.S.M. di Cagliari e possa essere definito di livello lieve-medio. Infatti, nonostante l'assenza di diagnosi di tubercolosi di origine occupazionale, l'incidenza degli episodi di esposizione al MT risulta non trascurabile. Dall'analisi dei dati emerge che avvengono con una significativa frequenza dei contatti con casi indice possibile causa di cuticonversione da MT. Con i dati sino ad ora disponibili per l'anno 2014 è possibile definire un livello di rischio TB medio nell'O.S.M. di Cagliari (riepilogo sottostante).

Riepilogo dei livelli di rischio TB nell'O.S.M. della A.O.B. di Cagliari (2014).

<i>Presidio Ospedaliero</i>	<i>Livello di rischio</i>	<i>Priorità di intervento</i>
Ospedale San Michele	Medio	Elevata

Bibliografia

- Accordo nella Conferenza Stato – Regioni - Province Autonome, 7 febbraio 2013 *“Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati”*.
- Alessio L, Porru S, Aparo UL, Bassetti D, Beltrame A, Buzzi F, Cipolloni L, Germano T, Lombardi R, Longo F, Palmi S, Papaleo B, Patacchia L, Persechino B, Placidi D, Polato R, Puro V, Saia B, Signorini S, Sossai D, Verani P, Vonesch N, Zanetti C. *Linee guida per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti*

a rischio biologico. In: *Linee guida per la formazione continua e l'accreditamento del Medico del Lavoro*. P. Apostoli, M. Imbriani, L. Soleo, G. Abbritti, L. Ambrosi Editori, Tipografia PIME editricesrl, Pavia 2005; vol. 17. 4)

- Carrer P, Micheloni G, Campagna M, Bacis M, Belotti L, Biggi N, Cologni L, Gattini V, Fostinelli J, Lodi V, Magnavita N, Negro C, Omeri E, Placidi D, Polato R, Puro V, Tonelli F, Porru S. *Focus sulla sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità esposti ad agenti biologici trasmissibili per via ematogena: risultati e prospettive di un gruppo di lavoro multicentrico*. G Ital Med Lav Erg 2010; 32:3, 249-255
- Centers for Disease Control and Prevention. *Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium tuberculosis in Health-Care Settings*, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, December 30, 2005 / Vol. 54 / No. RR-17
- Marras V, Argiolas F, Porcu S, Senis G, Crasta MG, Santus S, Coppola RC, Steri GC. *Definizione della incidenza della patologia tubercolare attraverso un sistema di data linkage*. *Igiene e Sanità Pubblica*, 2011, Suppl.3: 529
- Polato R, Bacis M, Belotti L, Biggi N, Campagna M, Carrer P, Cologni L, Gattini V, Lodi V, Magnavita N, Micheloni G, Negro C, Placidi D, Puro V, Tonelli F, Porru S. *Focus sulla valutazione del rischio negli ambienti sanitari: risultati e prospettive di un gruppo di lavoro multicentrico*. G Ital Med Lav Erg 2010; 32:3, 240-244
- Porru S, Campagna M, Carta A, Arici C, Placidi D. *Agenti biologici*. In: *Manuale di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale. Per Tecnici della Prevenzione*. PiccinEditore, Padova, 2010, pp 271-278
- Regione Piemonte. *"Raccomandazioni per la prevenzione della Tubercolosi nelle Strutture Sanitarie"*. Revisione 2011

2. Procedure prevenzione infezioni ospedaliere: diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium difficile.

1 – Scopo

Lo scopo della procedura è definire le modalità per:

- Prevenire la trasmissione intraospedaliera del CD dai soggetti contagiosi;
- Identificare tempestivamente, isolare e trattare efficacemente i pazienti affetti da CDAD/CDI.

2 – Campo di applicazione

La procedura si applica:

- Nella gestione intraospedaliera dei pazienti con CDAD/CDI sospetta o accertata;
- Nella gestione dei pazienti "contatti" intraospedalieri con casi di CDAD/CDI;

3 – Luogo di applicazione:

La procedura si applica nei Presidi Ospedalieri dell'AOB:

- Oncologico-Businco (denominato Oncologico in questa procedura);
- Pediatrico Microcitemico "A. Cao" (denominato Microcitemico in questa procedura);
- San Michele.

4 – Riferimenti normativi e documentali (in ordine di citazione):

- Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC) 2013: *Guide to Preventing Clostridium difficile Infection*.
- Cohen-IDS-SHEA 2010: *CDI Guidelines*.
- European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) 2014: *Update of the Treatment Guidance Document for Clostridium difficile Infection*.
- Giornale Italiano Infezioni Ospedaliere 2009; vol.16, n. 1.
- Ministero Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990. *Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive*. Gazzetta Ufficiale n. 6 dell'8 gennaio 1991.
- NHS 2014: *Guidance on Prevention and Control of Clostridium difficile Infection (CDI) in Care Settings in Scotland clostridium-difficile-infection-guidelines*.

- Società Italiana Multidisciplinare per la Prevenzione delle Infezioni nelle Organizzazioni Sanitarie (SIMPIOS): *Documento di indirizzo - Prevenzione e Controllo delle Infezioni da Clostridium difficile*.

5 – Clostridium Difficile

Clostridium difficile (CD) è un bacillo Gram positivo, anaerobio, sporigeno, largamente diffuso nel suolo, presente nel tratto intestinale degli animali. Colonizza molti bambini di età inferiore ad un anno ed una piccola percentuale di adulti sani (3-4%); in ambito clinico è responsabile di diverse tipologie di infezioni di differente gravità, definite *C. difficile*-associated disease (CDAD) o infezioni da *C. difficile* (CDI).

Esistono diversi ceppi di CD, alcuni non producono tossine e non sono patogeni; hanno interesse clinico i ceppi che producono enterotossina A e/o citotossina B. La tossina B ha attività citotossica più potente della tossina A.

Queste tossine si legano alla superficie delle cellule epiteliali delle mucose intestinali, e, una volta internalizzate, catalizzano la glicosilazione di alcune proteine citoplasmatiche: il collasso del citoscheletro che ne consegue, insieme alla chemiotassi dei neutrofili e alla liberazione di citochine, induce apoptosi e morte cellulare. L'infezione si verifica a seguito di trasmissione fecale-orale, per ingestione di spore che sopravvivono nell'ambiente acido dello stomaco e si trasformano nella forma vegetativa nel colon.

Il paziente colonizzato/infecto è la fonte primaria di CD.

Per via diretta o indiretta il CD contamina l'ambiente, che diviene una fonte secondaria, assumendo un ruolo importante nella trasmissione in ambito assistenziale.

Le modalità con le quali un paziente può essere esposto a CD in ospedale sono le seguenti:

- contatto con operatori sanitari portatori di colonizzazione transitoria delle mani;
- contatto con superfici ambientali contaminate;
- contatto diretto con un paziente con infezione da CD.

6 – Diagnosi di laboratorio di infezioni da CD

Il test per la diagnosi di CDAD/CDI attualmente in uso presso il Laboratorio Analisi San Michele è un test di amplificazione di DNA per il rilevamento di *Clostridium difficile* citotossigenetico.

Un unico test positivo è sufficiente per confermare la diagnosi e non va ripetuto per monitorare la risposta alla terapia, né per confermare la guarigione.

La positività al test verrà comunicata telefonicamente e tramite email aziendale alert.microbiologia@aob.it ai clinici dell'UO e alle figure addette al controllo delle infezioni.

Le email verranno aggiornate dal DMe del Laboratorio, in turno alle ore 12 e alle ore 18, sarà compito del medico dell'UO richiedente controllare la mail negli orari stabiliti.

7 – Strategie per la sorveglianza e il controllo.

Le strategie di controllo adottate hanno l'obiettivo di identificare tempestivamente, isolare e trattare efficacemente i pazienti affetti da CDAD/CDI, al fine di ridurre la disseminazione delle spore e prevenire i casi secondari, nonché di minimizzare i fattori di rischio prevenibili attraverso l'applicazione di protocolli di comportamento, sanificazione ambientale e politica antibiotica.

Gli interventi da porre in atto per la prevenzione sono: rapida identificazione del caso, isolamento e precauzioni da contatto, igiene delle mani, disinfezione ambientale, politica antibiotica, educazione.

Tutti coloro che in ambito assistenziale sono coinvolti nella gestione dei pazienti con diarrea, in particolare medici e infermieri, dovrebbero applicare il protocollo mnemonico SIDIT.

8 – La notifica di CDAD/CDI

La notifica di CDI è obbligatoria ai sensi del DM 15/12/90 (18), così come modificato dal DM 29/07/98 (19). Il medico deve pertanto notificare ogni caso confermato di CDI il più presto possibile dopo la diagnosi per consentire l'attivazione delle opportune misure di controllo e prevenzione da parte delle autorità competenti. Si sottolinea che la notifica deve essere compilata anche nel caso in cui la diagnosi sia posta per un paziente che nel frattempo ha già lasciato l'Ospedale (ad es., paziente di Pronto Soccorso o ambulatoriale, del quale

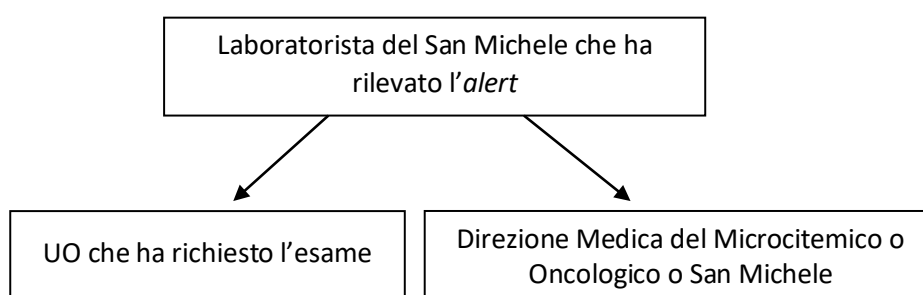
perviene l'esito dell'esame dopo suo trasferimento ad altro PO), per l'obbligo di ogni medico di fare la notifica di malattia infettiva nel momento in cui la diagnosi è accertata.

Non deve a questo proposito sussistere la preoccupazione di fare una doppia notifica qualora il caso sia stato notificato anche dalla struttura sanitaria che ha preso in carico il paziente successivamente, in quanto l'elaborazione delle schede di notifica presso i servizi territoriali delle ASL elimina automaticamente la doppia notifica. Sarebbe molto più grave la mancata notifica di un caso, nell'errata convinzione che questa fosse già stata fatta da altre strutture. La notifica deve essere inoltrata alla DMP dove viene verificata dal Medico di Direzione Medica.

Nel PO San Michele, Microcitemico e Oncologico la notifica, tramite gli Assistenti Sanitari/Infermieri della DMP, è trasmessa al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'ASL di Cagliari.

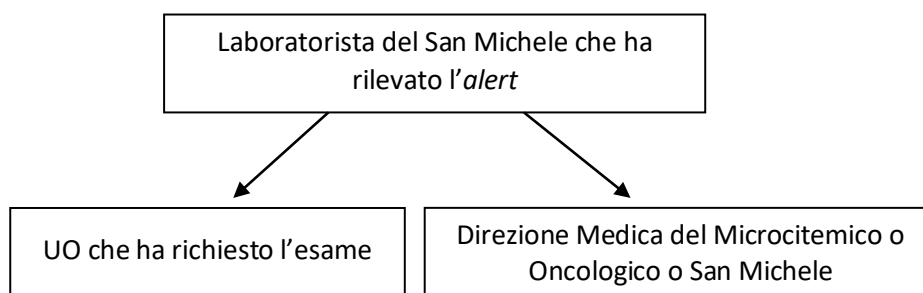
Tutti gli invii devono avvenire via email o via fax.

