



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Corso Avanzato di Formazione per Facilitatori dell' Audit Clinico e della Ricerca Valutativa 2010 – 2011

"L'Audit come strumento per identificare le priorità di ricerca"

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara "Arcispedale S. Anna"

Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna "S.Orsola Malpighi"

Azienda Usl di Ravenna

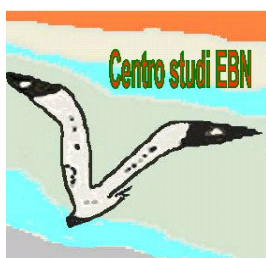
in collaborazione con:



National Patient Safety Agency



Epi – Info Italia



Centro Studi Evidence Based Nursing



Healthcare Quality Improvement Partnership

Programma Regionale

Progetto approvato e finanziato dalla Regione Emilia – Romagna con delibera n.2002/09, all'interno del "Programma di Ricerca Regione – Università 2007-2009" - Area 3 "Formazione alla ricerca e creazione dei research network"

Responsabile Scientifico

Dr. Ulrich Wienand

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Responsabile Struttura "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione"

u.wienand@ospfe.it

Responsabile Amministrativo

Dott.ssa Giulia Bertelli

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Coll. Amm.vo "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione"

g.bertelli@ospfe.it

Unità di ricerca afferenti al Progetto

1. Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, Struttura Semplice "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione" nello Staff della Direzione Generale, Responsabile Dr. Ulrich Wienand
2. Azienda UsI Ravenna, Unità di Epidemiologia, Ricerca & Sviluppo a Staff del Direttore Sanitario, Responsabile Dr. Pasquale Falasca
3. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Struttura "Ricerca e Innovazione, Governo Clinico e Valutazione della Performance Sanitaria", Settore "Governo Clinico", Responsabile Dott.ssa Martina Taglioni

INDICE

Presentazione del corso	pag. 5
Progetto presentato alla Regione Emilia-Romagna	6
Programma del corso	13
Diario didattico	14
Abstracts dei progetti di Audit Clinico elaborati dai partecipanti	25
L'Audit come strumento per identificare le priorità di ricerca	44
Guida rapida per la conduzione di un Significant Event Audit	46
Elenco dei partecipanti al corso	48

"L'Audit come strumento per identificare le priorità di ricerca"

Corso Avanzato di Formazione per Facilitatori dell' Audit Clinico e della Ricerca Valutativa

All'interno del Programma "Ricerca Regione-Università" (Area 3) è stato approvato, con delibera 2002/09 il finanziamento di un Corso Avanzato di Formazione per Facilitatori dell'Audit Clinico e della Ricerca Valutativa, assegnandone la titolarità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Esistono numerose evidenze sul fatto che i programmi di Audit Clinico o Ricerca sui servizi, nelle aziende sanitarie, hanno successo solo se supportati da professionisti metodologicamente competenti, spesso chiamati "facilitatori".

La figura del facilitatore deve includere nella propria "cassetta degli attrezzi" le basi metodologiche dell'audit clinico e della epidemiologia valutativa, oltre ad alcune tecniche strumentali di elaborazione e gestione dei dati e a determinate competenze comunicative.

Gli obiettivi del corso sono stati:

- la formazione di 45 facilitatori appartenenti principalmente al Servizio Sanitario Regionale,
- la creazione e validazione di un percorso formativo riproducibile, adatto alle esigenze di aziende sia ospedaliere che territoriali.

Il progetto formativo qui esposto si è avvalso delle seguenti competenze:

1. Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara per la ricerca valutativa e l'audit clinico,
2. Azienda Usl Ravenna per la metodologia statistica applicata con Epi-Info,
3. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la ricerca e la docenza in campo EBM/EBN, l'epidemiologia clinica e la statistica.

Le attività didattiche si sono tenute in due edizioni parallele, una a Bologna (S.Orsola) ed una fra Ferrara e Ravenna. Le attività sono iniziate nella primavera del 2010, per una durata complessiva di un anno. Sono stati attribuiti crediti ECM sia per l'anno 2010 che il 2011.

I destinatari sono stati professionisti impegnati nelle strutture di Ricerca e Innovazione, Formazione, Qualità, Clinical Effectiveness, Governo Clinico, Direzione Medica o Assistenziale, Gestione del Rischio delle proprie aziende, oppure professionisti coinvolti in processi clinico-assistenziali di dipartimento che in futuro possano essere impegnati come "facilitatori" di Ricerca Valutativa e Audit Clinico. Perciò la partecipazione al corso prelude ad una prospettiva di attività di supporto ad audit, anche negli anni successivi, e per le aziende che inviano partecipanti si apre una prospettiva di lavoro in rete.

L'impegno per i partecipanti è stato di circa 20 giornate in aula (suddivise in moduli del tipo "Venerdì + Sabato mattina"), cui si sono aggiunte 40 ore di formazione a distanza e lo svolgimento di un project work nella propria azienda, supervisionato dai docenti del corso .

L'individuazione delle tematiche sulle quali svolgere i project work è spettata sostanzialmente alle Direzioni Aziendali con indicazione di ambiti tematici di interesse aziendale.

Per ulteriori informazioni consultare la sezione "Audit Clinico" del sito www.ospfe.it

Programma di ricerca Regione-Università 2007-2009

Anno 2009

Area 3 - "Formazione alla ricerca e creazione dei research network"

Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara "Arcispedale S. Anna"

Titolo: "L'Audit come strumento per identificare le priorità di ricerca" – Corso Avanzato di Formazione per Facilitatori dell' Audit Clinico e della Ricerca Valutativa

Titolo breve: Corso Facilitatori Audit e Ricerca Valutativa

Responsabile Scientifico

Nome e Cognome: **Dr. Ulrich Wienand**

Istituzione di appartenenza: Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Qualifica professionale: Responsabile Struttura "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione"

Indirizzo: c.so Giovecca 203, 44100 Ferrara

Telefono: 346 6962018

Fax: 0532 237081 E-mail: u.wienand@ospfe.it

Responsabile Amministrativo

Nome e Cognome: **Dott.ssa Giulia Bertelli**

Istituzione di appartenenza: Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Qualifica professionale: Coll. Amm.vo "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione"

Indirizzo: c.so Giovecca 203, 44100 Ferrara

Telefono: 0532 236843

Fax: 0532 237718 E-mail: g.bertelli@ospfe.it

Lista delle Unità di ricerca afferenti al Progetto

4. Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, Struttura Semplice "Accreditamento Qualità Ricerca Innovazione" nello Staff della Direzione Generale, Responsabile Dr. Ulrich Wienand
5. Azienda Usl Ravenna, Unità di Epidemiologia, Ricerca & Sviluppo a Staff del Direttore Sanitario, Responsabile Dr. Pasquale Falasca
6. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Struttura "Ricerca e Innovazione, Governo Clinico e Valutazione della Performance Sanitaria", Settore "Governo Clinico", Responsabile Dott.ssa Martina Taglioni

Riassunto

Le attività di ricerca nel sistema sanitario regionale includono anche "l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto". Queste attività comprendono, quindi, la Ricerca Valutativa (RV) e l'Audit Clinico (AC). Esistono numerose evidenze che i programmi di RV e AC, nelle aziende sanitarie, hanno successo solo se supportati da professionisti metodologicamente competenti, spesso chiamati facilitatori.

La figura del facilitatore deve includere nella propria "cassetta degli attrezzi" le basi metodologiche dell'audit e della epidemiologia valutativa, oltre ad alcune tecniche strumentali di elaborazione e gestione dei dati e a determinate competenze comunicative.

