

**Gli strumenti della Clinical Governance.
Supporto all'implementazione degli strumenti della
clinical governance: definizione della Metodologia per lo
sviluppo di PDTA e supporto alla relativa attuazione**

Offerta tecnica per lo sviluppo di un programma formativo –
professionale nella Asl di Nuoro

Roma, 11 novembre 2013

Documento predisposto per la Direzione della ASL di Nuoro

1. Elementi di contesto: i principali risultati dell'intervento progettuale realizzato nei primi mesi del 2012

A seguito del primo intervento di formazione professionale realizzato nella ASL di Sassari nel periodo febbraio - aprile 2012, che ha visto il coinvolgimento di una parte rilevante delle Unità operative dell'Azienda, la Direzione Generale ha espresso la volontà di estendere, alle strutture che non sono state coinvolte nell'attività di formazione svolta nell'area della Clinical Governance, l'adozione delle metodologie DISTRIGOV ed OPTIGOV.

Il risultato dell'intervento formativo, si è concretizzato nella definizione di una serie di interventi di miglioramento che si possono riassumere nelle seguenti aree:

1. **Revisione del funzionamento dell'organizzazione aziendale**, e dell'attuale sistema di attribuzione e definizione delle funzioni/ruoli organizzativi in capo alle direzioni di **dipartimento** (occorre che assumano le funzioni di gestione e attuazione degli strumenti della clinical governance), alle direzioni di **distretto** e delle attività di **coordinamento** tra dette funzioni/ruoli e quelle delle funzioni staff (analisi epidemiologica; programmazione e controllo; risk management; qualità; formazione). Attivazione di sistemi di coordinamento e controllo della qualità delle prestazioni territoriali erogate nei diversi distretti. Definizione e attivazione dei **controlli** sulle attività aziendali (qualità delle prestazioni, internal audit e clinical audit).
- **Pianificazione dello sviluppo dei sistemi informativi di supporto all'assistenza** - Effettuare l'analisi dei fabbisogni "funzionali" e di "integrazione" dei singoli ambiti di assistenza sanitaria (Dipartimenti e Distretti), anche in funzione delle opportunità e vincoli rivenienti dai progetti informatici regionali (es. SISAR, MEDIR) e dagli accordi stipulati nell'ambito del Project Financing. Definire un **Piano di Sviluppo dei sistemi** di medio termine ed un **Piano di Azioni** di breve termine, con esplicitazione delle **priorità di intervento**, risorse necessarie (economiche e professionali) correlate ad ogni priorità e tempi di attuazione. Il Piano di azione deve essere condiviso dal **Clinical Governance Team** (intervento 4).
- **Integrazione dell'area sanitaria e economica nella programmazione e del controllo** - La programmazione sanitaria è opportuno che sia integrata con l'analisi dei bisogni e la misurazione della performance. A tal fine deve essere attivato un **sistema di reporting** quanto più possibile articolato e dettagliato, con caratteristiche di tempestività e facilità di diffusione. Tale sistema dovrà essere strettamente correlato alla programmazione definita a livello annuale e monitorata su base trimestrale. Inoltre, è opportuno che tale sistema di reporting sia integrato da strumenti di analisi, valutazione ed aggregazione del dato elementare da mettere a disposizione sia della direzione che delle singole unità operative clinico-assistenziali. Sarebbe opportuno che, alla fine di ogni trimestre, fossero tenuti incontri di avanzamento, con referenti sia gestionali che clinici, per la valutazione dei risultati conseguiti.
- **Attivazione di un gruppo di lavoro aziendale per la Clinical Governance** - Responsabilità del **Clinical Governance Team** è la guida nell'implementazione degli strumenti della clinical governance. In particolare: condivisione dei **piani di sviluppo** delle funzioni di staff (vedi intervento 2, 5, 6, 7); definizione delle **priorità** nell'attivazione dei diversi strumenti/progetti della **CG** nelle strutture operative, in termine di valutazioni opportunità/sostenibilità; Definizione coordinata delle **reti dei referenti** (per Formazione, Qualità e Rischio); **validazione** dei **PDTA** elaborati dalle strutture assistenziali; programmazione e monitoraggio degli **Audit** clinici (con riferimento a: PDTA formalizzati e non formalizzati, casi singoli relativi ad eventi critici); supporto alla definizione dei **fabbisogni formativi** per la corretta adozione degli strumenti di CG; gestione di strumenti di **comunicazione** della CG di rapida attivazione (es. abbonamenti a riviste, seminari, comunicazione interna e ed esterna sulla clinical governance); ruolo di **raccordo** con la direzione generale ed il collegio di direzione in merito agli sviluppi delle attività ed interazione diretta con i clinici, responsabili di tutto ciò che concerne l'attuazione.