*Figura n.1 – AOB - Flusso della notifica di caso di TB sospetta o accertata**



** tutti gli invii devono essere fatti via email o via fax*

*Figura n.2 – AOB - Flusso degli alert microbiologici per CD**



** tutti gli invii devono essere fatti telefonicamente e via email aziendale alert.microbiologia@aob.it*

9 – Valutazione (47, 48) (per tutti gli indicatori è prevista una valutazione annuale)

Chi	Cosa	Criterio	Indicatore	Standard	Fonte dati
Direttore Medico di Presidio	Tempestività dell'isolamento da contatto dei casi con CDAD/CDI sospetta o accertata	L'isolamento da contatto deve essere immediato per ogni caso di CDAD/CDI sospetta o accertata	Intervallo temporale massimo tra accesso al PO e momento in cui il caso è stato posto in isolamento		Sistemi informativi per ricoveri Cartelle cliniche e infermieristiche
Direttore Medico di Presidio	Tempestività della notifica dei casi di CDAD/CDI	La notifica è fatta per ogni caso di CDAD/CDI accertata il più presto possibile	Intervallo temporale massimo tra accesso al PO e ricevimento della notifica da parte della DMP	36 ore	Sistemi informativi per ricoveri Data e ora di ricevimento della notifica da parte della DMP
Direttore Medico di Presidio	Appropriatezza della diagnosi microbiologica della CDAD/CDI	L'esame deve essere effettuato per ogni caso di CDAD/CDI	N° casi di CDAD/CDI con esame colturale/N° casi di CDAD/CDI notificati	Almeno il 95%	Laboratorio di Microbiologia Archivio notifiche di CDAD/CDI
Direttore Medico di Presidio	Sorveglianza di laboratorio	Ogni positività microbiologica per CD deve essere segnalata alla DMP	N° casi di CD segnalati dal laboratorio di Microbiologia/N° di casi di CD con pos. tà microbiologica notificati	100%	Archivio <i>alert</i> per CD Archivio notifiche di CD
Direttore Medico di Presidio	Valutazione della rilevazione casi di CDAD/CDI accertata	Deve essere fatta una scheda di rilevazione per ogni caso confermato di CDAD/CDI	N° casi di CDAD/CDI con schede di rilevazione/N° casi di CDAD/CDI notificati	100%	Archivio schede di rilevazione dei casi di CDAD/CDI Archivio notifiche di CDAD/CDI
Presidente del CIO Figure addette al controllo infezioni	Adozione misure di isolamento: "precauzioni da Contatto" oltre alle precauzioni Standard	Deve essere compilata la Check list di adesione alle misure di controllo	N° casi di CDAD/CDI gestiti secondo la procedura / N° casi di CDAD/CDI notificati		Le informazioni vanno acquisite mediante osservazione diretta Cartelle cliniche e infermieristiche
Presidente del CIO	Diffusione della Procedura Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da Clostridium difficile	Presenza della "Procedura Diagnosi, prevenzione e controllo dell'infezione da CD" in ogni PO dell'AOB	Audit a campione	100% in tre anni dall'adozione della procedura	Le informazioni vanno acquisite mediante osservazione diretta
Risk Management	Report annuale della sorveglianza CD nei pazienti	Ogni anno deve essere stilato il report	Sì/no	Sì	

3. Procedura per il Trasferimento Secondario Aereo Pediatrico

L'Azienda Ospedaliera "G. Brotzu" di Cagliari garantisce l'assistenza al paziente pediatrico nei reparti di Pediatria, Oncoematologia Pediatrica, Centro per i Trapianti di Midollo Osseo, Cardiologia Pediatrica e, nei casi di maggiore criticità, nelle Reparti di Rianimazione del P.O. "S. Michele" e "A. Businico".

L'azienda, sede di Dipartimento di Emergenza di II Livello, garantisce le cure primarie e la stabilizzazione dei piccoli pazienti che accedono ad esso tramite il Pronto Soccorso Pediatrico, con la collaborazione di tutti i professionisti che, per esperienza e competenza, possono partecipare alla presa in carico e cura delle diverse patologie acute di carattere medico o chirurgico.

A causa della gravità e complessità di alcune patologie talvolta è indispensabile il trasferimento dei bambini in strutture o in centri, nazionali o internazionali, dotati di attrezzature e professionalità adeguate alle loro necessità.

Ciò si ottiene con il Trasporto Secondario Protetto, inteso come il trasferimento medicalmente assistito di un paziente da un ospedale ad un altro per ricovero o esecuzione di accertamenti diagnostici e/o trattamenti terapeutici che non possono essere effettuati nell'ospedale richiedente.

L'esigenza di attivare un trasferimento è fondamentalmente legata alle condizioni fisiche del paziente ed alla impossibilità della struttura in cui è ricoverato di fornirgli le cure adeguate.

Le principali indicazioni sono:

- Trasferimento da strutture sanitarie inadeguate a strutture idonee;
- Trasferimento in ospedali competenti per specialità;
- Necessità di eseguire esami diagnostici o terapie particolari non eseguibili nell'ospedale di ricovero.
- Mancanza di posti letto.

Nei casi di trasporto extraregione, data la condizione di insularità, è indispensabile il trasferimento del piccolo paziente con l'ausilio di mezzo aereo, messo a disposizione attraverso la Prefettura dall'Aeronautica Militare, configurabile per l'imbarco di barellati ed équipe mediche specializzate.

Le indicazioni al trasferimento con aeromobile militare sono:

- Trasporto di ammalati e traumatizzati gravi nei soli casi di imminente pericolo di vita, quando non siano trasportabili con altri mezzi e non esista in loco la possibilità di assisterli adeguatamente, anche per carenza di idonee strutture sanitarie;
- Trasporto d'urgenza nei casi in cui devono essere eseguiti interventi sanitari entro limiti di tempo determinati ed improrogabili;
- Trasporto di pazienti per trapianto d'organi.

Lo stesso supporto, anche se meno frequentemente, è garantito con aeromobili ad ala rotante, messi a disposizione dalla C.O. 118 o da altri enti civili o militari.

Il trasporto di pazienti critici, soprattutto pediatrici, è una attività sanitaria che presenta criticità, rischi e costi elevati, pertanto è indispensabile rendere razionale e coerente il processo decisionale in modo da ottenere un rapporto costi/benefici che sia nell'interesse del paziente e compatibile con le risorse a disposizione.

1 - Scopo

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità e i criteri del trasporto aereo secondario pediatrico da una struttura ospedaliera della AOB verso altre regionali o extraregionali.

2 - Campo e luoghi d'applicazione

La presente procedura viene attuata nelle strutture di degenza dei Presidi Ospedalieri che afferiscono all'A.O.B. di Cagliari.

Si applica a pazienti di età pediatrica (31gg – 14 anni di vita) in condizioni critiche o in imminente pericolo di vita, che necessitino di trasporto aereo e che non presentino controindicazioni assolute al volo o malattie infettive altamente diffuse.

L'attività inizia allorché il medico che ha in carico il paziente stabilisce la necessità del trasferimento e termina con l'arrivo del paziente nell'ospedale di destinazione.

Il servizio di trasporto è attivabile H 24 – 365 giorni all'anno. Non si applica per il trasporto di malati altamente infettivi, per i quali è necessaria una speciale barella di bio-contenimento (Aircraft Transport Isolator), a disposizione in Europa alle sole Aeronautica Militare Italiana e alla britannica RAF (Royal Air Force), per la cui attivazione si rimanda a procedura apposita.

3 - Riferimenti normativi e documentali

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2011.
- COI JMCC 18 – 2016. *Testo Unico dei Trasporti per il Supporto dei Teatri Operativi*.
- Legge 18 febbraio 1997, n. 25. "Attribuzioni del Ministro della difesa, ristrutturazione dei vertici delle Forze armate e dell'Amministrazione della difesa".

4 - Matrice di Responsabilità

Gli attori principali del trasporto secondario sono:

- Il medico che decide il trasferimento;
- Il medico della direzione sanitaria di presidio;
- Il medico e l'infermiere che eseguono il trasporto.

<i>Figura che svolge l'attività</i>	<i>Medico che decide il trasferimento</i>	<i>Medico che esegue il trasporto</i>	<i>Infermiere che esegue trasporto</i>	<i>Medico Direzione Sanitaria</i>
Valuta necessità di trasferimento	R			
Prende accordi con struttura ricevente	R			
Valuta classe di rischio	R			
Richiede il Trasporto	R			
Prepara documentazione	R			R
Controlla documentazione	R	R		R
Richiede supporto aereo				R
Esegue Checklist attrezzature		C	R	
Accompagna il paziente		R	R	

Descrizione attività

R - Responsabile azione

C - Collaborazione

5 - Processo

La decisione di trasferire un paziente è responsabilità del medico della struttura che ha in carico il paziente, anche quando ciò non coincide col reparto di ricovero, se previsto da accordi precedenti, tale decisione deve essere motivata formalmente e riportata nella cartella clinica. Il paziente è inquadrato all'interno di classi di rischio adattate alla realtà aziendale e a quella regionale di insularità, che comporta sempre lunghi tempi di esecuzione del trasporto, tenendo conto della disponibilità di risorse umane e tecnologiche.

Il trasporto viene effettuato sempre da una equipe composta da un medico e da un infermiere, in casi particolari possono essere chiamate in supporto altre figure professionali.

6 - Classi di rischio

Classe 1	È stabile e non vi è rischio di aggravamento; Richiede raramente il monitoraggio dei parametri vitali; Ha bisogno di una linea venosa e somministrazione di farmaci; Può richiedere la somministrazione di ossigeno; Non è trasferito in terapia intensiva;
	<i>È richiesta la presenza del Medico di Reparto + Infermiere</i>
Classe 2	È instabile e richiede costante monitoraggio dei parametri vitali; Richiede monitoraggio invasivo, accessi venosi di grosso calibro o CVC; Richiede intubazione tracheale e supporto ventilatorio; È ad alto rischio di compromissione dello stato di coscienza o di deterioramento delle funzioni cardiorespiratorie che necessitano di cure rianimatorie avanzate; Ha avuto episodi recenti di arresto cardiaco o aritmie potenzialmente letali; Grande ustionato; È trasferito in terapia intensiva; Glasgow Coma Scale <9;
	<i>È necessaria la presenza del Medico Anestesista-Rianimatore + Infermiere di Area Critica o con esperienza di almeno due anni in Area Critica, afferenti al Dipartimento</i>

7- Attività

Distribuzione dei compiti

Il personale coinvolto deve eseguire la procedura secondo l'ordine temporale indicato seguendo un flusso di azioni preordinato e funzionale al buon esito del trasporto. La gestione del trasferimento in urgenza è affidata alla Struttura richiedente. L'accompagnamento programmato o in urgenza dei pazienti è predisposto dalla Struttura di competenza con proprie risorse mediche e infermieristiche o comunque afferenti al proprio Dipartimento.

Validazione/Valutazione

L'aderenza alla procedura sarà verificata dal componente indicato come responsabile del processo con cadenza periodica. La mancata applicazione della procedura sarà segnalata alla Direzione Sanitaria Aziendale per i provvedimenti previsti dal codice di comportamento aziendale. Il materiale occorrente è disposto in modo strutturato e deve essere sempre prontamente utilizzabile.

Archiviazione

La procedura viene conservata nel registro delle procedure del reparto.

Indicatori di monitoraggio

Trimestralmente viene effettuato un report sulla attività. Il report viene effettuato dal Patient Safety Manager e dal Clinical Risk Manager in staff alla Direzione Generale Aziendale.

Responsabilità

La responsabilità della eliminazione delle copie obsolete dell'istruzione operativa è dei destinatari di questa documentazione.

Bibliografia

- *American Burn Association*. <http://www.ameriburn.org>
- *Army Techniques Publication 4-02.2 (FM 4-02.2)*. Headquarters Department of the Army, Washington, DC, 12 August 2014, Edited by Robert M. Insoft, and Hamilton P. Schwartz, 2015
- *Guidelines for Air & Ground Transport of Neonatal and Pediatric Patients Manual*, 4th Ed. *American Academy of Pediatrics Section on Transport Medicine*, Janice Romito and S. Niccole Alexander

- *International Aeromedical Evacuation*, Peter G. Teichman, M.D., M.P.A., Yoel Donchin, M.D., and Raphael J. Kot, M.D. N Engl J Med 2007; 356:262-270 January 18, 2007 DOI: 10.1056/NEJMr063651
- NATO STANAG 3204 ed 8th Aeromedical Evacuation, 26 September 1973 (Latest Amendment, 10 September 2001)
- *Pediatric and neonatal interfacility transport: results from a national consensus conference*. Stroud MH1,
- Trautman MS, Meyer K, Moss MM, Schwartz HP, Bigham MT, Tsarouhas N, Douglas WP, Romito J, Hautt S, Meyer MT, Insoft R. *Pediatrics*. 2013 Aug;132(2):359-66.
- *Pediatric Consultation and Transfer Guidelines*. Washington State Department of Health Office of Community Health Systems DOH 530-092 (Revised April 2012)
- *Pediatric specialized transport teams are associated with improved outcomes*. Orr RA1, Felmet KA, Han Y, McCloskey KA, Dragotta MA, Bills DM, Kuch BA, Watson RS. *Pediatrics*. 2009 Jul;124(1):40-8. doi: 10.1542/peds.2008-0515.
- *Prehospital care*. In: *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*, 5th, Woodward GA, King BR, Garrent AL, Baker MD, Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM. (Eds), Lippincott, Williams, & Wilkins, Philadelphia 2006. p.93.
- *The effects of flight and altitude*. Samuels MP. Arch Dis Child. 2004;89(5):448.