Gli obiettivi sono:

- la formazione di 50 facilitatori appartenenti al Ssr, con la possibilità di aggiungere 10 discenti provenienti da altre regioni,
- la creazione e validazione di un percorso formativo riproducibile, adatto alle esigenze di aziende ospedaliere e territoriali,
- l'elaborazione chiara della distinzione fra ricerca, ricerca valutativa e audit clinico.

Il progetto formativo qui esposto si avvale delle competenze riconosciute di:

1. Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara per la ricerca valutativa e l'audit clinico,
 2. Azienda Usl Ravenna per la metodologia statistica applicata con Epi-Info,
 3. Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la ricerca e la docenza in campo EBM/EBN, l'epidemiologia clinica e la statistica,
- delle competenze dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romana e della collaborazione con lo Sheffield Teaching Hospitals NHS Trust.

Dettagliata descrizione degli obiettivi primari e secondari del progetto e dei destinatari (loro numero e caratteristiche)

Nel recente documento "La ricerca come attività istituzionale del Servizio Sanitario Regionale"¹ vengono distinte due tipologie di attività di ricerca:

- acquisizione di conoscenze generabili rivolte alla comunità scientifica, e
- acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto.

La seconda tipologia comprende

- a) la verifica dell'appropriatezza clinica, dell'accessibilità e di altre dimensioni rilevanti della qualità,
- b) la valutazione della introduzione di importanti elementi di cambiamento nei processi assistenziali e/o nell'organizzazione dei servizi.

Analoga distinzione viene fatta dagli autori britannici fra "*service/practice evaluation*" (b) e "*clinical audit*" (a).^{2,3}

Da una recente analisi di 21 definizioni del termine "Audit Clinico" emerge che "...la maggior parte delle definizioni sottolinea che si tratta di una attività di valutazione strutturata relativa alla qualità professionale/clinica, nei suoi aspetti di processo ed esito, finalizzata ad indurre miglioramenti"⁴

¹ Assessorato regionale alle politiche per la salute – Regione Emilia Romagna, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale (2009). La ricerca come attività istituzionale del Servizio Sanitario Regionale. Bologna, 7.7.2009

² Patel V, Jenkins J. (2009) Clinical Audit in Great Britain Today. Relazione al 4° Workshop Italiano sull'Audit Clinico. Crema (CR) 5.6.2009

³ Wienand U. (2009) Audit Clinico in Italia e in Gran Bretagna - come promuovere programmi di Audit nelle aziende italiane? Panorama della Sanità, n.26, luglio 2009, 36-38

Paxton ritiene che la differenza sostanziale fra audit e ricerca stia nello scopo, vale a dire "l'uso cui le informazioni generate vengono destinate".⁵

L'attuale chairman del NCAAG⁶, Prof. Nick Black, delinea già nel 1992 un rapporto dialettico fra le due attività: "La ricerca valutativa e l'audit sono attività distinte con scopi differenti. Esse sono comunque correlate fra loro...: la ricerca fornisce una basilare definizione degli standard di qualità per l'audit, e l'audit può fornire dati di buona qualità per una ricerca non-sperimentale, valutativa.."⁷

E' assunto di base del presente progetto che entrambe le attività vadano governate a livello aziendale (dal Collegio di Direzione e dalle strutture a suo supporto) e che necessitino di competenze metodologiche particolari, in parte sovrapponibili fra (a) e (b), sottolineando il carattere localistico dei contenuti, ma universale del metodo.

Esistono numerose evidenze che, pur in presenza di un *commitment* del management e di un impegno qualificato dei clinici, i programmi di RV e AC hanno successo solo se supportati da professionisti metodologicamente competenti, spesso chiamati "*facilitators*".

Gli **obiettivi primari** del presente progetto di formazione sono

1. trasferire competenze metodologiche ad un gruppo di professionisti della sanità provenienti dalle aziende sanitarie della Regione, a prescindere dal ruolo che essi rivestono nell'organizzazione di appartenenza, per poter essere utilizzati nelle proprie aziende per un supporto qualificato alle attività di audit clinico (AC) e ricerca valutativa (RV),
2. sistematizzare l'audit clinico come strumento per l'esercizio di governo clinico nel contesto dei Dipartimenti per l'individuazione di aree di miglioramento, la promozione dell'innovazione e la valutazione dei cambiamenti introdotti nei processi assistenziali,
3. sottoporre lo stesso percorso formativo ad una valutazione riproducibile ed esplicita, per una eventuale futura standardizzazione e trasferibilità nelle aziende/aree vaste,

mentre gli **obiettivi secondari** sono

4. elaborare con chiarezza la distinzione fra ricerca, RV e AC,
5. adeguare la progettazione formativa alle caratteristiche di interprofessionalità e le esigenze dei contesti di ospedale, territorio e "continuità ospedale e territorio",
6. redigere e valutare un guida metodologica alla progettazione e alla conduzione dell'AC enfatizzando l'individuazione dei fattori di ostacolo al cambiamento, la definizione degli strumenti appropriati in grado di rimuoverli e la valutazione degli strumenti/ processi di implementazione,
7. esaminare metodi e misure per valutare il cambiamento delle pratica che possono essere usate nelle organizzazioni sanitarie e nel sistema sanitario per monitorare l'impatto dell'implementazione delle linee guide sull'assistenza e sugli outcomes del paziente/utente
8. sviluppare infrastrutture di network per estendere e far crescere obiettivi operativi nella clinica e in specifici setting.

Destinatari

Ogni figura sanitaria e/o tecnico professionale che sia impegnata nelle strutture di Ricerca e Innovazione, Formazione, Qualità, Clinical Effectiveness, Governo Clinico, Direzione Medica o Assistenziale, Gestione del Rischio delle proprie aziende, oppure professionisti coinvolti in processi clinico-assistenziali di dipartimento che in futuro possano essere impegnati come "facilitatori" di RV e AC.

⁴ Wienand U. (2009). Audit Clinico: che cosa è e che cosa non è. L'uso inappropriato del termine depaupera il metodo. QA, 19, 2, 82-90.

⁵ Paxton R. (2006) Research, audit and quality improvement. Int Journal Healthcare Qual Ass. 19: 105 – 111

⁶ National Clinical Audit Advisory Group

⁷ Black N. (1992) The relationship between evaluative research and audit. Journal of Public Health. 14: 361-366.

Possono partecipare 50 persone dalle aziende della Regione Emilia-Romagna (nonchè dell'Assr) ed un massimo di 10 persone da altre regioni. La tassa di iscrizione per i professionisti della Regione sarà coperta dal finanziamento del Progetto Regione-Università. Sono riservati 7 posti per ciascuna delle aziende: Osp. Univ. di Ferrara, Osp. Univ. di Bologna, Az. Usl di Bologna, Az. Usl di Ravenna. I requisiti per l'ammissione dei partecipanti comprendono la laurea, conoscenze di evidence based medicine, competenze informatiche e di ricerca su PubMed, conoscenza della lingua inglese.

Conoscenze già disponibili sull'argomento e nuove informazioni che il progetto intende produrre

Ci sono alcuni importanti fattori che possono pregiudicare la riuscita di un progetto di AC o RV:

- mancanza di un approccio coordinato e di integrazione con altre attività di miglioramento,⁸
- inadeguata preparazione del personale che partecipa e scarsa comprensione del metodo,⁹
- mancata expertise, progettazione povera, difficoltà con la definizione degli standard (AC), inappropriata raccolta dati, mancanza di strumenti validi, mancanza di uno staff di supporto preparato¹⁰.