- **Attivazione della funzione di analisi dei bisogni** - Conduzione di uno studio finalizzato alla valutazione epidemiologica e demografica dei bacini di utenza dei singoli distretti. Con particolare riferimento a: composizione della popolazione e comparazione dei principali indici (a livello di ASL/regione/nazione); stato di salute della popolazione; analisi della mortalità per causa e mortalità evitabile; valorizzazione del registro tumori; valutazione del livello di penetrazione dei servizi rispetto alle esigenze per: patologie cronicodegenerative (diabete, patologie respiratorie, cardiovascolare, tumori), assistenza agli anziani, materno infantile, salute mentale, neuropsichiatria infantile, disabilità, ADI, residenzialità, PUA. Analisi della mobilità passiva: la tipologia delle prestazioni con flussi in mobilità passiva; la provenienza e destinazione dei pazienti in mobilità passiva, l'indice di fuga, analisi dei nessi causali del fenomeno in riferimento a composizione della popolazione ed epidemiologia della stessa. Lo studio deve essere realizzato dall'ufficio epidemiologico e pianificato sulla base di input dei distretti e dei dipartimenti assistenziali (indicatori ed aspetti da indagare in base alle principali caratteristiche dei bacini di utenza di riferimento). Da aggiornare annualmente, a monte della definizione del ciclo di programmazione (piano strategico, PLUS, piano di prevenzione). Sarebbe opportuno definire un piano di medio termine per lo sviluppo della funzione: priorità, tempi e risorse necessarie.
- **Attivazione del sistema di misurazione delle performance** - Attivazione di una funzione di Misurazione delle performance, di supporto ai processi di programmazione e valutazione, che definisca e gestisca un data base di indicatori personalizzati per tutte le attività assistenziali (se utile fino al livello di unità operativa). Gli indicatori devono caratterizzarsi per evidenziare tutti gli aspetti di: qualità dell'assistenza (outcome clinici e processo assistenziale); accessibilità ai servizi; appropriatezza; efficienza operativa ed economica. Per ognuno degli indicatori deve essere individuato un benchmark regionale/nazionale.
- **Piano di sviluppo del clinical risk management** - Occorre a nostro avviso ridefinire un piano di implementazione del Clinical Risk Management, con obiettivi a breve e medio periodo da conseguire, priorità di intervento e risorse necessarie. Ciò a partire dalle importanti basi culturali e tecniche di cui l'azienda dispone. Le principali aree di intervento dovrebbero essere, a nostro avviso: Definizione della mappa dei rischi associati che caratterizzano sia le singole unità operative assistenziali, sia gli specifici percorsi di cura (formalizzati che non) operati; Censimento e analisi degli eventi sentinella; Definizione dei raccordi con il sistema di qualità aziendale; Formare la rete dei referenti sui nuovi strumenti in uso.
- **Evidence Based Practice - Modello di gestione delle professioni sanitarie** - Definire dei profili di ruolo delle risorse professionali del comparto (servizio professioni sanitarie) assegnate al reparto, ivi incluse le specifiche job description (attività, competenze tecnico-professionali e capacità). Ciò consente di migliorare: la selezione guidata dei profili da acquisire (già presenti in azienda e da riallocare o esterni di nuova acquisizione) sulla base delle esigenze di UUOO; La programmazione la formazione specifica per area di competenza e/o sulle pratiche maggiormente significative/critiche; l'organizzazione della formazione in ingresso di nuove risorse (soprattutto per le professionalità ad alto turn over); Attivazione di un modello organizzativo delle professioni sanitarie basato su referenti clinici, attraverso: l'individuazione di referenti (coordinatori infermieri e tecnici) aziendali per singolo ambito clinico (es. piaghe da decubito; terapia intensiva; assistenza cardio vascolare; malattie respiratorie...); la programmazione e la gestione della formazione avanzata di questi referenti; l'impiego dei referenti per la codifica di percorsi (EBP) e per la formazione ed il supporto a tutti gli operatori.
- **Progettazione di Percorsi diagnostico Terapeutico Assistenziali** - I dipartimenti, con la collaborazione delle UUOO assistenziali, devono avviare la progettazione di percorsi di diagnosi e cura. Tale attività deve prevedere: l'individuazione dei percorsi critici per area di attività o per dipartimento (da privilegiare percorsi Preditear o quelli che comunque necessitano di elevata integrazione ospedale territorio: diabete; scompenso e IMA; femore; chirurgia oncologica – (GOM già attivati); la progettazione condivisa dei percorsi tra i livelli assistenziali coinvolti e la definizione di indicatori di processo e di esito relativi ai singoli percorsi (acquisizione, con metodi Evidence Based, dei valori di riferimento o degli standard interni/esterni); la