4. Procedura per il Trasferimento Secondario Aereo paziente adulto

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità per:

- Effettuare con appropriatezza ed in sicurezza il trasferimento del paziente adulto (≥ 14 anni), in condizioni critiche o in condizioni non critiche, con trasporto aereo civile o militare, presso altre organizzazioni.
- Definire le modalità del passaggio di responsabilità per la prosecuzione delle cure ad un'altra struttura assistenziale, individuando il professionista sanitario di riferimento.
- Indicare le situazioni in cui non è possibile effettuare il trasferimento.
- Garantire la continuità delle cure, attraverso la comunicazione standardizzata dei dati clinici dei pazienti trasferiti, includendo le condizioni cliniche del paziente, le procedure e gli altri interventi eseguiti ed i bisogni di assistenza continuativa del paziente.
- Pianificare il processo di trasferimento del paziente ricoverato, allo scopo di soddisfare le necessità del paziente durante il trasporto.

1 - Campo d'applicazione

La presente procedura si applica a pazienti non trattabili nell'ambito dell'AOb:

- Pz adulti con rischio di rapida evoluzione con criticità vitale
- Pz adulti non critici

2 - Luogo d'applicazione

Si applica al paziente adulto (≥ 14 anni) che necessita di trasporto aereo e che non presenta controindicazioni assolute al volo o malattie infettive altamente diffuse.

L'attività inizia allorché il medico che ha in carico il paziente stabilisce la necessità del trasferimento e termina con l'arrivo del paziente nell'ospedale di destinazione. Il servizio di trasporto è attivabile H 24 – 365 giorni all'anno. Non si applica per il trasporto di malati altamente infettivi, per i quali è necessaria una speciale barella di bio-contenimento (Aircraft Transport Isolator), a disposizione in Europa alle sole Aeronautica Militare Italiana e alla britannica RAF (Royal Air Force), per la cui attivazione si rimanda a procedura apposita.

3 - Riferimenti normativi e documentali

- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 settembre 2011.
- COI JMCC 18 – 2016 *Testo Unico dei Trasporti per il Supporto dei Teatri Operativi*.
- Legge 18 febbraio 1997, n. 25. "Attribuzioni del Ministro della difesa, ristrutturazione dei vertici delle Forze armate e dell'Amministrazione della difesa".

4 - Responsabilità

Gli attori principali del trasporto secondario sono:

- Il medico che decide il trasferimento;
- Il medico della direzione sanitaria di presidio;
- Il medico e l'infermiere che eseguono il trasporto;

Azione/attività	Medico DS	Direttore Struttura (o suo delegato)	Medico Struttura che decide il trasferimento (curante)	Medico che esegue il trasporto	Infermiere che esegue il trasporto
Valuta necessità di trasferimento			R		
Prende accordi con struttura ricevente			R		
Valuta classe di rischio			R		
Richiesta di attivazione		C	R		
Valutazione richiesta	R	R	C		
Attivazione richiesta esterna	R	I	C	I	I
Predisposizione della documentazione clinica		C	R		
Predisposizione del trasporto da e per l'aeroporto della regione inviante e ricevente	R		C	C	C
Controlla documentazione	R	C	R	R	C
Controllo check list materiali	C		R	C	R
Accompagna il Paziente				R	R

R: Responsabile

C: Coinvolto

I: Informato

5 - Processo/attività

La procedura viene attivata dal medico che ha in carico il paziente anche quando ciò non coincide col reparto di ricovero, se previsto da accordi precedenti, tale decisione deve essere motivata formalmente e riportata nella cartella clinica. Il paziente è inquadrato all'interno di classi di rischio adattate alla realtà aziendale e a quella regionale di insularità, che comporta sempre lunghi tempi di esecuzione del trasporto, tenendo conto della disponibilità di risorse umane e tecnologiche. Il trasporto viene effettuato sempre da una équipe composta da un medico e da un infermiere, in casi particolari possono essere chiamate in supporto altre figure professionali.

6 - Classi di rischio (secondo Eherenwerth)

Trasporto a carico dell'infermiere

I pazienti della CLASSE I e II richiedono la presenza di un infermiere

Trasporto a carico del medico o del rianimatore

I pazienti della CLASSE III richiedono la presenza di un medico, che sarà il medico in servizio nel reparto di appartenenza. In tutti i casi sarà necessaria la presenza di un infermiere. I pazienti della CLASSE IV e V saranno accompagnati dal medico rianimatore e da un infermiere della Struttura di Anestesia e Rianimazione.

Classe IV

Il paziente:

- Richiede intubazione tracheale;
- Richiede supporto ventilatorio;
- Ha bisogno di una o due linee venose o di catetere venoso centrale;
- Può essere presente compromissione dello stato di coscienza;
- Può essere presente distress respiratorio;
- Richiede la somministrazione di ossigeno;
- Richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto;
- E' ammesso in Terapia Intensiva;
- Ha un punteggio nella Scala di Glasgow inferiore a 9.

E' richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore e dell'infermiere di rianimazione durante il trasporto.

Classe V

Il paziente:

- Non può essere stabilizzato;
- Richiede monitoraggio e supporti vitali invasivi;
- Richiede terapia durante il trasporto.

E' richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore e dell'infermiere di rianimazione durante il trasporto.

7 - Attività.

Distribuzione dei compiti

- Il personale coinvolto deve eseguire la procedura secondo l'ordine temporale indicato seguendo un flusso di azioni preordinato e funzionale al buon esito del trasporto;
- La gestione del trasferimento in urgenza è affidata alla Struttura richiedente;
- L'accompagnamento programmato o in urgenza dei pazienti è predisposto dalla Struttura di competenza con proprie risorse mediche e infermieristiche, qualora non è richiesta la figura del medico anestesista – rianimatore (Classi III IV V).

Validazione/valutazione

- n° trasporti / n° richieste (esito);
- n° trasporti classi III IV V / n° richieste totali;
- documentazione paziente e check list completezza / su ogni trasferimento (processo).

5. Procedura di assistenza al paziente in codice giallo con trauma maggiore in pronto soccorso

1-Scopo

Assistenza nel Dipartimento di Emergenza-Urgenza al paziente con trauma in CODICE GIALLO allo scopo di implementare una procedura di gestione standardizzata.

2-Campo d'applicazione

paziente adulto con trauma maggiore in CODICE GIALLO.

3-Luogo d'applicazione

La procedura si applica in medicheria codice giallo (sala 2)

Altri ambienti coinvolti:

- Sala radiologia tradizionale
- Sala t.c del Pronto Soccorso (diagnostica per immagini)

4-Riferimenti normativi e documentali

- ATLS (Advanced Trauma Life Support) dell' American College of Surgeon Committee on trauma Anno 2012 (9° EDIZIONE)
- ETC (European trauma course) IRC Edizioni Bo, 2014

5 - Matrice delle responsabilità

Pronto soccorso

	Processo/Attività	Medico d'urgenza	Infermiere A	Infermiere C	Infermiere di triage	OSS	Tecnico lab.	Medico o Biologo lab.	Medico o Biologo Centro Trasfus.
a)	Riceve il dispatch e compila il documento di triage	I	I	I	R	I			
b)	Allestimento S.G.	I	R	C		C			
c)	Primary Survey ABCDE e allertamento Trauma Team	R	I	I					
d)	Convoca i consulenti, serv. Radiologia, serv TC, Centro Trasfusionale	R							
e)	Consegne medico 118/ volontari/caregivers	R	C	C					
f)	Monitoraggio paziente (monitor defibrillatore) e parametri vitali (monitor M.P)	C	C	R					
g)	Svestizione paziente/ prevenzione ipotermia/ conservazione oggetti personali	C	C	R		C			
h)	Gestione vie Aeree	R	C	I		C			
i)	Accesso venoso periferico/esecuz EGA/ prelievi ematici in emergenza	C	I	R		C			
j)	E-FAST	R	I	I					
k)	Secondary Survey (valutaz testa-piedi)	R	I	I					

Radiologia e laboratorio

	<i>Tecnico lab.</i>	<i>Medico o Biologo lab.</i>	<i>Medico o Biologo Centro Trasfus.</i>	<i>Infermiere TAC</i>	<i>Tecnico di radiologia</i>	<i>Medico radiologo</i>
Accettazione provette – Esecuzione esami ematici	R					
Validazione e trasmissione esami		R				
Accettazione richiesta emocomponenti – Tipizzazione			R			
Esecuzione degli esami radiologici					R	
Esecuzione della TAC					R	
Assistenza al paziente per esecuzione dell'esame				R		
Refertazione degli esami radiologici						R

Radiologia-Servizio TC

Setting di cura: Pronto Soccorso-Servizio TC

<i>7p Esecuzione della tac</i>	<i>Tecnico TC</i>	Riceve la chiamata da parte del P.S e conferma la disponibilità del tomografo (notte), eventualmente se necessario reinserisce i dati anagrafici del paziente e la tipologia di esame nel sistema RIS/PACS (notte), collabora con il personale del P.S allo spostamento del paziente sul lettino radiologico e barella, provvede al contenimento del paziente tramite fasce protettive, esegue l'esame, fornisce eventuali ricostruzioni, invia le immagini al sistema RIS/PACS per la refertazione,
<i>7 q Assiste il paziente per la preparazione ed esecuzione dell'esame</i>	<i>Infermiere TC</i>	Riceve la chiamata del P.S (giorno), conferma la disponibilità del tomografo, controlla le informazioni relative al paziente, crea le condizioni per accogliere il paziente, collabora allo spostamento del paziente sul lettino radiologico e barella, valuta lo stato del paz (collaborante/non collaborante)
<i>7 r</i>	<i>Radiologo</i>	Comunica verbalmente particolari evidenze radiologiche ai componenti del T.T in caso di risultato difforme dall'atteso, referta le immagini TC, in caso di mancata connessione del sistema PACS, provvede alla comunicazione verbale del risultato per via telefonica e scrive il referto in cartella

Monitoraggio

Indicatori

- % Di utilizzo della procedura rispetto ai pazienti con trauma maggiore cod.giallo.
- % Rispetto allestimento della S.R. sul totale degli allertamenti per trauma maggiore.
- % Attivazione del trauma team sull'attivazione del medico di PS.

Fonte documentazione cartella clinica di PS

Conclusioni

Pur nella sua apparente semplicità questo strumento permette di riordinare e concordare l'attuazione e il mantenimento degli standard di cura e assistenza, piuttosto che equità di accesso alle cure stesse.

La sua stesura anche in questo caso obbliga tutti gli attori del processo che sono coinvolti a confrontarsi sulla possibilità di rendere sostenibile l'assistenza erogata e garantirne il livello di qualità secondo criteri di *evidence best practice*.

Allegato 2 Modello procedura

<i>Logo Azienda*</i>	<i>Titolo della Procedura *</i>	<i>Codice*</i>
----------------------	---------------------------------	----------------

Redazione, verifica, approvazione

Il frontespizio di ogni procedura riporta:

- Le firme di redazione, di verifica e di approvazione;
- La tabella delle revisioni;
- L'elenco degli allegati.

<i>Attività</i>	<i>Nome Cognome</i>	<i>Qualifica</i>	<i>Firma</i>
Redazione			
Verifica			
Approvazione			

Stato delle revisioni

<i>REV. N.</i>	<i>Paragrafi revisionati</i>	<i>Descrizione revisione</i>	<i>Data</i>

La tabella delle revisioni riporta l'indice di revisione, la data di emissione, l'indicazione delle sezioni/paragrafi revisionati e la natura delle modifiche apportate. Nel caso di prima emissione tutte le procedure hanno indice di revisione 0 e nel campo descrizione delle modifiche c'è la dicitura *"Prima stesura"*.

Elenco allegati

<i>ALL. N.</i>	<i>Codice</i>	<i>Descrizione allegato</i>
1		
2		
3		
4		

Nel frontespizio di ogni procedura sono richiamati, infine, tutti i suoi allegati. In apposito cartiglio si riporta, infatti, oltre al numero progressivo attribuito all'allegato, il codice di identificazione, una sua descrizione e l'indice di revisione.

Indice

Riporta l'elenco degli elementi/titoli che compongono la procedura/protocollo con il corrispondente n° di pagina.

Scopo

E' presentato l'oggetto della procedura ovvero gli scopi/obiettivi che il documento si prefigge.

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità per:

- _____
- _____
- _____

Campo d'applicazione

Si evidenziano le attività oggetto della procedura e quindi a quali essa viene applicata.

La presente procedura si applica a: (definire ambiti, tipologia...)

- _____
- _____
- _____

Luogo d'applicazione

Si individuano i luoghi fisici in cui la procedura viene applicata (Azienda, strutture, dipartimenti, sezioni, servizi, programmi, etc.)