"I facilitatori hanno bisogno di competenze nel disegno degli studi, nella raccolta, nel computo e nell'analisi statistica dei dati... Questi bisogni formativi dovrebbero essere esplicitamente riconosciuti e bisognerebbe mettere a disposizione delle risorse per avviare i facilitatori a corsi appropriati."¹¹

Le caratteristiche tecniche di AC e RV possono, infatti, presentare delle difficoltà operative: il calcolo della dimensione del campione, l'estrazione casuale dello stesso da una base dati, la raccolta riproducibile e valida di dati, la loro analisi statistica e la predisposizione di report periodici per monitorare il miglioramento dovuto agli sforzi del team dalla variabilità di fondo¹². Spesso si corre il rischio di doversi affidare ad esperti dell'uso di avanzati software statistici, con persistenti dubbi sulla qualità dei propri risultati. Molte di questi problemi pratici sono stati risolti, adottando un approccio basato su esercitazioni pratiche che simulano le situazioni reali¹³ e attraverso l'acquisizione diretta di una serie di abilità veicolate dall'uso di Epi Info¹⁴. Recentemente si sono sviluppate con successo alcune iniziative per applicare Epi Info per favorire l'esecuzione di alcune fasi del ciclo dell'audit clinico¹⁵.

Dalle evidenze di cui sopra emerge il profilo del facilitatore (vd. sotto) come elemento di sinergia fra audit e ricerca. Il presente progetto di formazione è focalizzato sull'acquisizione degli skill metodologici, statistici e comunicativi di questo profilo.

⁸ Joanna Briggs Institute (2002). Acute care clinical auditing manual. Adelaide: Joanna Briggs Institute.

⁹ National Institute for Clinical Excellence, CHI, Royal College of Nursing, University of Leicester (2002). Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd.

¹⁰ Johnston G., Crombie I.K., Davies H., Millard A. (2000) Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*. 9:23-36.

¹¹ *ibid.*

¹² Ogilvie G, Walsh A, Rice S, The Problem-based Medical Audit Program: Influence on Family Practice Residents' Knowledge and Skills *Educational Research and Methods Fam Med* 1998;30(6):417-20

¹³ World Health Organisation. Problem-based training exercises for environmental epidemiology, group based exercises for students. Geneva, March 1992

¹⁴ Dean AG, Dean JA, Burton AH, Dicker RC. Epi Info™: a general purpose microcomputer program for health information systems. *Am J Preventive Medicine* 1991;7:178-82.

¹⁵ Stewart A, Rao JNK. Clinical Audit And Epi Info. *Radcliffe Medical Press*, 2003

Metodologia

Il progetto formativo qui esposto si avvale delle competenze acquisite di 3 aziende:

- Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara per la ricerca valutativa e l'audit clinico,
- Azienda Usl Ravenna per la metodologia statistica applicata con Epi-Info,
- Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna per la ricerca e la docenza in campo EBM/EBN, l'epidemiologia clinica e la statistica, delle competenze dell'Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romana e della collaborazione con lo Sheffield Teaching Hospitals NHS Trust.

Strutture e risorse disponibili

L'azienda ferrarese ha svolto fra il 2006 e 2007 un progetto di incentivazione alla modernizzazione "Introduzione sistematica della pratica dell'Audit Clinico come strumento di Governo Clinico", in seguito al quale tutte le UU.OO. hanno svolto almeno un audit negli ultimi due anni. Da allora l'azienda è, inoltre, punto coordinatore del "Network Italiano Audit Clinico" cui partecipano 8 aziende sanitarie italiane ed ha contribuito all'organizzazione di iniziative formative in 18 fra aziende, università e regioni italiane nonché all'organizzazione degli annuali "Workshop Italiani sull'Audit clinico". All'interno del Progetto Regione-Università, nell'area 3, ha organizzato il "Master per la Ricerca Organizzativa nelle Strutture Sanitarie" che si concluderà a fine 2009.

L'Ausl di Ravenna ha svolto nel 2008 e 2009 due corsi sui metodi e strumenti del Governo Clinico diretto ai referenti dipartimentali (medici ed infermieri) e ai Responsabili dei Nuclei di Cure Primarie contenente un modulo applicativo sul campo con la conduzione di un audit clinico. Nell'ottobre 2008 ha organizzato a Bertinoro il corso "Audit clinico con Epi Info per le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Romagna" nell'ambito di un progetto di modernizzazione "Metodologia della ricerca scientifica, tra analisi delle conoscenze e bisogni assistenziali" di Area Vasta (capofila Ausl di Rimini). Dal 2007 ha avviato un audit clinico aziendale sulla Gestione integrata del Diabete, e dal 2008 un audit sul percorso assistenziale del paziente con evento cerebro-vascolare acuto con l'utilizzazione di Epi Info. Presso l'Ausl di Ravenna lavorano due dei maggiori esperti italiani nell'insegnamento all'uso di Epi Info applicato ai database sanitari.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna contribuisce con le competenze acquisite nel campo dell'EBHC, dell'epidemiologia clinica, del risk management e MMR e dell'audit clinico nonché della collaborazione con l'ASSR e il Master di 2° livello in Promozione e Governo della Ricerca nelle aziende sanitarie.

Profilo del Facilitatore

- ha come riferimento una Funzione aziendale (Ricerca, Innovazione, Qualità, Governo Clinico..)
- collabora con i professionisti/clinici nella progettazione di AC e RV
- effettua ricerche in letteratura su evidenze esistenti, linee guida, standard
- assiste i professionisti/clinici nella definizione degli standard
- progetta questionari e moduli informatici per la raccolta dati
- agevola il ritrovamento della documentazione clinica
- analizza i dati elettronici organizzati per progetti di AC e RV, anche con l'uso di database
- collabora alla stesura di report e presentazioni di AC e RV
- contribuisce alla formazione dei professionisti/clinici su AC e RV
- favorisce la comunicazione fra le parti coinvolte nei progetti di AC e RV
- contribuisce alla gestione dei progetti rispetto a scadenze e mandati
- funge da collegamento per progetti nazionali/regionali di AC e RV
- garantisce la confidenzialità e sicurezza dei dati

Articolazione del Corso

Il Corso qui proposto comprende 21 giornate formative per un totale di 147 ore di aula (lezioni, esercitazioni pratiche e guidate in aula informatica, lavori attivi in gruppo), cui si aggiungono 40 ore di formazione a distanza, 1 workshop con la partecipazione di esperti stranieri e la stesura di un project work con discussione finale. Ci saranno due edizioni parallele del corso:

- una con sede a Ferrara e Ravenna
- una con sede a Bologna.

Le attività di aula si svolgono di Venerdì e Sabato o da Giovedì a Sabato (moduli da 2.5 gg), per un totale di 8 moduli fra Febbraio e Dicembre 2010.

E' prevista la presenza di un tutor didattico per tutta la durata del corso.

FAD

La formazione a distanza, oltre alla fase di valutazione, prevede l'esecuzione di esercitazioni pratiche di consolidamento sulla conduzione di un audit clinico con l'ausilio di Epi Info a partire da dataset di esempio forniti dai docenti, permettendo il rafforzamento di abilità operative come la costruzione di un questionario, l'analisi dei dati e la gestione di database di audit clinici.

Workshop

L'annuale "Workshop Italiano sull'Audit Clinico" con relatori italiani e stranieri farà parte integrante del percorso formativo.