deliberazione come processi aziendali, per la garanzia di coerenza degli stessi; E' opportuno a questo scopo la creazione di un gruppo di lavoro, opportunamente formato, per singolo percorso aziendale, guidato metodologicamente da qualità e rischio clinico.

- **Audit Clinico** - Definizione e gestione di un programma di Audit Clinico con riferimento a: PDTA formalizzati e non formalizzati (per tutte le aree assistenziali); Singoli casi rivenienti dal sistema di segnalazione degli errori. L'attività di audit dovrà prevedere: L'individuazione di indicatori di processo e di esito relativi ai singoli PDTA e l'acquisizione, con metodi Evidence Based, dei valori di riferimento o degli standard interni/esterni relativi alle attività oggetto di analisi; la realizzazione dell'istruttoria dell'audit (raccolta evidenze, calcolo indicatori, costruzione percorsi di discussione) sulla casistica registrata nei distretti (istruttoria realizzata dal referente di percorso, qualità e risk management); la discussione tra pari (responsabili dei servizi, personale assistenziale, direttori di distretto, rappresentanti dei MMG, medici ospedalieri di riferimento; coordinatori del comparto) volta a commentare gli scostamenti rispetto agli standard e le azioni finalizzate a migliorare il servizio reso; La gestione delle azioni successive (es. modifica o stesura dei percorsi, azioni correttive e preventive).
- **Rapporti con il paziente** - Uniformare l'approccio all'informazione ed alla gestione del paziente e dei familiari attraverso la produzione di opuscoli informativi da fornire ai pazienti prossimi alla degenza con riferimento sia alle diverse patologie che ai diversi trattamenti (sono presenti in azienda diverse esperienze che possono essere estese a livello aziendale), con riferimenti sui percorsi adottati e gestione delle attività nella fase post acuta del trattamento. Uniformare l'approccio anche con riferimento ai pazienti in dimissione. Stabilizzare l'attività di rilevazione della customer satisfaction e, soprattutto, dell'analisi dei risultati.

2. Esigenze dell'azienda ed Obiettivi dell'Intervento

In riferimento agli interventi sopra richiamati, la Direzione Aziendale ha deciso di avviare, in via prioritaria, un numero selezionato di progetti di miglioramento che saranno sviluppati già nel breve termine.