La procedura si applica in _____

Riferimenti normativi e documentali

Descrivere le fonti bibliografiche di riferimento ed eventuali norme in modo puntuale e preciso, definendo anche le pagine di riferimento.

Abbreviazioni, definizioni e terminologia

Si esplicitano, per una migliore comprensione della procedura, le abbreviazioni usate, i termini di non immediata comprensione presenti in procedura e definizioni utili alla lettura del documento.

Descrivere eventuali termini, acronimi, definizioni facoltative che possano chiarire ulteriormente il significato di alcuni ambiti, attività etc che già non siano stati espressi o che rappresentino una terminologia specifica.

Esempio

<i>Abbreviazioni</i>	
AZ	Aziendale
DG	Direttore/Direzione Generale
DS	Direttore/Direzione Sanitaria
DA	Direttore/Direzione Amministrativa
DIR	Direttore/Responsabile di struttura complessa/semplificata
DSTR	Direzione Strategica
DP	Dipartimento

Definizioni e terminologia	
Processo	Insieme di attività che, impiegando risorse, trasformano input in output. All'interno di un'organizzazione i processi interagiscono tra loro, in quanto gli output di uno sono solitamente input di altro/i
Procedura	Documento coinvolgente più strutture o più funzioni nella conduzione di un processo che ne disciplina i passi fondamentali, le responsabilità ed i collegamenti con altri processi. La procedura è a carattere prevalentemente gestionale (esempio la presente procedura)
Protocollo/ Istruzione operativa	Documento che coinvolge, di solito, una o poche funzioni di una struttura e che descrive modalità tipicamente clinico - sanitarie di un processo. Il protocollo è a carattere prevalentemente operativo

Responsabilità

Per ciascuna delle attività descritte in procedura, sono riassunte le funzioni coinvolte e le relative responsabilità. Sarà esplicitato se ciascuna delle funzioni richiamate in procedura ha, nei confronti delle attività descritte, responsabilità primaria o responsabilità di supporto (coinvolto).

Descrivere il personale responsabile ed il personale coinvolto.

Esempio

Azione/attività	Operatore 1 (Qualifica)	Operatore 2 (Qualifica)	Operatore 3 (Qualifica)
-----	R	C	C
-----	C	R	C

R: Responsabile

C: Coinvolto

Processo/Attività

Viene descritto dettagliatamente il processo/attività oggetto di procedura, individuando chi deve far cosa e in quali tempi. La descrizione delle attività può avvenire in forma descrittiva, utilizzando flow chart o videate informatiche.

Validazione/Valutazione

- Definire CHI è il soggetto valutante;
- Definire COSA, quali azioni/attività dovranno essere valutati;
- Definire COME, quali criteri, indicatori, scale e standard si vorranno utilizzare, quali tecniche e strumenti verranno utilizzati per raccogliere ed elaborare i dati.

* Codifica e identificazione dei documenti

Nella parte alta di ogni pagina dei documenti sono presenti le seguenti indicazioni:

- Logo dell'Azienda e nome della Struttura/Dipartimento/Aziendale;
- Titolo del documento;
- Codice.

secondo il seguente schema :

Logo azienda e nome Struttura/Dipartimento	Titolo	Codice
---	--------	--------

- I primi tre caratteri (*lettere*) identificano il tipo di documento, ovvero:
 - PSQ = Procedura Sistema Qualità
 - PRO = Protocollo- istruzione operativa
- I secondi due caratteri identificano se il documento è di tipo aziendale (AZ), di Dipartimento (DP), di struttura (ST).
- Due cifre identificano il numero progressivo del documento che è a cura della struttura che segue Certificazioni/Accreditamento/Qualità.

Cap. 14 – La verifica dell’attuazione dei percorsi: l’audit di Caterina Amoddeo - Giorgio Banchieri - Silvia Scelsi

Definizione di Audit.

Realizzati i percorsi clinico assistenziali (PCA) o percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), e definiti gli obiettivi sanitari, diventano indispensabili le attività di controllo di gestione e budget da un lato, e di *Clinical Audit* dall’altro, per il monitoraggio e la verifica dei risultati raggiunti.

L’audit clinico rappresenta un altro strumento di clinical governance che *“ci dà un metodo per riflettere in maniera sistematica sulla nostra pratica professionale e per rivederla”* (Joughin & Hardman 1998).

Il primo esempio di *Clinical Audit* risale all’anno 1910, allorché il pioniere Ernest Codman, chirurgo americano, si mise a studiare *“l’esito finale”* del proprio lavoro, e cominciò a cercare di raccogliere dati nel suo reparto e nell’ospedale. [To support his *“end results theory,”* Dr. Codman made public the end results of his own hospital in a privately published book, *“A Study in Hospital Efficiency”*].

Nel 1956, Paul Anthony Lembcke, epidemiologo, esperto di Sanità Pubblica, insegnante alla Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health di Baltimore, che si occupava di programmazione dei servizi sanitari e valutazione dei risultati a New York, si rese promotore del *“Medical Audit”* nell’accezione di una revisione sistematica e valutazione scientifica delle cartelle cliniche, per verificare i risultati delle pratiche clinico-assistenziali. Per Lembcke *“lo scopo dell’audit medico è quello di assicurare che tutti i benefici delle conoscenze mediche vengano efficacemente applicate ai bisogni dei pazienti. Un audit medico, che usa criteri oggettivi, è una integrazione importante ai metodi che assicurano buone cure mediche come il Hospital Standardization Program dell’American College of Surgeons, ora portato avanti da Joint Commission,Il merito particolare dell’audit qui descritto è quello di impiegare metodi scientifici che misurano e valutano le reali cure erogate ai pazienti, mentre la maggior parte dei programmi di accreditamento accerta le capacità dell’ospedale e dei professionisti di fare un buon lavoro, ma non indaga lo stesso lavoro.”*

Numerose sono le *definizioni* dell’audit clinico elaborate nel tempo:

“L’audit clinico è un processo con cui medici, infermieri e altri professionisti sanitari effettuano una revisione regolare e sistematica della propria pratica clinica e, dove necessario, la modificano” [Primary Health Care Clinical Audit Working Group, 1995].

“L’audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l’assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell’assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento. Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri. Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell’assistenza sanitaria erogata” [NICE 2002];

“Clinical Audit is a key and essential component of Clinical Governance”

[A Practical Handbook for Clinical Audit - Clin. Gov. Support Team - March 2005];

Secondo il Ministero della Salute, in uno specifico documento del maggio 2011:

“È opportuno sottolineare che l’audit clinico si differenzia dalla semplice raccolta di dati, la quale si limita a confrontare la pratica clinica da quella definita dagli standard; ciò costituisce solo una parte del processo di audit che prevede la valutazione degli scostamenti della pratica clinica rispetto a standard, le azioni di miglioramento e la valutazione delle iniziative intraprese.

Allo stesso modo l'audit clinico va distinto da ciò che i professionisti svolgono nel loro operare quotidiano, talora impropriamente definito come audit, ovvero: - la discussione dei casi clinici, delle procedure adottate e della casistica, senza definire a priori gli standard con cui confrontarsi; - la raccolta dei dati relativi alle attività che spesso non vengono portati a conoscenza e discussi dai professionisti; - l'introduzione di cambiamenti delle prassi esistenti senza conoscere a priori il divario rispetto all'obiettivo che si ipotizza di raggiungere o senza una precisa definizione del piano di valutazione degli interventi messi in atto.

Infine, l'audit clinico, poiché verifica la buona qualità della pratica corrente rispetto a standard, non va confuso con la ricerca clinica la quale mira a definire le caratteristiche della buona pratica in un ambito ignoto o poco conosciuto."

"L'Audit Clinico è un processo di miglioramento della qualità e quindi i benefici sono:

- Migliorare la pratica: produrre reali benefici nella cura del paziente e nella fornitura di servizi;
- Sviluppare l'apertura al cambiamento;
- Fornire garanzie sulla qualità della assistenza mediante applicazione delle migliori pratiche evidence-based;
- Ascoltare i pazienti, comprendere e dare risposta alle loro aspettative;
- Sviluppare linee guida o protocolli locali;
- Ridurre al minimo errore o danni ai pazienti;
- Ridurre i reclami/risarcimenti."

La reale opportunità di imparare dalle esperienze e l'attuazione del piano d'azione produrrà vantaggi per:

- la persona assistita, poiché favorisce la fiducia nella sicurezza e qualità della cura erogata;
- gli operatori sanitari, poiché permette loro di acquisire nuove competenze e riconoscimento professionale; l'istituzione, poiché inserisce metodi di gestione e di miglioramento della qualità trasferibili ad altre situazioni."

Le caratteristiche dell'audit clinico, secondo Ulrich Wienand, sono quindi identificabili in:

- Iniziativa condotta da professionisti;
- Oggetto legato alla qualità professionale;
- Attività strutturata, sistematica;
- Revisione, valutazione, analisi;
- Cerca di migliorare i processi e gli esiti (outcome);
- Standard espliciti e concordati;
- "Tra pari": non top down;
- Necessita di adeguata documentazione clinica;
- Riservatezza (confidentiality) dei risultati.

Il ciclo dell'audit:



1. Identificare l'ambito e lo scopo. Scegliere il tema dell'audit.

Le domande utili da porsi nel momento in cui si deve scegliere il tema dell'Audit sono le seguenti:

- L'argomento riguarda costi, volume di lavoro o rischi elevati per lo staff o gli utenti?
- Ci sono prove di un serio problema di qualità, per esempio lamentele dei pazienti o alti tassi di complicanze?
- Vi sono delle evidenze disponibili per costruire dei criteri e degli standard, per esempio revisioni sistematiche o linee guida cliniche nazionali?
- Il problema in questione è suscettibile di cambiamento?
- Vi sono i presupposti per il coinvolgimento in un progetto di audit nazionale?
- L'argomento è pertinente a iniziative di politica nazionale?
- L'argomento è una priorità per l'organizzazione?

Altre variabili da considerare nel momento della scelta del tema dell'Audit sono alti volumi, alti costi, alta rischiosità, alta variabilità, alta complessità e alto contenuto innovativo.

Per identificare lo scopo dell'audit occorre valutare la qualità del servizio (positiva o negativa), individuare aree di cambiamento (riduzione rischi, costi ...), tenere sotto controllo la stabilità dei risultati.

Alcuni consigli per identificare il tema e lo scopo dell'Audit possono essere i seguenti:

- Scegliete un argomento che Vi interessa;
- Individuate un problema rilevante per la pratica (ricorrente, conseguenze serie);
- Scegliete un ambito su cui potete intervenire (*"potential for change"*);
- Scegliete un ambito che oltre all'interesse dei professionisti colga anche quello dei Vostri *stakeholder* (pazienti, invianti, direzione, ...);
- Guadagnate il consenso di coloro che saranno coinvolti nell'audit e negli eventuali cambiamenti.

Invece, per quali temi, secondo SIQUAS VRQ, Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (2009), è *sconsigliato* un Audit Clinico?

1. *"Per valutare la qualità dell'attività di altri professionisti, ad esempio per valutare l'appropriatezza di richieste di esami provenienti da colleghi di altri reparti o servizi, senza coinvolgerli nell'attività di audit,*
2. *Per valutare eventi rari, in termini di esito, ad esempio gli interventi chirurgici sul lato sbagliato, o qualsiasi altro "evento sentinella", perché l'audit clinico necessita sempre di un certo numero di casi per poter trarre delle conclusioni basate sui dati,*
3. *Al posto di un trial clinico o di health technology assessment, senza possedere l'adeguato strumentario metodologico; gli scopi e i metodi fra audit e ricerca o hta sono diversi".*

2a. Definire criteri, indicatori e standard. Criteri:

"Il criterio in un Audit clinico è la dichiarazione di ciò che dovrebbe succedere" [Harris 2004]

I criteri devono, secondo De Palma (2007) essere *"evidence-based"*, *"condivisi dai professionisti"*, *"pertinenti"* e *"traducibili in indicatori"*.

"Se i criteri includono o si basano sulle opinioni di professionisti o di altri gruppi, sono preferibili metodi di consenso formale". [NICE 2002]

"È possibile utilizzare raccomandazioni da linee guida per la pratica clinica per lo sviluppo dei criteri e degli standard. Ciò potrebbe risparmiare tempo e lavoro aggiuntivo". [Benjamin 2008]

I criteri, secondo Avedis Donabedian (1980), possono essere relativi a:

Struttura: insieme delle risorse che rendono possibile l'erogazione del servizio sanitario:

- *Risorse tecnologiche e umane;*
- *Assetto normativo;*
- *Modalità di finanziamento.*

Processo: insieme degli interventi realizzati, da confrontare con caratteristiche ritenute ideali;

- *Azioni e decisioni dei professionisti;*
- *Osservanza norme professionali;*
- *Tempestività.*

Esito: effetti delle attività sullo stato di benessere degli utenti;

- *Cambiamento stato di salute (individuale, collettiva);*
- *Qualità della vita"*

2b. Definire criteri, indicatori e standard. Indicatori:

"Informazione o variabile selezionata che consente di descrivere fenomeni complessi e misurare variazioni in relazione a criteri definiti, allo scopo di orientare decisioni volte a ottenere o mantenere cambiamenti".