Project Work

Ogni partecipante redigerà un progetto di AC o RV per la propria azienda di appartenenza.

Requisiti di ammissione:

I partecipanti sono professionisti del Sistema Sanitario da almeno 3 anni, hanno esperienze di AC o RV, e sono laureati in:

- a) Laurea "ante riforma" in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria, Medicina veterinaria, Farmacia, Biologia, Scienze Biologiche, CTF, Fisica sanitaria, Sociologia, Scienze politiche, Psicologia, Statistica.
- b) Laurea specialistica nella classe Scienze e tecnologie farmaceutiche,
- c) Lauree specialistiche in medicina e chirurgia, Lauree specialistiche in medicina veterinaria, Lauree specialistiche in odontoiatria e protesi dentaria, Lauree specialistiche nelle scienze infermieristiche e ostetriche, Lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della riabilitazione, Lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie tecniche, Lauree specialistiche nelle scienze delle professioni sanitarie della prevenzione. Laurea specialistica in Sociologia, Laurea specialistica in psicologia, Laurea specialistica in scienze politiche. Laurea specialistica in Biostatistica.

Sono richieste inoltre conoscenze base di Evidence Based Medicine/Nursing, competenze informatiche ed esperienze di ricerca bibliografica.

Viene richiesto la conoscenza della lingua inglese almeno a livello B1.

Le conoscenze richieste vengono accertate tramite una prova di ammissione.

Valutazione

1. Valutazione dell'apprendimento

Tutti i partecipanti ammessi svolgeranno un test di ingresso per poter calibrare i contenuti didattici sulle competenze già presenti e per confrontare il livello di ingresso con quello acquisito alla fine del corso. I test si svolgeranno tramite questionari elettronici predisposti con Epi Info, con analisi dei risultati immediata.

In chiusura ad ogni modulo è previsto lo svolgimento di una prova scritta (prevalentemente con questionari) cui si aggiunge la valutazione della FAD.

Il project work viene valutato da almeno 2 docenti del corso.

2. Valutazione della trasferibilità

Per tutti i moduli è prevista una doppia valutazione della coerenza fra il profilo del facilitatore e le competenze trasmesse: una autovalutazione da parte dei discenti ed una valutazione indipendente e riproducibile.

Comitato d'indirizzo:

Viene istituito un comitato, composto dai Direttori Sanitari (o loro delegati) delle aziende:

- Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Ospedaliero Universitaria di Bologna
- Azienda Usl di Ravenna
- Azienda Usl di Bologna.

Detto comitato avrà funzioni di indirizzo e monitoraggio degli obiettivi didattici.

Trasferibilità dei risultati al contesto sanitario regionale

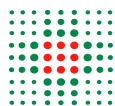
La stessa valutazione del corso rispetto alla sua coerenza con il profilo disegnato, di cui al precedente paragrafo, la appartenenza dei discenti ad aziende diverse del Ssr ed la continua prova di applicabilità tramite i project work, la composizione delle aziende organizzatrici (una ospedaliero-universitaria ed una territoriale) danno garanzia che la metodologia ed i risultati del progetto non siano influenzate da determinanti localistici.

Tutti gli output concreti (progetto didattico, materiale didattico, strumenti di valutazione, elaborati particolari) saranno a messo a disposizione delle aziende sanitarie della Regione per un uso futuro.

Se rilevante ed applicabile al progetto, specificare modalità di riconoscimento Accademico ed ECM

Verrà chiesta l'attribuzione dei crediti ECM tramite l'Ufficio Formazione ed Aggiornamento dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara.

Le parti del corso che emergono dalla valutazione come coerenti con il profilo di "Facilitatore" potranno essere prese come riferimento futuro ("standard") per corsi simili nella Regione.



Syllabus – Programma del corso

1. Audit Clinico e Ricerca Valutativa	<ul style="list-style-type: none"> - Tipologie di ricerca in sanità – ricerca valutativa e audit clinico - Governo della ricerca nel Servizio Sanitario Regionale - Ricerca e Audit Clinico nel governo dei processi clinici - Gli aspetti etici - Il Simple Rules Toolkit di Sheffield
2. Audit Clinico	<ul style="list-style-type: none"> - Identificare ambito e scopo di un audit - Criterio - indicatore - standard - Indicatori di processo ed esito - Predisposizione della raccolta dati - Indagini retrospettive / prospettiche - Analisi e presentazione dei risultati - Re-audit - Strumenti per il cambiamento - Confidenzialità e sicurezza dei dati - Fattori favorevoli ed ostacolanti per lo svolgimento dell'audit Clinico - Ruolo della committenza - Multiprofessionalità
3. Statistica e Epi-Info	<ul style="list-style-type: none"> - Stima di grandezza del campione - Procedure di randomizzazione - Modalità di raccolta e verifica dei dati - Pianificazione della metodologia statistica - Analisi dei dati: frequenza e intervalli di confidenza - Gestire le basi dati - Generare tabelle di dati sintetici e calcolare tassi - Produzione sistematica di report
4. Uso delle evidenze scientifiche	<ul style="list-style-type: none"> - Uso di Pub Med ed altre banche dati - Analisi e meta-analisi delle evidenze scientifiche - Ricerca e scelta delle linee-guida – AGREE - Applicazione locale delle Linee Guida - La ricerca sull'implementazione
5. Ricerca Valutativa	<ul style="list-style-type: none"> - Barriere al cambiamento - Coinvolgimento degli stakeholders - Valutazione del contesto - Interventi e strumenti per il cambiamento - Ricerca valutativa sui cambiamenti clinico – organizzativi - Innovazione nell'assistenza - Strategie di implementazione e valutazione dell'impatto - SQUIRE
6. Soft skills	<ul style="list-style-type: none"> - Strumenti per la gestione di un gruppo orientato al compito - Tecniche di project management - Programmazione temporale (Gantt, PERT) - Verifica dei risultati del progetto
Project Work	<ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione e conduzione di un progetto nella propria azienda - Incontri di supervisione a piccoli gruppi con i docenti nella fase di stesura del progetto, raccolta dati ed analisi dati - Report scritto sul Project Work
Formazione a distanza	<ul style="list-style-type: none"> - Letture di approfondimento scelte per ogni modulo del Corso
Workshop Italiano "Audit Clinico"	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione al 5° Workshop Italiano sull'Audit Clinico (Bertinoro)
Verifica dell'apprendimento	<ul style="list-style-type: none"> - Prove scritte trimestrali - Valutazione del Project Work

Diario didattico

[01] Letture di base 14/3/2010 Tutti i gruppi

Tutti gli ammessi al Corso hanno letto alcuni testi introduttivi prima dell'inizio delle attività didattiche.

Nella pagina Web dedicata all'Audit Clinico del sito www.ospfe.it sono depositate le letture di base (obbligatorie) e di approfondimento da leggere prima del test di ingresso.

Letture di base:

- Benjamin - Audit: how to do it in practice
 - Wienand - Audit clinico: che cosa è e che cosa non è
 - SIQuAS – Raccomandazioni sull'Audit Clinico (Fattori favorevoli e barriere)
 - SIQuAS – Raccomandazioni sull'Audit Clinico (Multiprofessionalità e multidisciplinarietà)
 - SIQuAS – Raccomandazioni sull'Audit Clinico (Scelta del tema)
-

[02] Conferenza iniziale 26/3/2010 Tutti i gruppi

Il corso è stato inaugurato con un evento pubblico il 26 Marzo 2010 a Bologna.