A questo proposito ha chiesto agli esperti della società CRS, in continuità con l'intervento svolto, di elaborare un'offerta per supportare l'avvio di un gruppo di lavoro interno alla Azienda che guidi le UUOO assistenziali, sia di tipo ospedaliero che territoriali, nell'introduzione progressiva degli strumenti operativi necessari a migliorare la qualità dell'assistenza per il paziente. Ciò con particolare riferimento all'introduzione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali condivisi e formalizzati e di metodiche di audit clinico, finalizzati ad analizzare la casistica e a migliorare i percorsi definiti.

Gli obiettivi dell'intervento, collegati alle finalità che si vogliono raggiungere, possono essere così sintetizzati:

- a) supportare l'avvio di un "Clinical Governance Team" cui affidare l'introduzione degli strumenti della CG nella pratica assistenziale e discussione dei risultati dell'intervento realizzato a livello di Dipartimento/area omogenea;
- b) personalizzare, condividere, validare e trasferire, nell'ambito del Clinical Governance Team, specifiche metodologie e strumenti per rendere operative le tecniche di miglioramento della qualità assistenziale. In particolare la metodologie per l'elaborazione dei percorsi. La semplificazione di questi strumenti rappresenta uno degli obiettivi indispensabili per conseguire i vantaggi delle pratiche della clinical governance;
- c) affiancare sul campo il Clinical Governance Team ed il personale sanitario nello sviluppo di un PDTA nell'ambito di un dipartimento (o area clinica omogenea) individuato dalla Direzione.

3. Fasi dell'intervento

Di seguito per ognuno degli obiettivi formativi che costituiscono anche le fasi dell'intervento, si specificano di seguito: l'inquadramento degli obiettivi stessi; i metodi di lavoro e i risultati da conseguire.

Fase a) Supportare l'avvio di un "Clinical Governance Team" cui affidare l'introduzione degli strumenti della CG nella pratica assistenziale e gestione della restituzione risultati a livello di Dipartimento/area omogenea

Uno dei valori aggiunti della presente proposta è rappresentato dal fatto che si intendono massimizzare i risultati del progetto formativo, in termini di attività progettuali e strumenti di governo dell'area sanitaria introdotti e/o individuati come necessari al continuo miglioramento delle attività cliniche. In questo senso, si propone di attivare un gruppo di lavoro sufficientemente rappresentativo, denominato appunto "Clinical Governance Team" (di seguito anche CGT), con buona visibilità e conoscenza delle iniziative aziendali sin ora promosse, nonché con competenze sanitarie e gestionali adeguate al raggiungimento degli obiettivi ambiziosi che si propongono.

Il Clinical Governance Team dovrà, a nostro avviso, assumere le seguenti responsabilità:

- condivisione dei **piani di sviluppo** delle funzioni di staff (Epidemiologia, Qualità, Misurazione delle performance, Risk Management, Comunicazione);

- definizione delle **priorità** nell'attivazione dei diversi strumenti/progetti della Clinical Governance nelle strutture operative (es. valutazione di opportunità e sostenibilità);
- definizione degli **strumenti operativi** (guida all'elaborazione di PDTA e del Manuale per l'audit Clinico);
- costituzione di una **rete dei referenti**, ossia dei **clinici** delle UUOO assistenziali che saranno i primi responsabili dell'attuazione nell'attività operativa;
- validazione dei **PDTA** elaborati dalle strutture assistenziali;
- definizione del **Programma annuale di audit** e valutazione risultati;
- supporto alla definizione dei **fabbisogni formativi** per la corretta adozione degli strumenti di CG, e gestione di un proprio budget della formazione per supportare direttamente lo sviluppo degli interventi operativi programmati sugli strumenti della Clinical Governance;
- gestione di strumenti di **comunicazione** della Clinical Governance di rapida attivazione (es. abbonamenti a riviste, seminari, convegni, comunicazione interna ed esterna);
- **riferire** alla direzione generale e al collegio di direzione in merito agli sviluppi delle attività.