[OMS, modificato da Venero et al. 2002].

La misura che serve per descrivere un fenomeno può essere rappresentata con una percentuale, un tasso, una media.

Le caratteristiche indispensabili che una misura deve possedere sono:

- *Accuratezza:* accordo del valore osservato con il valore vero;
- *Riproducibilità:* osservatori diversi o tempi diversi;
- *Capacità discriminante:* differenziare condizioni che è importante considerare come differenti;
- *Misurabilità:* possibilità di essere rilevato:
 - con le risorse disponibili;
 - con tempestività.

2c. Definire criteri, indicatori e standard. Standard (Target):

Lo standard è il valore dell'indicatore che rappresenta il limite superiore o inferiore perché la qualità dell'assistenza sia giudicata accettabile.

Conseguentemente la soglia di accettabilità può essere definita come segue:

- Target;
- Livello minimo accettabile;
- Valore soglia;
- LAP: livello accettabile di performance.

Il concetto di "*Standard*" viene dalla parola francese "*estendart*", "*stendardo*", in inglese può assumere diversi significati.

Lo standard può essere:

- Determinato da letteratura;
- Determinato da indicazioni di società scientifiche;
- Ottenibile da altre organizzazioni ("*benchmark*");
- Calcolato su rilevazioni effettuate in periodi precedenti;
- Determinato da indicazioni di politica sanitaria.

Alcuni consigli nella scelta degli standard:

- *Uno standard per ogni indicatore!*
- *Lo standard deve essere realistico e raggiungibile;*

- *Standard del 100% sono irrealistici;*
- *Lo standard deriva da fonti “ragionevoli”.*

[Mehay & Eisner 2003]

3. Osservare la pratica e raccogliere dati.

Gli obiettivi da porsi sono:

- Definire la popolazione di riferimento;
- Definire eventualmente un campione:
 - Per quale arco di tempo?
- Da quale fonte si prendono i dati?
- Quali le eccezioni?
- Come trattare casi mancanti, perduti ecc.;
- Costruire un foglio raccolta dati.

La definizione temporale degli obiettivi può essere:

- *Retrospettivo*: misura eventi accaduti in un periodo precedente rispetto al disegno dello studio;
- *Prospettico*: valuta gli effetti di un intervento identificando le persone in base ad una condizione presente al momento dell'inizio dello studio e seguendole nel tempo.

L'obiettivo retrospettivo si definisce tramite i dati che vengono raccolti esaminando la pratica passata. E' più veloce da definire. Fornisce una baseline. Però la qualità del dato non è garantita.

L'obiettivo prospettico invece può essere definito dai dati che vengono raccolti da ora in poi, può esserci dispendio di tempo, può non fornire una baseline (effetto *Hawthorne*) e può permettere una progettazione accurata e favorire dati di maggiore qualità.

Effetto Hawthorne:

Con *effetto Hawthorne* si indica *“l'insieme delle variazioni di un fenomeno o di un comportamento che si verificano per effetto della presenza di osservatori, ma che non durano nel tempo”*.

Tale fenomeno fu scoperto nel 1927 dai sociologi Elton Mayo e Fritz J. Roethlisberger durante una ricerca su una possibile relazione tra ambiente di lavoro e produttività dei lavoratori. Presso lo stabilimento della Western Electric di Hawthorne, Chicago, i due sociologi realizzarono una serie di esperimenti per quantificare la produzione in relazione all'efficienza.

Il Foglio raccolta dati.

Uno strumento da utilizzare è il Foglio raccolta dati:

“La costruzione del foglio di raccolta dati è una delle fasi più importanti dell'audit.

Eccessiva semplificazione può andare a scapito del risultato finale, ma si può anche non raggiungere alcun risultato a causa delle eccessive complicazioni”. [Cinotti & Cartabellotta 2000]

“In un mondo ideale per ogni importante aspetto delle cure i dati vengono già raccolti routinariamente e sono pronti all'accesso.” [Best practice in Clinical Audit]

La documentazione clinica è fondamentale nell'Audit e si basa sulla Cartella clinica/infermieristica che è la principale fonte di dati per l'audit. Purtroppo non è sempre completa né redatta correttamente. Altri dati sono spesso contenuti in reparti diversi, su carta o in forma elettronica, a volte in organizzazioni diverse ... o non ci sono proprio.

La concordanza fra valutatori.

Altro elemento fondamentale è la concordanza fra valutatori. Se non si tratta di una semplice ricopiatura di dati dalla cartella al foglio raccolta dati, ma di una vera estrazione di dati, può essere utile che la stessa cartella venga esaminata da 2 valutatori indipendenti che poi si confrontano sui dati da loro estratti. In particolare per valutazioni di adeguatezza, gravità clinica, appropriatezza ecc. Questa attività ha uno svantaggio rappresentato dal dispendio di tempo. Eventualmente può essere calcolata la inter-rater reliability.

Il trattamento dei dati sensibili.

Per garantire il trattamento dei dati sensibili durante un Audit è necessario:

- Per ogni soggetto incluso nell'audit prevedere un numero di identificazione;
- Per la Privacy è necessario tenere separati i dati e i nomi;
- Non esportare dati o materiale scritto dai luoghi in cui si raccolgono i dati;
- Attenzione alla sicurezza dei dati! (password, back up dei dati).

Per garantire invece la confidenzialità dei dati occorre assicurare anonimità dei professionisti (salvo accordi diversi) ed eventualmente presentare dati in *"semi-cieco"*.

Il campionamento.

Per garantire un adeguato campionamento bisogna utilmente porsi le seguenti domande:

- Quanti pazienti devo includere nella raccolta dati?
- Come posso ottenere un campione rappresentativo?

Le risposte dipendono anche da fattori quali il grado di affidabilità statistica che si vuole raggiungere e le risorse limitate: tempo, costi, accesso ai dati. Per un corretto campionamento servono 4 informazioni: grandezza popolazione, proporzione attesa, livello di confidenza (0.9, 0.95, 0.99) e livello di errore accettato. I numeri casuali servono, invece, per estrarre casualmente n cartelle da un *range* fra A e B.

Per osservare la pratica e raccogliere dati è necessario condurre sempre un piccolo studio pilota, discutere e cercare il consenso sugli aspetti metodologici, delegare la raccolta dati se possibile, ma addestrare gli addetti e documentare le decisioni prese.

L'Audit Clinico è fondamentalmente un'attività di valutazione.

Ogni attività di valutazione genera specifiche reazioni psicologiche nel valutato, ma anche nel valutatore.

Tali reazioni sono spesso legate a precedenti esperienze personali di valutazione e possono suscitare movimenti difensivi e di resistenza.

Alcuni principi per una gestione delle dinamiche relazionali nell'Audit Clinico.

Audit Clinico è un'attività *"strutturata"* con un *"setting"* di cui definire tempi e scadenze, luogo, mandato e responsabilità, ruoli definiti e regole. Ciò dovrebbe permettere di creare un ambito *"deconfittualizzato"*.

Alcuni passaggi metodologici cruciali dell'Audit Clinico vanno condivisi con tutti gli interessati nella scelta del tema/ambito, dello standard (valore-soglia), della grandezza del campione. Ogni sforzo per un massimo di trasparenza e condivisione sarà ripagato in termini di adesione al progetto e di predisposizione al cambiamento. I compiti dei *"valutatori"* sono: esaminare la documentazione clinica, raccogliere i dati, elaborare i risultati, preparare la presentazione, conoscere il contesto e l'oggetto, acquisire tecniche specifiche e apprendere il ruolo (*"fotografo"*).

Per contro i *"valutati"* sono: professionisti che svolgono l'attività professionale oggetto dell'Audit clinico, devono condividere il progetto e hanno esigenze comunicative specifiche.

Infine il *"committente/sponsor"* è una persona/gruppo/struttura che ha necessità di una fotografia, è interessato a promuovere il cambiamento e mette a disposizione risorse.

4. Confrontare i risultati con lo standard, presentazione e discussione dei dati.

La presentazione e discussione dei dati è uno dei momenti più importanti del ciclo dell'Audit. La riunione va preparata con cura anche perché può avere alta valenza formativa.

Il *"report"* è il documento in cui i valutatori riassumono il proprio lavoro. In esso vengono presentate le decisioni prese su scelta dei criteri, formulazione degli indicatori, definizione degli standard ed eventuale campionamento, esclusioni ecc. In esso viene presentato in forma semplice un riassunto dei dati per ogni indicatore, deve essere chiaro se lo standard è stato raggiunto o meno, e devono esserci possibilmente grafici.

5. Realizzare il cambiamento.

L'Audit Clinico non è uno studio epidemiologico, ma fa parte di un ciclo di miglioramento.

Se si è verificata una concordanza con lo standard è possibile consolidare la buona pratica tramite una *"standardizzazione della buona pratica"* elaborando documentazione (procedure, protocolli), trasferendola ad altre realtà vicine, usandola come occasione per formazione e disseminazione.

Se, invece, si è verificato uno scostamento dallo standard ci si deve porre un approccio di *"Problem Solving"*. In questo caso si può utilmente applicare il *"Ciclo di Deming"*, che, come noto, si basa sulle seguenti fasi:

- *"Plan"* (Pianificare) in cui si individua il problema, si analizza il problema, si ricercano le cause e si identificano le soluzioni.
- *"Do"* (Eeguire) in cui si attuano le soluzioni.
- *"Check"* (Controllare) in cui si valuta l'efficacia delle soluzioni.
- *"Action"* (Standardizzare) in cui si procede alla standardizzazione definitiva delle soluzioni e alla revisione dell'attività svolta.

Un *problema* è la pratica corrente attuale che non rappresenta una *good practice* o non è accettabile.

Una *causa* è la ragione per cui questo problema si verifica. Il rapporto è simile a quello fra sintomo e diagnosi.

I problemi ... , secondo Dixon (2010), con le persone che analizzano i problemi sono i seguenti:

- *Saltano subito alle soluzioni, senza indagare le cause;*
- *Saltano a soluzioni utili per i loro interessi;*
- *Pensano che tutti i problemi siano dovuti a risorse mancanti;*
- *Pensano che ci siano troppi problemi per poterli affrontare;*
- *Pensano che le soluzioni siano fuori dal loro controllo (potential for change);*
- *Pensano che ci vorrà molto tempo e che loro non hanno tempo."*

Per *"Problem Solving"* si intende lo scostamento dei valori osservati dallo standard che costituisce, nei termini del *Problem Solving* la individuazione di un problema. In questa fase del percorso è importante poter identificare e descrivere esattamente il problema, *non* (ancora) individuarne le cause e tantomeno le soluzioni. Per individuare le cause si può attivare un *"Brainstorming"* *"tempesta dei cervelli"*. È la fase della creazione di idee. La ricchezza di idee e la capacità di comunicarle sono la forza motrice del cambiamento. Occorre stimolare il gruppo a produrre in libertà il maggior numero di idee possibile.

Conseguentemente e successivamente è possibile pianificare le azioni correttive tramite:

- La definizione dell'oggetto del miglioramento;
- Le tappe con le relative azioni;
- I tempi entro cui completare ogni tappa;
- L'attribuzione delle responsabilità per ogni tappa.

E' quindi possibile definire il “*Diagramma di GANTT*”:

Azioni	Giug	Lugl	Agos	Sett	Otto	Nove	Dice	Attori
1								Indicazione figure responsabili
2								Indicazione figure responsabili
3								Indicazione figure responsabili
4								Indicazione figure responsabili
5								Indicazione figure responsabili

Infine, “*Closing the loop*”:

- Re-audit;
- Confrontare il PRIMA con il DOPO delle azioni correttive;
- Verificare di non aver causato un problema da altre parti;
- L'esecuzione delle azioni correttive è stata fedele?
- Il miglioramento è accettabile?

Le tipologie di Audit.