Sono intervenuti:

- Roberto Grilli (Direttore Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna)
- Marco Biocca (Responsabile Comunicazione, Documentazione e Formazione dell'Agenzia Sanitaria e Sociale)
- Francesco Ripa di Meana (Direttore Generale Azienda Usl di Bologna)
- Tiziano Carradori (Direttore Generale Azienda Usl di Ravenna)
- Vittorio Basevi (Ceveas Modena)
- Pasquale Falasca (Responsabile Epidemiologia e Ricerca Azienda Usl di Ravenna)
- Ulrich Wienand (Responsabile Scientifico del Progetto).

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:

Basevi 26-3-10.pdf (Medicina fondata sulle prove e audit clinico)

Biocca 26-3-10.pdf (Il riconoscimento dell'audit clinico come formazione sul campo)

Falasca 26-3-10.pdf (Audit clinico e le future trasformazioni della knowledge society)

Wienand 26-3-10.pdf (L'importanza dell'Audit Clinico oggi in Italia - Presentazione del Corso)

[03] Introduzione al corso 26/3/2010 Gruppo Bo, 27/3/2010 Gruppo Fe-Ra

Introduzione al corso. Presentazione del programma, degli obiettivi, dei contenuti e della metodologia. Rilevazione conoscenze e competenze iniziali. Le aspettative verso il corso. Il ruolo del facilitatore.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:

Falasca 27-3-10.pdf (Epi info per l'audit clinico e la valutazione)

Allegato negli attachments la sintesi delle aspettative espresse durante il primo incontro da entrambi i gruppi.

[04] "PubMed" 12/4/2010 Gruppo Ra, 15/4/2010 Gruppo Fe, 22/4/2010 Gruppo Bo

Che cosa è PubMed? Il dizionario MeSH, la ricerca avanzata. Operatori booleani. Il Journal Database, Single Citation Matcher ed il bookshelf.

Usare "limits". My NCBI. Salvare, combinare e spedire ricerche. Trovare revisioni sistematiche e meta-analisi. Ricerca per autore. Google scholar.

[05] Wienand 16/4/2010 Gruppo Fe-Ra, 23/4/2010 Gruppo Bo

Terminologia. Il ciclo dell'audit. Che cosa non è un audit clinico? Storia e diffusione internazionale. Esempi di audit effettuati in altre aziende.

Identificare lo scopo di un audit clinico. Scegliere l'ambito dell'audit clinico. Audit e Linee Guida Cliniche. Quando non conviene fare un audit clinico? Criterio – indicatore – standard.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:

Wienand 16-4-10.pdf (Slide della lezione)

Wienand Scheda Progettazione Audit.rtf

[06] Descovich 17/4/2010 Gruppo Fe-Ra, 24/4/2010 Gruppo Bo

Uno degli elementi critici nella strutturazione di un audit clinico è di assicurare standard di riferimento robusti rispetto a cui misurare la nostra pratica clinica.

In questa lezione verrà illustrata l'anatomia dell'informazione scientifica a cui rivolgersi per reperire questi standard e alcuni riferimenti pratici su come districarsi fra le tante opzioni degli strumenti disponibili col web 2.0

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:

Descovich 17-4-10.pdf (Slide della lezione)

[07] Chiari e Iovine 7/5/2010 Gruppo Fe-Ra, 14/5/2010 Gruppo Bo

Nel corso della prima parte dell'incontro sono illustrate le caratteristiche che devono possedere le linee guida per essere giudicate come Evidence-Based; è descritto il processo di adattamento locale di una linea guida e sono mostrate alcune tecniche di ricerca delle linee guida nei più importanti siti web nazionali ed internazionali. Successivamente è descritto lo strumento di valutazione della qualità delle linee guida: AGREE. Nella seconda parte dell'incontro agli studenti sarà fornita una linea guida in italiano che dovranno valutare con lo strumento AGREE per definirne i livelli di qualità.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:

2010-05-07 Chiari e Iovine.pdf (Slide della lezione)

Esercitazione Check list.pdf

Esercitazione Linea guida.pdf

[08] Baronciani 8/5/2010 Gruppo Fe-Ra, 28/5/2010 Gruppo Bo

Nella definizione della prassi che caratterizza il proprio contesto quale ruolo hanno i dati quantitativi e quelli qualitativi ? Vengono presi in esame i maggiori punti critici relativi alla interpretazione dei dati quantitativi e presentato un modello, sperimentato nell'area perinatale, per la definizione dei diversi contesti in relazione alle misure di processo. Tale modello potrebbe essere riprodotto in audit relativi alle strutture dipartimentali.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:
2010-05-08 Baronciani.pdf (Slide della lezione)

[09] Basevi 15/5/2010 Gruppo Bo, 21/5/2010 Gruppo Fe-Ra

Audit in presenza di aree grigie.

La presenza di quelle che vengono definite aree grigie nell'informazione prodotta dalla ricerca genera difficoltà a individuare standard assistenziali e condiziona le attività valutative. Questo tema viene affrontato utilizzando come traccia la metodologia GRADE per l'elaborazione di linee guida. Attraverso una valutazione multidimensionale delle informazioni disponibili, GRADE produce raccomandazioni la cui forza non discende esclusivamente dalla qualità delle prove di efficacia e rappresenta un modello di come – anche all'interno di aree grigie – sia possibile individuare trattamenti con un favorevole rapporto benefici/danni.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it
2010-05-21 Basevi slide.pdf (Slide della lezione ingrandite e complete)
Esercitazione.pdf
Esercitazione RCOG 2007 .pdf
Letture consigliate.pdf

[10] Wienand 21/5/2010 Gruppo Fe-Ra

E' stato concluso il lavoro, iniziato in Aprile, di progettare le prime fasi di un Audit Clinico su un caso aziendale simulato. Per ricomporre il percorso didattico delle precedenti settimane si sono percorse nuovamente le fasi 1 e 2 dell'audit, approfondendo alcune tematiche emerse: criteri di processo e di esito, rapporto fra indicatori, audit e root cause analysis.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it
Risultato dell'esercitazione "Dott. Mansueto".

[11] Wienand 22/5/2010 Gruppo Fe-Ra, 29/5/2010 Gruppo Bo

La fase 3 dell'audit clinico: preparazione alla raccolta dati. Audit retrospettivi e prospettici. Le dinamiche psicologiche ed i ruoli nell'Audit Clinico. Preparazione al Project Work.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

Ruoli nell'Audit.pdf

Cerchio Audit new.ppt

Allegato pdf con materiale utile per la scelta del tema dell'Audit per l'azienda di Ravenna

[12] Falasca 28/5/2010 Gruppo Bo

Modulo di campionamento statistico

Le tecniche di campionamento statistico sono un importante strumento dell'audit clinico. In particolare per apprendere la logica utilizzata dall'inferenza statistica al fine di individuare e utilizzare correttamente il piano di campionamento e le tecniche per il dimensionamento e la selezione del campione.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

2010-05-28 Falasca.pdf (Slide della lezione)

[13] Dixon 3/6/2010 Tutti i gruppi

Discussione in gruppi di lavoro dei vari progetti di Audit mettendo in luce le principali difficoltà metodologiche, poi affrontate con la dott.ssa Dixon

Per tutto il modulo era garantita la traduzione inglese-italiano e viceversa.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

I problemi emersi elaborati dal dott. Wienand

Le slide della dott.ssa Dixon

[14] 5° Workshop Italiano sull'Audit Clinico al Centro Residenziale Universitario di Bertinoro 4-5/6/2010 Tutti i gruppi