Il clinical Governance team dovrebbe essere composto da **5-8 membri**, specificamente formati, tra cui:

- responsabili delle funzioni della tecnostruttura (un referente per il Rischio Clinico; referente per le Professioni sanitarie ed un referente dell'area Formazione),
- direttori sanitari di presidio,
- referenti attività distrettuali.

Alla luce delle suddette considerazioni, si prevedono, da parte di CRS, le seguenti attività:

- condivisione e articolazione delle responsabilità del Clinical Governance Team,
- individuazione in un gruppo di operatori professionali, di area sanitaria e amministrativa,
- supporto alla definizione del programma di lavoro di breve e di medio termine, con riferimento ad ognuna delle responsabilità su richiamate,
- incontri con **le aree omogenee o i dipartimenti**, con la partecipazione del **Clinical Governance Team**, allo scopo di potere trasferire loro l'analisi di dettaglio per unità operativa dei risultati ottenuti nel corso dell'intervento appena concluso.

Fase b) Personalizzare, condividere, validare e trasferire, nell'ambito Clinical Governance Team, specifiche metodologie e strumenti per rendere operative le tecniche di miglioramento della qualità assistenziale. In particolare la metodologie per l'elaborazione dei percorsi.

Il gruppo di lavoro di CRS, in collaborazione con il suo Advisor Scientifico, metterà a disposizione del Clinical Governance Team un **Manuale per la progettazione dei PDTA**.

Il manuale conterrà elementi metodologici (fasi, attività, responsabilità), strumenti operativi per la rappresentazione uniforme degli stessi, dalla definizione del campo di applicazione all'individuazione dei soggetti coinvolti (es. gruppi interdisciplinari di cura), dalla catena delle attività assistenziali alla gestione dei "what if" clinici, fino alla definizione del sistema di condivisione e validazione dei percorsi e monitoraggio adottato dall'Azienda.

Il gruppo di lavoro di CRS svolgerà nello specifico le seguenti attività:

- formazione dei soggetti del Clinical Governance Team in merito al manuale richiamato,
- discussione guidata del documento e integrazione dello stesso, in funzione delle caratterizzazioni storiche e degli strumenti già posti in essere dall'azienda, ciò al fine di valorizzare eventuali percorsi virtuosi già avviati,
- stesura del documento finale per renderlo disponibile ai fini della discussione con la Direzione o con gli organismi aziendali eventualmente preposti (es. collegio di direzione) deliberazione dell'Azienda. Nella stesura di tali documenti sarà prestata particolare attenzione a valorizzare il lavoro già svolto dall'Azienda con riferimento ai *Preditear*. Ossia, saranno tenute in considerazione le strutture dei percorsi (e le modalità di

rappresentazione, semplificando al massimo i supporti (schede flow chart e modalità di rappresentazione) da impiegare nelle fasi operative.

Fase c) Affiancare sul campo il Clinical Governance Team ed i clinici nello sviluppo di un PDTA nell'ambito di un Dipartimento (o area clinica omogenea) individuati dalla Direzione.

La sperimentazione operativa su un Dipartimento assistenziale e sulle relative unità operative selezionate dovrà essere finalizzata ai seguenti obiettivi:

- trasferire competenze in merito alla progettazione e introduzione operativa di strumenti,
- elaborare un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale,
- applicare i progetti di miglioramento nel Dipartimento, verificando l'impatto sull'organizzazione e le eventuali azioni da porre in essere a questo livello.

La sperimentazione rappresenta, quindi, la componente operativa della presente proposta, e in questo senso saranno qui ricomprese anche parte delle attività di implementazione delle metodologie di lavoro, in una logica di progettazione sul campo, che consentirà all'Azienda di disporre di un approccio efficace, perché costruito sulle specificità esigenze organizzative riscontrate.