Nella pratica clinica possono essere applicate diverse tipologie di audit:

- *Audit di sistema* (o di qualità). Tale varietà di audit, che di norma si applica in caso di accreditamento istituzionale e certificazione ISO, verifica la conformità dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Viene in genere realizzato da auditor esterni ed è caratterizzato dalla sistematicità della rilevazione. Non entra nel merito dei contenuti professionali, né contempla la revisione tra pari. Viene in genere realizzato da auditor esterni ed è caratterizzato dalla sistematicità della rilevazione;
- *Audit occasionale*. Si attua in coincidenza di casi clinici complessi, con andamento anomalo, ai fini del loro approfondimento. In tal caso la discussione entra nel merito dei contenuti professionali, c'è una revisione tra pari, e non c'è sistematicità;
- *Audit clinico* è il processo volontario attraverso il quale i medici e gli altri operatori sanitari, regolarmente e sistematicamente, effettuano una revisione della propria pratica clinica e, ove necessario, la cambiano. L'audit clinico entra dunque nel merito dei contenuti professionali e comporta la revisione tra pari ad opera degli stessi professionisti che hanno erogato l'assistenza;
- *Audit organizzativo* verifica i processi organizzativi di supporto alle attività sanitarie attraverso il controllo degli standard definiti ed evidenza documentale di ogni criterio.

La prima tipologia di audit, quello di sistema, prevede che le verifiche vengano effettuate da organi o enti terzi. Le altre tipologie sono invece *audit interni*, svolti dagli operatori interni, fondamentali per valutare l'attività esercitata in termini di appropriatezza, efficacia, efficienza, sicurezza.

L'Audit clinico rappresenta dunque uno strumento di clinical governance per valutare il grado di aderenza delle attività alle migliori evidenze scientifiche, è l'analisi critica della qualità assistenziale erogata. Può interessare tutti i processi, dalle procedure diagnostiche ai trattamenti, alla presa in carico del paziente, tenendo in considerazione il relativo uso di risorse e gli esiti di salute conseguiti.

L'Audit clinico rappresenta un processo di miglioramento continuo della qualità, particolarmente importante per la valutazione retrospettiva dei percorsi, in quanto consente di verificarne l'applicazione e quindi l'appropriatezza dei processi, nonché gli eventuali scostamenti.

Il monitoraggio degli indicatori, sistematico e continuo nel tempo, consente ai soggetti direttamente coinvolti di mettere in discussione quanto effettivamente realizzato e le relative risorse impiegate, in una logica di confronto sempre più attenta ai risultati di salute ottenuti.

Partendo dalla valutazione degli obiettivi raggiunti, è possibile comprendere quali sono gli eventuali spazi di miglioramento e i fattori che impediscono o limitano significativamente i risultati.

Come già definito, l'audit clinico è una necessità dei professionisti e corrisponde a una revisione tra pari al fine di riflettere e modificare eventualmente la propria azione clinico assistenziale, infatti nell'audit clinico ci si chiede *“stiamo facendo la cosa giusta nel modo giusto?”* [Smith R. 1992].

Quindi la sua principale caratteristica è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento.

L'audit clinico è applicabile ad aree dell'assistenza per le quali sia ipotizzabile sviluppare interventi di miglioramento. La richiesta di effettuare un audit può avere origine dalla direzione aziendale, dai professionisti che operano nel dipartimento e/o nell'unità operativa oppure può pervenire da pazienti e/o cittadini. È comunque necessario che venga precisato il contesto da dove parte la richiesta, le motivazioni, gli obiettivi e i beneficiari.

Se la proposta proviene dalla direzione aziendale, vanno consultati i professionisti coinvolti, al fine di acquisire il loro parere circa l'esistenza della criticità e la sua priorità. Se il tema dell'audit è proposto dai professionisti è necessario il tempestivo interessamento della direzione aziendale per valutare il possibile impatto dell'audit su altri servizi e, più in generale, su risorse e obiettivi dell'azienda.

14.1 L'Audit clinico per la valutazione dei Percorsi nell'Azienda Ospedaliera "Brotzu" di Cagliari

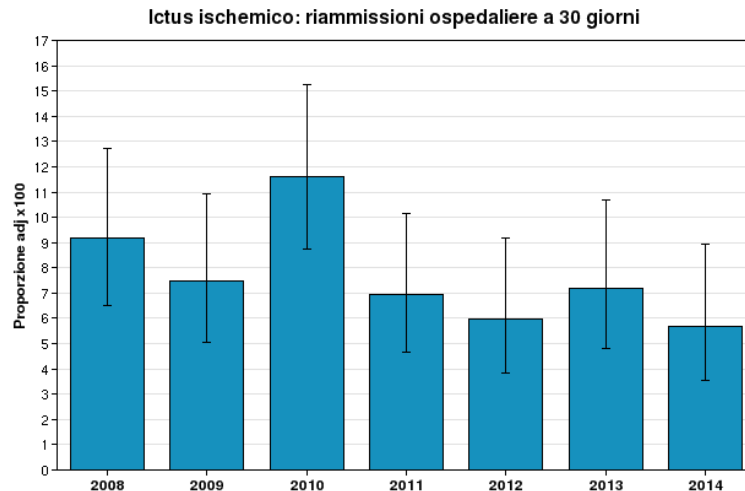
Nel caso dell'Ospedale Brotzu, il progetto prevedeva *"la costruzione di un desk direzionale per la valutazione e la gestione dei PCA aziendali"*.

Come detto in precedenza, quando si *prepara* un audit, debbono essere chiari il tema da *"audire"* e il ruolo e le competenze dei componenti del gruppo di lavoro. Nel nostro caso, dovendo verificare i percorsi *"Ictus ischemico"* e *"Trapianto di rene"*, i valutati sono stati gli stessi operatori sanitari che avevano partecipato alla costruzione dei percorsi, compresi i rappresentanti della direzione sanitaria il cui coinvolgimento è fondamentale per sostenere eventuali cambiamenti organizzativi. Si sono preparate le riunioni alle quali hanno partecipato i professionisti rispettivamente coinvolti nei due percorsi.

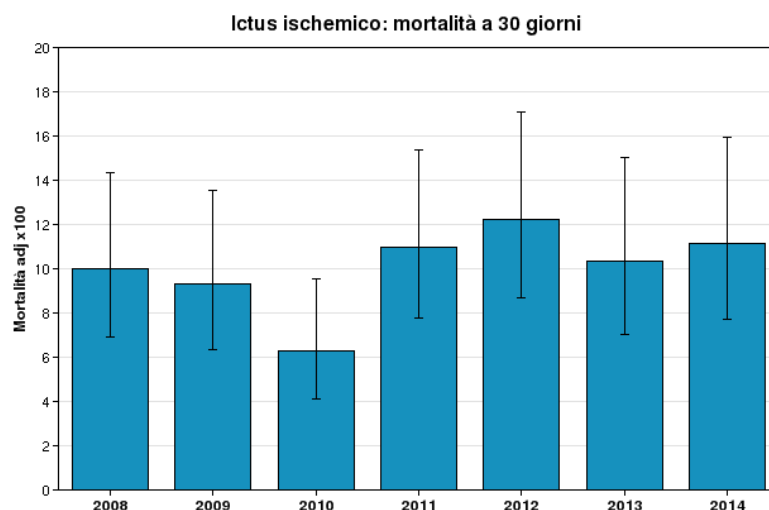
La riunione ha avuto come oggetto la revisione degli indicatori, la discussione rispetto alla necessità di adeguamento del PCA alle nuove Linee Guida, e alla necessità di operare degli aggiustamenti dovuti alla nuova organizzazione che si stava implementando (unificazione dei laboratori e della radiologia).

I miglioramenti più consistenti si sono avuti per il percorso *"Ictus ischemico"*. Il gruppo ha deciso di semplificare la tabella degli indicatori in quanto alcuni di quelli individuati inizialmente sono risultati ridondanti e non significativi e si è impegnato a rivedere l'intero PCA - revisione a 1 anno - dopo il completamento della riorganizzazione aziendale, per avere chiarezza dei nuovi flussi all'interno delle matrici di responsabilità.

Attraverso i dati del registro internazionale SITS, si è visto che, rispetto agli indicatori individuati a conclusione della stesura del percorso, vi era stata una riduzione del tempo mediano tra il triage e l'inizio della fibrinolisi, nonché un minor numero di riammissioni in ospedale, come risulta anche dal PNE (Programma Nazionale Esiti).



Il valore della mortalità a 30 giorni si è mantenuto entro i valori soglia della media nazionale.



La fase più complessa di un audit clinico, in genere, è quella che definisce le azioni per guidare e supportare il cambiamento e *attuare le azioni di miglioramento*. In questa fase possono emergere resistenze a eventuali necessari cambiamenti organizzativi, gestionali, sia a livello individuale che di servizio, ma anche di categoria professionale. In tali casi deve essere determinante il sostegno della direzione strategica.

Realizzate le azioni di miglioramento, per valutare l'efficacia dei cambiamenti apportati, occorre procedere a un nuovo audit (*re-audit*), anche avvalendosi degli specifici indicatori per monitorare le azioni implementate.

E a tale verifica stanno provvedendo periodicamente i professionisti dell'Azienda Ospedaliera Brotzu, nei confronti dei primi cinque percorsi clinico assistenziali realizzati: Trapianto rene, Ictus ischemico, Percorso nascita, Dolore toracico/IMA, Trauma maggiore.

Bibliografia

- AGE. N.A.S. - PNE *Programma Nazionale Esiti* 2015.
- Benjamin A. *Audit: How to do it in practice*, BMJ 2008; 336; 1241-1245.
- Chiari P, Mosci D, Naldi E, (2006). *L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'Evidence-Based Nursing* Milano: McGraw-Hill.
- Cinotti R, Cartabellotta A. (2000). *Progettare, realizzare, verificare un audit clinico*. GIMBE: 1/9/2000.
- Clinical Governance Support Team (2005). *A Practical Handbook for Clinical Audit* - March 2005.
- Codman. E. A. (2012). *A Study in Hospital Efficiency: As Demonstrated By the Case Report, of the First Five Years of a Private Hospital*. (Classic Reprint).
- De Palma R. (2007). *FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Ricerca e innovazione*, Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna.
- Dixon N. (2009). *Getting Clinical Audit Right to benefit Patients, Healthcare Quality Quest*.
- Donabedian A. *La qualità dell'assistenza sanitaria: primo volume*. Firenze: NIS; 1990.
- Joughin C. & Hardman E. (1998). *Focus on Clinical Audit in Child and Adolescent Mental Health Services*. London: Royal College of Psychiatrists Research Unit.
- Marin I, Zampieri C, Wienand U, Ranocchia D, Racco F, Perraro F, et al. (2009). *Raccomandazioni sull'Audit Clinico. Multi professionalità e multidisciplinarietà*. SIQuAS-VRQ, Milano.
- Mehay R., Eisner M. (2003). *Audit assessment sheet for trainers and registrars, Journal of Evaluation in Clinical Practice*.
- Ministero della Salute (2011). *Manuale "L'AuditClinico"*.
- NICE, CHI, RCN, University Leicester (2002). *Principles for best practice in Clinical Audit*; Radcliffe Medical Press.

- Primary Health Care Clinical Audit Working Group (1995). *From “Medical” to “Clinical” Audit. Clinical Governance Tools & Skills.*
- Smith R. (1992). *Audit and research. BMJ*305:905-906.
- Venero S. et al. (2002). *Un sistema di qualità per la qualità del sistema*, CSE, Torino, 2002.
- Wienand U. (2009). *Audit clinico: che cosa è e che cosa non è. L’uso inappropriato del termine depaupera il metodo.* QA 2009, 19, 2, 82-90.

14.2 L'audit organizzativo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali di Margherita Cazzetta – Mario Ronchetti

Il gruppo di progetto, al fine di monitorare da un lato l'applicazione dei PCA dall'altro di valutarne gli esiti, ha svolto anche l'audit organizzativo (Bertini, 2014; Chiarini, 2016; Giansante, 2009).

Quando parliamo di Audit organizzativo ci riferiamo alla verifica delle modalità di gestione dei processi attraverso il controllo degli standard definiti ed evidenza documentale di ogni criterio.

Anche se il termine è stato utilizzato per la prima volta in campo economico, per indicare *“la verifica dei dati di bilancio e delle procedure di un'azienda per controllarne la correttezza”*, non dobbiamo dimenticarci che il termine *“audit”* trova la propria radice etimologica nel verbo latino *“audire”*, ascoltare. Pertanto dovremmo pensare l'audit non come *“controllo”* ma come occasione di confronto costruttivo per rilevare scostamenti e migliorare i processi.

Nella famiglia delle norme UNI EN ISO si parla di verifica ispettiva definendola come il *“processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze della verifica ispettiva e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri della verifica ispettiva sono stati soddisfatti”*.

Audit e verifica ispettiva vengono spesso usati nelle organizzazioni come termini interscambiabili.