Sessione venerdì 4 mattina 10.00-13.00

9.30-10.00 Ulrich Wienand (Ferrara): L'Audit Clinico come elemento dei Sistemi Qualità

10.00-11.30 Nancy Dixon (GB): Audit and Research

11.30-12.00 Daniela Ranocchia (PG): Le raccomandazioni sull'Audit Clinico, basate sulle evidenze

12.00-12.30 Giuseppe Venturini (RA): Gli aspetti legali nella conduzione di un Audit Clinico

12.30-13.00 Confronto tra pubblico ed esperti (moderatore P. Falasca)

Sessione venerdì 4 pomeriggio 14.30-17.00

14.30-15.00 Marco Geddes della Filicaia (FI): I principi etici e razionali alla base dell'audit

15.00-15.30 Pasquale Falasca (RA): Audit Clinico con Epi-Info

15.30-16.00 Ester Sapigni (BO): La pratica dell'audit Clinico nelle Commissioni
Terapeutiche Provinciali

16.00-17.00 Dante Baronciani (MO): L'audit regionale in Neonatologia

Sessione sabato 5 mattina 9.00-13.00

9.00-10.30 Richard Hobbs (GB): Practical recommendations for putting the guidelines in
the practice

10.30-11.30 Franco Del Zotti (VR): L'esperienza di Netaudit

11.30-12.00 Domenico Tangolo (TO): La formazione dei facilitatori nella Medicina Generale
della Regione Piemonte

12.00-13.00 Confronto tra pubblico ed esperti (moderatore D.Ranocchia)

Tutto il materiale è a disposizione nella pagina Web

<http://www.ospfe.it/il-professionista/audit-clinico/quinto-workshop-2010>

Supervisione del Project Work

I singoli gruppi di project work si sono incontrati con i propri supervisor per avere
supporto nella stesura del progetto definitivo.

Supervisor: U. Wienand, P. Falasca, A. Apicella, D. Ranocchia

[15] Dixon 3-4/9/2010 Gruppo Fe-Ra, 8-9/10/2010 Gruppo Bo

Creare un team per il lavoro dell'audit clinico. Lavorare con il team dell'audit. Processi
decisionali e strumenti di prioritarizzazione. Motivare i colleghi ad imparare l'audit Clinico.
Force field analysis. Spiegare l'audit clinico. Pianificare l'audit con gli strumenti del Project
Management. Come gestire un progetto di Audit.

Per tutto il modulo era garantita la traduzione inglese-italiano e viceversa.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it:

Il file "2010-09-03 Dixon.zip (1,4 MB)" che contiene le slides delle lezioni.

Il risultato delle esercitazioni dei gruppi.

Slides che potete usare per INFORMARE i colleghi ecc. su "che cosa è un audit clinico e
come funziona" (possono essere modificate, integrate, tagliate in base alle specifiche
esigenze).

Il prospetto tradotto sulle azioni da compiere per svolgere l'audit

La traduzione delle istruzioni operative presenti nel fascicolo distribuito a lezione

[16] Falasca 17/9 + 1-2/10/2010 Gruppo Fe-Ra, 10-24-25/9/2010 Gruppo Bo

Tipi di campo e variabili, variabili e scale di misura

Sono state trattate le conoscenze per saper usare Epi Info come strumento per coadiuvare un Audit Clinico. Tra le conoscenze sono state trattate:

- definire operativamente una variabile e distinguere le varie scale di misura,
- affrontare i principali problemi per la costruzione delle maschere di registrazione dei dati;
- selezionare una base dati per derivare la popolazione in studio;
- calcolare la dimensione del campione;
- generazione di una lista di numeri casuali;
- estrazione automatica del campione da una popolazione;
- creare una maschera a partire da una base dati (es. SDO);
- saper "leggere" un data base Epi Info, "importare" o "esportare" i dati da/ad altri formati;
- costruire una distribuzione di frequenza per la analisi preliminare dei dati raccolti.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

Variabili e campi.pdf (slide collegate alla lezione)

Variabili e scale di misura.pdf (slide collegate alla lezione)

Introduzione statistica.zip (le letture introduttive alle lezioni)

Il file "Creare una maschera da una tabella dati"

[17] Venturini 11/9/2010 Gruppo Bo, 18/9/2010 Gruppo Fe-Ra

Aspetti medico legali nella gestione di un Audit clinico

Gli aspetti medico legali nella gestione di un Audit clinico si incentrano in quei risvolti di natura giuridica, deontologico che possono emergere dalle risultanze. Le implicazioni attengono ai doveri di eventuale denunce all'autorità giudiziaria, al rispetto dei codici di deontologia da parte dei professionisti interessati, del rispetto del codice della Privacy., nonché del rispetto delle disposizioni interne dell'azienda sanitaria su specifiche problematiche disciplinate da specifici provvedimenti su tematiche procedurali

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

Slides della lezione

Supervisione del Project Work

I singoli gruppi di project work si sono incontrati con i propri supervisori per avere supporto nella raccolta dati.

Supervisori: U. Wienand, P. Falasca, A. Apicella, D. Ranocchia

[18] Falasca 14-15/1/2011 Gruppo Bo 21-22/1/2011 Gruppo Fe-Ra

Analisi statistica con Epi-info

Le lezioni di Epi Info di gennaio 2011 sono state dedicate alla definizione del processo di analisi statistica dei dati raccolti nel proprio audit clinico attraverso la pratica e l'esercitazione in aula delle seguenti abilità di analisi statistica con Epi info:

- Costruire una distribuzione di frequenza e i relativi diagrammi
- Calcolare le principali misure di posizione e di dispersione
- Commentare i vantaggi e gli svantaggi delle diverse misure e in particolare dei percentili
- Costruire una tabella a doppia entrata
- Definire il concetto di significatività statistica
- Definire il concetto di intervallo di confidenza e calcolare i limiti di confidenza delle principali misure

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

Slides della lezione

File "HQIP - An Introduction to Statistics for Clinical Audit"

[19] Dixon 4-5/2/2011 Tutti i gruppi

Gestire e presentare i risultati di un Audit Clinico. Problemi nella presentazione di un audit. Usare run charts per analizzare la variabilità. Cause comuni e cause speciali. Analisi dei problemi relativi alla qualità dell'assistenza. Strumenti per l'analisi: Ishikawa, "5 perché", Analisi dei processi. Le evidenze sull'efficacia delle azioni correttive. Pianificare il miglioramento. Il re-audit.

Per tutto il modulo era garantita la traduzione inglese-italiano e viceversa.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

File "2011-02-05 Dixon.zip (2,2 MB)" che contiene le slides delle lezioni e gli esercizi di gruppo.

Supervisione del Project Work

I singoli gruppi di project work si sono incontrati con i propri supervisori per avere supporto nella analisi dei dati.

Supervisori: U. Wienand, P. Falasca, A. Apicella, D. Ranocchia

**[20] Conferenza e workshops sul Significant Event Audit - SEA -
14-15/2/2011 Tutti i gruppi, aperto ai Risk Manager della Regione**

L'obiettivo della conferenza è stato acquisire conoscenze sul SEA come strumento della Gestione del Rischio, sulle differenze rispetto ad altri strumenti (RCA, Audit Clinico) e conoscenze relative alla Gestione del Rischio nell'ambito delle Cure Primarie.