Nello specifico, le attività che saranno realizzate per lo sviluppo del Percorso sono le seguenti:

- definizione dell'ambito di applicazione del PDTA da progettare, in funzione delle indicazioni dei referenti del Dipartimento e delle unità operative selezionate nonché del Clinical Governance Team, e dell'ampiezza dello stesso (ramificazione dello PDTA in funzione delle possibili complicanze/patologie concomitanti) – questa valutazione sarà effettuata nell'ambito degli incontri di approfondimento che saranno organizzati con i referenti dei dipartimenti/aree omogenee (vedi fase a),
- individuazione di un gruppo di referenti clinici di area assistenziale, all'interno del Dipartimento selezionato, e formazione degli operatori sulla metodologia di progettazione,
- affiancamento dei clinici e del personale sanitario in fase di progettazione, fino alla stesura di una bozza finale di percorso,
- affiancamento dei clinici e del personale sanitario nella fase di condivisione del PDTA con gli operatori a monte ed a valle del percorso principale (es. MMG, Pronto soccorso, Diagnostica, servizi territoriali),
- affiancamento dei clinici, del personale sanitario e del Clinical Governance Team nelle fasi di validazione ed integrazione del PDTA fino alla sua approvazione definitiva,
- supporto alla definizione del programma di azioni per la messa in opera e per il monitoraggio del PDTA in fase operativa (controlli, valutazione rischi, audit).

4. Gruppo di lavoro CRS Conoscenza Ricerca Sviluppo

Il progetto formativo - professionale vedrà impegnati, in qualità di docenti, alcuni esperti della società CRS, con le seguenti caratteristiche e competenze :

- 1 medico di direzione sanitaria, esperto in temi correlati alla Clinical Governance, di rilevazione e stesura di PDTA e di metodi di audit clinico,
- 1 aziendalista sanitario, esperto nei temi della Clinical Governance, dell'organizzazione e del controllo a livello di ASL e di presidi ospedalieri.

Tali esperti saranno coordinati dal Prof. Alessandro Campana, quale responsabile del progetto, e dal Dott. Virgilio Ritzu, quale Project Manager.

Il coordinamento scientifico del progetto formativo - professionale sarà assunto dal Prof. Walter Ricciardi, Direttore Scientifico di CRS nonché Direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

L'intervento formativo e di affiancamento sul campo si svilupperà secondo la seguente tempistica (ogni riquadro rappresenta una settimana di calendario).

obiettivi	mese 1				mese 2				mese 3	
	sett 1	sett 2	sett 3	sett 4	sett 5	sett 6	sett 7	sett 8	sett 9	sett 10
Supportare l'avvio del un "Clinical Governance Team"	■	■								
progettazione di metodologie e strumenti della CG: manuale PDTA e manuale Audit clinico	■	■	■	■						
supporto allo sviluppo di sviluppo di 2 PDTA				■	■	■	■	■	■	■

Le giornate operative di lavoro per l'attività descritta sono complessivamente 30.

5. Costi del progetto formativo – assistenza sul campo

I compensi professionali per tale attività descritta sono definiti pari a complessivamente a Euro 19.500,00 (diciannovemilacinquecento/00).

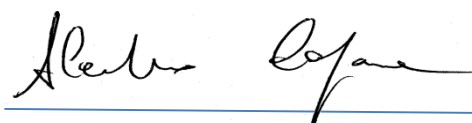
Gli importi sono da considerarsi al netto dell'iva e al lordo dei costi per viaggio e trasferte.

I corrispettivi sopra indicati saranno fatturati in base alle seguenti modalità:

- il 40% al termine delle prime due fasi,
- il 60% alla chiusura dei lavori.

I pagamenti si intendono a 30 gg fine mese data fattura.

La presente offerta ha una validità di 90 gg dall'emissione.



Alessandro Campagna
Partner Amministratore
CRS – Conoscenza Ricerca Sviluppo



Virgilio Ritzu
Partner di CRS – Conoscenza Ricerca Sviluppo