L'Audit ha una metodologia ben definita e qualunque sia l'audit (clinico, organizzativo, di sistema, civico), gli elementi comuni sono i seguenti:

- Utilizzo di criteri di valutazione espliciti e stabiliti a priori meglio se definiti in una check list;
- Sistematicità della verifica;
- Valutazioni su dati di fatti, evidenze;
- Pianificazione della verifica;
- Elaborazione di un report finale.

Gli audit organizzativi svolti, in una prima fase, avevano principalmente l'obiettivo da una parte di verificare l'applicazione del PCA dall'altro trasferire *“sul campo”* le competenze per la corretta impostazione e conduzione metodologica dell'audit.

Gli audit sono stati svolti, da un gruppo di auditor, in tutte le articolazioni organizzative coinvolte sia nel percorso *“Ictus ischemico”* che *“Trapianto rene”*.

Funzioni di un gruppo di auditor:

- Pianificare l'audit
- Predisporre la check list
- Condurre la riunione di apertura
- Preparare il rapporto di audit
- Condurre la riunione di chiusura con la presentazione del rapporto

L' audit organizzativo ha preso in esame:

1. i risultati emersi dall'attività di analisi organizzativa già svolta attraverso la Matrice di Analisi Organizzativa (MAO)
2. le aree rosse, criticità, emerse dal TAGO relativa alla struttura auditata;
3. i criteri relativi ad ogni setting assistenziale del ragionamento organizzativo del PDTA/PCA;

Per quanto riguarda il primo aspetto sono state considerate le schede della MAO che hanno maggiore impatto sulla definizione dei Percorsi Clinici Assistenziali:

- Funzionigramma;
- Sviluppo continuo professionale;
- Matrice delle interfacce;
- Procedure la gestione del rischio;
- Tabella degli indicatori;

e di queste variabili si è verificato, attraverso il TAGO, le eventuali aree rosse e/o gialle e le azioni avviate dalle strutture per migliorarle.

Per quanto riguarda “i criteri relativi ad ogni setting assistenziale del percorso organizzativo del PDTA/PCA” si è costruita una check list, con le variabili relative:

- Alla documentazione di ciascun setting terapeutico del PCA in esame;
- Agli obiettivi/traguardi sanitari di ciascun setting terapeutico;
- Ai rischi correlati descritti in ciascun setting terapeutico;
- Ai tempi indicati per svolgimento di una specifica attività.

L’audit ha verificato la presenza (1) o l’assenza (0) del documento previsto a validazione del criterio. L’immagine seguente riporta un esempio della check list.

Setting cur.	Requisito	UO	Professionale	Classe	Scor
P1	scheda di triage	Pronto Soccorso	Infermiere	Documentazione	1
P1	verbale PS	Pronto Soccorso	Medico PS	Documentazione	1
P1	registrazione su carta dell'ECG e stampa dell'EGA	Pronto Soccorso	Infermiere	Documentazione	1
P1	referti informatizzati degli esami di laboratorio	Pronto Soccorso	Medico di Laboratorio	Documentazione	1
P2	mancata validazione, scambio provette o scambio referti - strumento per la gestione del rischio ?	Laboratorio	Responsabile UO	Rischi	1
P3	Modulo NIHSS (allegato 1)	Stroke Unit	Responsabile UO	Documentazione	1
P3	Informazioni ed educazione al paziente e/o ai familiari - Come ?	Stroke Unit	Responsabile UO	Informazione	0
P3	Tempo 15'	Stroke Unit	Responsabile UO	Tempi	0
P4	cartella infermieristica (allegato5)	Stroke Unit	Infermiere	Documentazione	1
P4	scheda dati paziente	Stroke Unit	Infermiere	Documentazione	1
P4	valuta lo stato clinico ogni 15 minuti	Stroke Unit	Infermiere	Documentazione / Tempi	1
P4	modulo consenso informato	Stroke Unit	Medico	Documentazione	1
P5	grafico dei parametri vitali	Stroke Unit	Infermiere	Documentazione	1
P5	scheda bilancio idrico	Stroke Unit	Infermiere	Documentazione	1
P5	cartella clinica	Stroke Unit	Medico	Documentazione	0
P5	rischio di caduta del pz Come?	Radiologia	Responsabile UO	Rischi	0
P5	introduzione in sala RM di materiali non compatibili col campo magnetico con danno al pz Come?	Radiologia	Responsabile UO	Rischi	0
P5	rischio di introdurre pz non compatibili (pace maker, clips di aneurismi) Come?	Radiologia	Responsabile UO	Rischi	1

Per ogni audit è stato prodotto un report nel quale è stato indicato:

- I punti di forza;
- Le aree di miglioramento;
- Le non conformità rilevate;
- Le conformità legislative;
- Eventuali suggerimenti per il miglioramento continuo della qualità .

REPORT AUDIT INTERNO DELL'ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA		
AUDIT INTERNO DEL _____		CONDOTTO DA _____
A OGGETTO DI VERIFICA _____		
PUNTI DI FORZA		
AREE DI MIGLIORAMENTO		
NON CONFORMITÀ RILEVATE		
CONFORMITÀ LEGISLATIVA		
SUGGERIMENTI/NOTE		
ATTO DA _____		IL _____
Firmato a:		
Direttore Dipartimento	Il _____	Firma _____
Resp. SC o SS verificata	Il _____	Firma _____
Resp. Qualità UOC	Il _____	Firma _____
ISPP	Il _____	Firma _____
Facilitatore	Il _____	Firma _____
_____	Il _____	Firma _____

I report degli audit hanno l'importante funzione di orientare le strutture auditate nel processo di miglioramento continuo della qualità, attraverso il lavoro di risoluzione delle criticità rilevate.

L'audit rappresenta una metodologia indispensabile per monitorare costantemente la qualità delle prestazioni erogate e avviare rapidamente correttivi.

Bibliografia

- Bertini, G. (2014). *Il learning audit nella sanità*, Franco Angeli
- Chiarini, A. (2016). *La conduzione degli audit*, Franco Angeli
- Giansante, P. (2009). *Internal Auditing. Contenuto, struttura e processo*, Edizioni Universitarie Romane
- Marin I, Zampieri C, Wienand U, Ranocchia D, Racco F, Perraro F, et al. (2009). *Raccomandazioni sull'Audit Clinico. Multi professionalità e multidisciplinarietà*. SIQuAS-VRQ, Milano.

Cap. 15 – Conclusioni

di Roberto Dandi

Il progetto aveva l'obiettivo di sviluppare e attuare diversi Percorsi Clinico Assistenziali e Procedure per il miglioramento e la stabilizzazione degli outcome clinici. I risultati sono stati:

- *6 PCA/PDTA sviluppati e attuati:*

1. Ictus ischemico;
2. Trapianto Rene;
3. Percorso Nascita;
4. Dolore Toracico/IMA;
5. Trauma Maggiore;
6. Neoplasie della mammella;

- *e un PDTA in via di completamento:*

7. Paziente Talassemico.

- *6 Procedure sviluppate e attuate:*

1. Trasferimento pazienti adulti con: aereo militare, aereo di linea, elisoccorso (a partire dal protocollo esistente in azienda);
2. Trasferimento pazienti pediatrici, compreso il paziente cardiopatico, con: aereo militare, aereo di linea, elisoccorso (a partire dal protocollo esistente in azienda);
3. Gestione del paziente con infezione tubercolare;
4. Infezioni ospedaliere: rilevazione infezioni da germi multi resistenti;
5. La gestione del paziente politraumatizzato (codice rosso) da parte del personale sanitario non medico;
6. La gestione del paziente traumatizzato (codice giallo) da parte del personale sanitario non medico.

Per ottenere tutto questo è stato necessario:

- Coinvolgere continuamente una rappresentanza ampia del personale dell'ospedale, su più livelli (Direzione, Cabina di Regia, Facilitatori);
- Identificare, attraverso la casistica aziendale, un'analisi di posizionamento e di performance, quali PCA erano i migliori candidati ad essere sviluppati;
- Condividere con il personale la necessità del cambiamento, anche culturale, attraverso l'adozione dell'Evidence Based Medicine;
- Formare gli *"agenti del cambiamento"* che avrebbero poi valutato l'organizzazione e sviluppato i PCA;
- Fornire supporto durante tutto il processo di cambiamento, con richieste di aggiornamenti e feedback;
- Individuare indicatori di performance e un cruscotto di monitoraggio per verificare che il cambiamento fosse attuato nella giusta direzione.

Se vogliamo comprendere l'aspetto processuale di questo progetto, la letteratura sul cambiamento organizzativo ci viene in aiuto.

Nella seguente tabella (adattata da Todnem, 2005) sono riassunti tre famosi approcci al cambiamento: i 10 *"Comandamenti"* di Kanter et al. (1992), gli *"otto passi"* di Kotter e i *"sette passi"* di Luecke. Nell'ultima colonna sono elencate le attività del Progetto corrispondenti a questi passi suggeriti dalla letteratura.

Kanter et al. (1992) <i>“10 Comandamenti per attuare il cambiamento”</i>	Kotter (1996): <i>“Otto passi per la trasformazione organizzativa”</i>	Luecke(2003): <i>“I sette passi del cambiamento”</i>	Attività corrispondenti del progetto
1. Analisi dell'organizzazione e identificazione dei bisogni di cambiamento		1. Mobilitare energie e impegno attraverso l'identificazione congiunta dei problemi e delle soluzioni	Fase di kick-off con la Direzione; fase di analisi di posizionamento, analisi organizzativa, analisi clinica
2. Creare una vision e una comune direzione	3. Sviluppare una vision e la strategia	2. Sviluppo di una vision comune su come gestire e organizzare l'azienda	Identificazione dei PCA, degli obiettivi di riorganizzazione
3. Separarsi dal passato			Formazione ai facilitatori
4. Creare un senso di urgenza del cambiamento	1. Creare un senso di urgenza del cambiamento		Il senso di urgenza era già presente nella Direzione
5. Dare supporto a un leader forte	2. Creare una coalizione guida	3. Avere una chiara leadership	Supporto al Progetto dalla Direzione e creazione della Cabina di Regia
6. Sviluppare un largo supporto politico al cambiamento			Coinvolgimento della Cabina di Regia e identificazione e coinvolgimento dei facilitatori
7. Sviluppare un piano di attuazione			Sviluppo del Piano Operativo del Progetto
8. Sviluppare strutture che abilitano il cambiamento	5. Rimuovere le barriere al cambiamento		Sviluppo dei PCA e framework MAO e TAGO
9. Comunicare, coinvolgere le persone, essere onesti	4. Coinvolgere un'armata di volontari		Coinvolgimento dei facilitatori
10. Rinforzare e istituzionalizzare il cambiamento	7. Consolidare il cambiamento fino al raggiungimento della vision; 8. istituzionalizzare il cambiamento	6. Istituzionalizza il successo con procedure formali, sistemi, strutture	Sviluppo dei PCA e framework MAO e TAGO
	6. Ottenere piccole vittorie nel breve periodo	4. Focalizzarsi sui risultati, non le attività	
		5. Iniziare il cambiamento nella periferia, poi lascio diffondere nelle altre unità senza spingerlo dall'alto	Sviluppo dei facilitatori come agenti del cambiamento
		7. Monitora e aggiusta le strategie in risposta dei problemi nel corso del cambiamento	Sviluppo di indicatori di performance dei PCA e organizzativi (MAO, TAGO) da monitorare; feedback continuo sulle attività di sviluppo dei PCA e di valutazione organizzativa

Fonte: Adattato da Todnem (2005)

Come si può vedere dalla tabella, le attività di progetto corrispondono bene alle fasi consigliate dalla letteratura.

In particolare la letteratura è stata confermata nel momento in cui afferma che senza il coinvolgimento di chi sarà interessato dal cambiamento è difficile portare avanti il cambiamento. Le organizzazioni sanitarie sono una forma di organizzazione professionale dove il *nucleo operativo* (Mintzberg, 1985), cioè chi trasforma input in output, è formato da professionisti della sanità con anni di formazione (e alcuni di esperienza) alle spalle. E' difficile e anche sbagliato che un cambiamento come l'introduzione di nuovi PCA, essenzialmente il nuovo modo di fare sanità, possa essere calato dall'alto. Come ci dice la letteratura sullo sviluppo dei PCA (Cap. 12) le linee guida cliniche devono essere adattate alle specificità organizzative dell'ospedale che le adotta. Solo attraverso un forte coinvolgimento di un gruppo di clinici rispettati e influenti è possibile attivare il cambiamento nell'intera organizzazione.