Sessione lunedì 14 mattina 10.00-13.00

10.00–10.30 R. Cinotti (BO) - U. Wienand (FE): Benvenuto ed introduzione

10.30–11.15 M. Pringle (GB): "Seven Steps to Patient Safety in General Practice"

11.15–11.30 Domande e risposte

11.30–12.15 C. Johnson (GB) - S. Leyshon (GB) "Significant Event Audit" (SEA):

Definizione di SEA, 7 passi del SEA, Come scrivere un report di SEA

12.15–13.00 Domande e risposte Pringle/Johnson/Leyshon

Successivamente, in 2 Workshop a edizioni parallele (14/2 14.00-17.30 e 15/2 9.00-12.30), i partecipanti (max 25 per ogni edizione) hanno imparato a svolgere un SEA tramite un lavoro attivo in piccoli gruppi sotto la guida dei docenti britannici Pringle/Johnson/Leyshon

Per tutta la conferenza, i workshops e i lavori di gruppo era garantita la traduzione inglese-italiano e viceversa

Materiale messo a disposizione dei partecipanti

-Slides degli interventi della conferenza

-Guida ad un SEA efficace

-Guida rapida per la conduzione di un SEA

-Modello per la discussione di un SEA

-Sette fasi per la sicurezza nell'ambito delle cure primarie

[21] Baronciani 25-26/2/2011 Gruppo Bo, 4-5/3/2011 Gruppo Fe-Ra

Nel modulo vengono affrontati tre passi del ciclo dell'audit:

-il metodo con cui selezionare le raccomandazioni da implementare in base alle criticità individuate, ovvero al divario esistente tra la prassi adottata nel contesto e le raccomandazioni basate su prove di efficacia

-l'analisi dei fattori di ostacolo che rendono difficile l'adozione della raccomandazione nel singolo contesto. Viene presentata una tassonomia dei fattori di ostacolo e alcuni strumenti per facilitare il coinvolgimento dei professionisti clinici nella individuazione delle barriere

-definizione di azioni e strumenti atti a rimuovere fattori di ostacolo e problematiche relative alla revisione della letteratura scientifica riguardante l'efficacia degli interventi.

Materiale a disposizione nell'area riservata del sito www.exaform.it

File "2010-03-05 Baronciani.zip (7 MB)" che contiene le slides delle lezioni e gli esercizi.

[22] Wienand e Ballini 11-12/3/2011 Tutti i gruppi

Tipologie di ricerca in sanità – ricerca valutativa e audit clinico. Governo della ricerca nel Servizio Sanitario Regionale. Ricerca e Audit Clinico nel governo dei processi clinici. Gli aspetti etici. Il Simple Rules Toolkit di Sheffield. Ricerca valutativa sui cambiamenti clinico – organizzativi. Innovazione nell’assistenza. Strategie di implementazione e valutazione dell’impatto. SQUIRE.

Il problema della confidenzialità dei risultati di un Audit Clinico.

Materiale a disposizione nell’area riservata del sito www.exaform.it

Slides lezione Wienand Audit Clinico e Ricerca.pdf

Slides lezione Ballini Programma miglioramento qualità assistenza.pdf

Strumento SQUIRE e doc. ORi "Modello per la rendicontazione dei progetti aziendali"

Supervisione del Project Work

I singoli gruppi di project work si sono incontrati con i propri supervisori per avere supporto nella stesura del report.

Supervisori: U. Wienand, P. Falasca, A. Apicella, D. Ranocchia

[23] Letture di approfondimento 7/3/2011 Tutti i gruppi

Saranno inserite nei test finali ulteriori domande su queste letture

-Guida rapida per conduzione SEA.pdf

-SEA Sette passi per la sicurezza dei pazienti

-Morosini, Le 10 "C" per valutare l’efficacia degli interventi sanitari

-Maccacaro, Introduzione alla Biometria

-HQIP - An Introduction to Statistics for Clinical Audit

-Martin et al., Intervalli di confidenza

[24] Evento pubblico di chiusura 8/4/2011 Tutti i gruppi

9.30 Andrea Gardini: Apertura dell’evento

9.45 Carlo Lusenti: "Gli standard professionali nella politica sanitaria della Regione Emilia-Romagna"

10.15 Nancy Dixon: Lezione magistrale sui "Fattori di successo per un Audit Clinico oggi"

11.15 Ulrich Wienand: Il progetto regionale "L’Audit come strumento per identificare le priorità di ricerca"

11.35 Gabriele Rinaldi: "Strumenti del miglioramento della qualità professionale nella strategia aziendale"

11.55 Mario Cavalli: "L’Audit Clinico nel governo dei processi dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna" (da confermare)

12.15 Roberto Grilli: "L’audit Clinico fra Ricerca e Miglioramento"

[25] Chiusura del Corso 8-9/4/2011 Tutti i gruppi

Valutazione della qualità di un Audit Clinico.
Prove finali di apprendimento. Discussione finale.

**Abstracts dei progetti di Audit Clinico elaborati dai
partecipanti**

Profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente chirurgico di elezione

Doretta Chendi, Dirigente Medico, UO Chirurgia Pediatrica AOU di Ferrara
Gloria Giancesini, CPSE, Sala Operatoria Ortopedia AOU di Ferrara

OBIETTIVO

Osservare - ad un anno dalla distribuzione - l'applicazione aziendale della Linea Guida di Profilassi del Tromboembolismo Venoso (TEV) redatta a cura della Commissione Provinciale del Farmaco e presentata all'Azienda nel Maggio 2009.

CRITERI E METODI

Studio osservazionale retrospettivo dal maggio 2010 in un campione di 119 pazienti ricoverati in sette Chirurgie dell'AOU di Ferrara per intervento chirurgico programmato in *anestesia non neuroassiale*. Il team, multiprofessionale, impegnato attivamente nell'esecuzione dell'Audit è composto da Chirurghi, Anestesisti, Infermieri clinici e due Facilitatori di Audit clinico. I Collaboratori sono un Fisiopatologo della Coagulazione, professionisti della Direzioni medica, delle professioni e farmaceutica.

E' stata valutata l'applicazione dei seguenti CRITERI:

- 1- Individuazione di rischio % TEV ; standard 100%
- 2- Individuazione di rischio emorragico ; standard 100%

In caso di rischio TEV pari o superiore a 10%:

- 3- Esecuzione di prove di funzionalità renale e parametri emocoagulativi ; standard 100%
- 4- Adozione di profilassi coerente per tipologia e tempistica con LG aziendale; standard 100%
- 5- Per rischio non profilassato, evidenza di controindicazione ad effettuarla; standard 100%

La raccolta dati mira ad individuare il numero di pazienti che vengono valutati ed inquadrati nelle tre categorie di rischio TEV (basso, moderato e alto) e l'applicazione di misure preventive meccaniche e/o farmacologiche.

RISULTATI

- L'inquadramento di rischio TEV avviene in un numero ridotto di casi;
- Gli esami laboratoristici vengono effettuati nella quasi totalità dei casi;
- La profilassi meccanica e farmacologica con LMWH viene praticata nella metà circa dei pazienti analizzati;
- Complicanze complessive: circa 5 %

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

- Rielaborazione della LG;
- Creazione di uno strumento agevole per applicazione della profilassi raccomandata;
- Parametri di controllo semestrali;
- Re-Audit

La misurazione della presa in carico assistenziale del paziente con scompenso cardiaco cronico

Maria Angela Fumagalli, Responsabile Sviluppo professionale, Formazione continua e Ricerca Area Comparto Direzione Infermieristica e Tecnica - A.USL Forlì

Silvia Mazzini, Responsabile infermieristica Dip.: Chirurgia generale, Chirurgia Specialistica, Materno Infantile Direzione Infermieristica e Tecnica - A.USL Forlì

OBIETTIVO

Introdurre nella pratica assistenziale alcuni aspetti di qualità riconducibili al care management del paziente con scompenso cardiaco cronico.