Un'altra conferma è l'importanza della sponsorship dall'alto. Senza il supporto della Direzione, che ha creato la Cabina di Regia con rappresentanti della Direzione Sanitaria e dello Staff aziendale, che ha permesso al team dei consulenti di presentare il progetto al personale, e che ha lanciato messaggi diretti e indiretti sull'importanza del progetto, il cambiamento non si sarebbe verificato, almeno non con questi risultati.

Un altro aspetto non banale è stato quello del coinvolgimento delle persone giuste in questo progetto: da una parte il team dei consulenti era un gruppo interdisciplinare, con esperti di organizzazione sanitaria, di valutazione delle performance, e clinici di provata esperienza. Dall'altra, il team di facilitatori è stato selezionato (Cap. 5) in base sia alle competenze cliniche riconosciute dai pari, sia alle competenze organizzative e alla disponibilità alla collaborazione. Questo ha permesso di sviluppare gruppi di persone che sono diventate gli "owner" dei cambiamenti da attuare, sviluppando motivazione e collaborazione.

La letteratura sull'attuazione dell'*Evidence Based Medicine* è anche interessante da evocare in quanto ci permette di approfondire l'aspetto umano e sociale del cambiamento avvenuto in questo progetto. Grohl (1997) identifica le seguenti teorie per spiegare il successo, o meno, dell'attuazione dell'EBM, applicandolo al caso del lavaggio delle mani:

- *Adult learning theory*: questa teoria propone che le persone non sono motivate a cambiare e ad apprendere se prima non fanno esperienza delle conseguenze negative del loro comportamento. Ad esempio non lavandosi le mani causano un'infezione e quindi apprendono l'importanza di farlo.
- *Cognitive theory*: la mancata accettazione dell'EBM potrebbe derivare dalla poca consapevolezza dei suoi risultati. Esporre i clinici al calo di mortalità da infezioni ospedaliere in seguito all'introduzione dei dispenser per lavare le mani negli altri ospedali potrebbe promuovere questa pratica.
- *Marketing theory*: a volte il cambiamento deve essere "venduto" ai dipendenti come se fosse un prodotto, enfatizzando i benefici per chi attua il cambiamento.
- *Behavioral theory*: il cambiamento può essere stimolato attraverso incentivi, feedback, buon esempio, rinforzo.
- *Social network theory*: il cambiamento si diffonde in base allo sviluppo di regole sociali, grazie all'influenza tra pari.
- *Organizational theory*: il mancato cambiamento è in questo caso visto come un errore organizzativo, derivante per esempio da una cultura organizzativa non pronta, procedure sbagliate o mancanza di formazione o di leadership.
- *Power theories*: secondo questo approccio, il cambiamento deriva da misure coercitive che impongono il cambiamento (ad esempio, nuove leggi, nuove normative sulla responsabilità del medico, ecc.).

Nel nostro progetto abbiamo adottato un approccio multi-teorico in quanto alcune di queste teorie si possono rintracciare nella narrazione dei vari capitoli.

In particolare, le attività volte a sviluppare il cambiamento dal basso e a sviluppare un consenso locale sono in linea con l'approccio *Adult Learning*.

Nella formazione in aula sono stati sviluppati la metodologia e gli strumenti del governo clinico, si è approfondito il tema delle Linee guida con tutte le sue caratteristiche, e dei percorsi clinici con tutte le loro peculiarità, sottolineando le differenze tra Linee guida e Percorsi nella loro applicazione *Evidence Based*. Questo è in linea con l'approccio delle Teorie Cognitive.

Un approccio di Marketing è coerente con il lavoro di adattamento ai bisogni del “cliente” che il team dei consulenti ha portato avanti sia nella definizione dei PDTA da sviluppare sia nell'identificazione e adattamento delle Linee Guida: i percorsi clinici sono l'adattamento locale delle Linee guida, contestualizzazione che deve tenere conto delle risorse strutturali, tecnologiche e umane disponibili, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità.

La Teoria Comportamentista è stata attuata nel momento del controllo della direzione del cambiamento, attraverso i feedback e i reminder continui e gli audit organizzativi e clinici.

L'approccio “social” è stato portato avanti nella scelta dei *key opinion leader* da trasformare in facilitatori (Cap. 5) ma anche nel “*team building*” per lo sviluppo delle valutazioni organizzative e dei PDTA.

Infine un approccio organizzativo è connotato in tutto il progetto, dalla ricerca del supporto della leadership, alla formalizzazione dei PDTA e delle valutazioni organizzative, alla ridefinizione dei compiti e delle interdipendenze.

L'unico approccio che ci sembra sia stato evitato è quello dell'esercizio del potere, non compatibile con un'organizzazione professionale.

Riferimenti bibliografici

- Grol, R. (1997). *Beliefs and evidence in changing clinical practice*. *BMJ*, 315(7105), 418-421.
- Kanter, R.M., Stein, B. A. and Jick, T.D (1992). *The Challenge of Organizational Change*. New York: The Free Press
- Kotter, J.P. (1996). *Leading Change*. Boston, MA: Harvard Business School Press
- Luecke, R. (2003). *Managing Change and Transition*. Boston, MA: Harvard Business School Press
- Todnem, R. (2005) *Organisational Change Management: A Critical Review*, *Journal of Change Management*, 5, 4, pp.369 – 380.

Gli Autori

Caterina Elisabetta Amoddeo, laurea in Medicina e Chirurgia e specializzazione in Igiene e Medicina preventiva presso l'Università degli Studi di Pavia. Ha iniziato la propria attività alla USSL "Città di Crema" e ha proseguito l'esperienza territoriale presso la ASL "Città di Milano". Direttore della UOC *Sviluppo della Formazione e del Governo clinico* presso l'Ospedale "San Camillo Forlanini" di Roma dove ha sviluppato strumenti e metodi per la misurazione delle performance aziendali e ha ricoperto ad interim l'incarico di Direttore Sanitario Aziendale. Esperta e docente in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali. Membro CDN di AsIQuAS, Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

Giorgio Banchieri, Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; Docente presso il Master MaSSIS, Università del Salento; Segretario Nazionale del CDN AsIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Direttore di www.osservatoriosanita.it; Coordinatore del Team di Ricerca per l'implementazione manageriale e organizzativa della Facoltà di Medicina di Astana (KZ); già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Duilio Carusi, Consulente di direzione in ambito health care in materia di pianificazione strategica e management aziendale, esperto AGENAS in varie aree, durante la sua attività ha seguito tra gli altri lo sviluppo di strumenti di controllo strategico del SSN, le attività di change management nelle Regioni in Piano di Rientro, la progettazione di strategie di gara per la centrale acquisti della PA italiana. Già incaricato della Direzione amministrativa in strutture sanitarie private convenzionate in Italia e della Direzione di Business Unit per la realizzazione di strutture sanitarie militari in Medio Oriente, attualmente è per LUISS Business School consulente sulle progettualità in ambito Salute e Pubblica Amministrazione e docente nei temi di management sanitario e di sistemi sanitari comparati

Margherita Cazzetta, Sociologa, si è occupata di Qualità presso Azienda USL Roma C. Attualmente lavora presso Azienda USL Roma 2. E' Responsabile della Formazione e Qualità della SIFOP, Società Italiana di Formazione Permanente per la medicina specialistica; Membro del Comitato di Redazione de *La Rivista Medica Italiana online*; Docente Master MIAS, MEU e MaRSS, Dipartimento Scienze Sociali e Economiche, Università "Sapienza", Roma; Membro del CDN ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

Roberto Dandi, *Lecturer* di Economia e Gestione delle Imprese presso LUISS Guido Carli e dal 2007 consulente e docente LUISS Business School di gestione sanitaria. E' Dottore di Ricerca in Organizzazione Aziendale dal 2004. In passato ha lavorato come ricercatore a tempo determinato e assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Impresa e Management della LUISS Guido Carli e come *Post-Doctoral Research Scientist* presso la University of Illinois at Urbana-Champaign (USA). Esperto di management, *social network analysis*, progettazione organizzativa, gestione per processi.

Paolo Fornelli, Consulente di direzione, specializzato su tematiche relative all'Information Technology, all'Organizzazione e alla Business Process Rengineering. Da oltre vent'anni lavora nel campo della Sanità, sia in Italia che all'estero, dove ha partecipato a progetti inerenti la rilevazione dei carichi di lavoro, l'accreditamento delle strutture sanitarie e la progettazione e implementazione di Sistemi Informativi Sanitari. In passato ha

lavorato nella divisione *Health and Life Sciences* di *Accenture*, nella Direzione Sistemi Informativi dell'Ospedale "*San Raffaele*" di Milano, in *IBM Global Business Services*. Attualmente è Responsabile Sistemi Informativi presso una Casa di Cura accreditata Polispecialistica, e svolge attività di consulenza in collaborazione con la LUISS Business School e con altre primarie società di management consulting, oltre ad attività di docenza in master universitari.

Mario Ronchetti, Direttore Sanitario ASL Roma 6, Membro Comitato Regionale per AIR dei MMG e PLS; Membro Commissione ECM Regione Lazio; Componente Gruppo di lavoro permanente progettazione formativa Regione Lazio; Coordinatore metodologico Progetto Regione Lazio FAD malattie tempo dipendenti; Docente a contratto Università di Tor Vergata di economia aziendale e organizzazione; Esperto di sanità pubblica; già Direttore UOC Formazione Qualità e Sperimentazione gestionale; già Direttore UOC Innovazione e Sviluppo Organizzativo; già Membro Gruppo tecnico Commissione ECM nazionale.

Silvia Scelsi, Responsabile del Dipartimento delle Professioni. IRCCS "*Giannina Gaslini*", Genova; Docente presso LUISS Business School, Roma; progettista e coordinatore del Master MEU e docente Master MIAS, MEU e MarSS, Dipartimento Scienze Sociali e Economiche, Università "*Sapienza*", Roma; Docente Laurea Specialistica in Infermieristica presso l'Università Cattolica sede di Roma; Vice Presidente Nazionale ANIARTI Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica; Vice Presidente Nazionale ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociale; Coordinatore Comitato Formazione *Italian Resuscitation Council-IRC*.

Hanno supervisionato e supportato le attività di progetto:

Franco Fontana, Professore Emerito di Economia e Gestione delle Imprese, Direttore Scientifico dell'Area Pubblica Amministrazione, Sanità e Non Profit della LUISS Business School

Cristina Gasparri, Dirigente responsabile dell'Area Pubblica Amministrazione, Sanità e Non Profit della LUISS Business School

Marco Manariti, Amministratore Unico della società Forma Mentis Innovazione e Sviluppo SRL di Roma,

Hanno partecipato alle attività progettuali anche i seguenti colleghi che ringraziamo per i contributi apportati:

Vanessa Mondillo, Dirigente medico igienista Direzione Sanitaria e Medico competente della Azienda Ospedaliera "*San Camillo – Forlanini*" di Roma;

Filippo Bartoccioni, Già Dirigente medico della UOC Sviluppo Formazione e Governo Clinico della Azienda Ospedaliera "*San Camillo – Forlanini*" di Roma, già responsabile della UOS Controllo di Gestione della ASL di Viterbo, oggi Provost per lo Sviluppo strategico della Università di Medicina di Astana (Kazakistan);

Luisa Sodano, Dirigente medico igienista presso la Direzione del Dipartimento Polo Ospedaliero Interaziendale Trapianti, AO "*San Camillo Forlanini*" e Istituto Nazionale Malattie Infettive "*Lazzaro Spallanzani*" di Roma, esperta sulle infezioni associate all'assistenza;

Simona Guida, Tirocinante Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva dell'Università degli Studi dell'Aquila presso la UOC Sviluppo Formazione e Governo Clinico della Azienda Ospedaliera "*San Camillo – Forlanini*" di Roma;

Lavinia Vulpiani, Ingegnere gestionale, stage presso la UOC Sviluppo Formazione e Governo Clinico della Azienda Ospedaliera "*San Camillo – Forlanini*" di Roma;

Massimiliano Angelucci, Medico competente della Azienda Ospedaliera "*San Camillo – Forlanini*" di Roma;

Marida D'Aversa, Economista sanitaria, stage presso la UOC Sviluppo Formazione e Governo Clinico della Azienda Ospedaliera *"San Camillo – Forlanini"* di Roma;

Matteo Micali, Tirocinante del Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria biomedica dell'Università La Sapienza di Roma presso la UOC Sviluppo Formazione e Governo Clinico della Azienda Ospedaliera *"San Camillo – Forlanini"* di Roma.

Luca Morelli, consulente LUISS Business School

Michele Urbano, studente master EMPHA, Executive Master in Healthcare and Pharmaceutical Administration, AA 2011-2012, LUISS Business School

Gianfelice Lapadula, studente master EMPHA, Executive Master in Healthcare and Pharmaceutical Administration, AA 2011-2012, LUISS Business School