CRITERI E METODI

Gli indicatori sono stati definiti sulla base delle raccomandazioni tratte dalla Linea Guida "Health Care Guideline: Heart Failure in Adults", Institute for Clinical System Improvement (ICSI) 2009:

- Il corretto trattamento dei pazienti con Scompenso Cardiaco dovrebbe ridurre gli accessi e i ricoveri nei 30 gg successivi al primo accesso in ospedale
- Il paziente con scompenso cardiaco cronico (o il suo caregiver) dovrebbe ricevere indicazioni scritte o materiale informativo per:
 - interruzione dell'abitudine al fumo
 - riduzione del sodio inferiore ai 2 gr/die
 - svolgimento dell'attività fisica
 - controllo del peso
 - riconoscimento di segni e sintomi di peggioramento.

Popolazione dello studio: Tutti i pazienti ammessi al servizio di ADI specialistica cardiologia e Ambulatorio scompenso. Il campione considerato era costituito da 117 pazienti

Fonti dei dati: SDO, Cartella ambulatoriale, Scheda infermieristica ambulatoriale, Intervista al paziente con questionario strutturato

Tipo di studio: Retrospectivo (periodo di osservazione 1 gennaio 2010 – 31 dicembre 2010)

RISULTATI

E' emersa una buona aderenza al criterio relativo alla percentuale di ricoveri ripetuti. Buona è anche l'aderenza ai criteri relativi alla fornitura scritta di informazioni al paziente e/o al caregiver benché rispetto a questi, risultati più ridotta l'adesione da parte del paziente.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

E' emersa la mancanza di uno strumento di registrazione dell'attività educativa rivolta ai pazienti e/o ai caregivers, oltre che del grado di adesione dei pazienti alle indicazioni ricevute.

Alla base di questa carenza, vi è la mancanza di un programma strutturato di informazione/educazione al paziente e al suo caregiver.

Si propone pertanto di costituire un gruppo di lavoro al fine di predisporre, in conformità con le evidenze scientifiche disponibili sull'argomento, un programma informativo/educativo e la relativa documentazione.

La valutazione della presa in carico assistenziale del paziente con scompenso cardiaco cronico.

Enrico Mazzoli, Infermiere di Direzione Infermier. Az.USL Ferrara – Referente Progetto N.O.A.
Dina Benini, Responsabile Sanitario Ospedale Argenta dell'Az. USL Ferrara

BACKGROUND

L'Azienda USL di Ferrara partecipa, con l'Area Vasta Emilia Centro, al progetto di innovazione organizzativa per la gestione integrata delle patologie croniche, tra cui lo scompenso cardiaco. Si sta sperimentando un nuovo modello di assistenza ambulatoriale che prevede la presenza di infermieri care-manager che con metodi e strumenti educativi diversi possano condizionare lo stato funzionale e la qualità della vita, l'adesione e la capacità di autogestione della terapia, l'individuazione precoce dei casi a rischio di instabilizzazione, il controllo della progressione della malattia e la riduzione delle riospedalizzazioni.

OBIETTIVO

Analizzare la pratica professionale relativa agli interventi educativi al paziente, in rapporto alle condizioni cliniche ed alla fase della malattia, con lo scopo di creare un percorso educativo da implementare da infermieri care - manager nell'ambulatorio dedicato alla gestione dello scompenso cronico.

CRITERI E METODI

E' stato condotto un audit clinico analizzando 107 cartelle cliniche di pazienti dimessi dall'UO di Medicina Generale di Argenta nel periodo dall'1.1.2010 al 30.6.2010 con diagnosi primaria o secondaria di scompenso cardiaco. Si è analizzata l'applicazione delle raccomandazioni suggerite dalle LG internazionali ("Heart Failure in Adults" e ACCF/AHA Guidelines "Heart Failure in Adults" 2009), in particolare se c'era evidenza dell'educazione sanitaria impartita precocemente al paziente (o il suo caregiver) durante il ricovero per il riconoscimento precoce dei segni e sintomi di aggravamento della patologia, il controllo costante del peso corporeo, l'alimentazione corretta con dieta iposodica, il miglioramento dello stile di vita attraverso l'abolizione del fumo e l'introduzione di appropriato esercizio fisico.

Si sono inoltre indagati l'avvenuta esecuzione di una ecocardiografia, raccomandata nei casi con scompenso cardiaco di nuova insorgenza e i ricoveri ripetuti nei 30 giorni successivi al primo accesso in ospedale.

RISULTATI

I risultati ottenuti hanno dimostrato un significativo scostamento dagli standard di riferimento per quanto riguarda l'evidenza in cartella clinica della educazione sanitaria impartita ai pazienti mentre per quanto riguarda la percentuale di re-ricoveri per scompenso cardiaco ad un mese dall'ultima dimissione con la stessa diagnosi, nel periodo di riferimento il valore rilevato si mantiene nello standard concordato (< 40%) ed in effetti il valore ottenuto è pari allo 0 %.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

L'Audit clinico svolto ha portato alla consapevolezza da parte del personale coinvolto di dover migliorare l'evidenza documentale dell'educazione sanitaria che pure viene impartita al paziente verbalmente in maniera prevalentemente informale. A tale scopo sono in progettazione una brochure informativa da illustrare e consegnare a tutti i pazienti prima della dimissione. Lo studio è risultato anche utile per l'elaborazione della cartella integrata da utilizzare nel nuovo ambulatorio per la gestione dello scompenso cardiaco.

Audit clinico professionale: valutazione dell'appropriatezza del percorso ortogeriatrico

Donatina Cilla, Emanuele Piraccini, Dirigenti medici U.O. Geriatria ed Anestesia e Rianimazione - Ospedale Morgagni-Pierantoni, Azienda USL Forlì

OBIETTIVO

Verificare la qualità del percorso orto-geriatrico in termini di appropriatezza ed efficacia dell'intervento multidisciplinare nonché l'adesione al percorso, tenendo sotto controllo i risultati e identificando le possibili aree di miglioramento.

CRITERI E METODI

Lo studio di tipo retrospettivo ha analizzato una casistica di pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati presso l'U.O. di Traumatologia di Forlì con diagnosi di frattura prossimale del femore e candidati all'intervento chirurgico di osteosintesi o sostituzione protesica parziale dell'anca in un periodo di 10 mesi (gennaio-ottobre 2010).

I criteri di qualità scelti per tenere sotto controllo il percorso sono stati espressi con indicatori utili a monitorare la tempestività e l'efficacia degli interventi nonché l'utilità dell'approccio multidimensionale sul recupero funzionale:

1. Percentuale dei pazienti con frattura di femore sottoposti ad intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso in PS sul totale dei pazienti operati. Standard 80%, da review sistematica.
2. Percentuale di pazienti operati per frattura di femore che superano i 12 gg di degenza presso l'U.O. di Traumatologia. Standard: <10%
3. Percentuale dei pazienti con "presa in carico multidisciplinare (Unità di Valutazione Multiprofessionale)" entro 24 ore dall'intervento sul totale dei pazienti anziani operati. Standard 80%, da Cochrane e altri lavori con ampia casistica.
4. Percentuale di pazienti anziani operati per frattura di femore con recupero funzionale a 6 mesi dall'intervento, documentato da ADL sovrapponibili (=o -1) a quelle pre-frattura (sul totale dei pazienti anziani operati, in base a inchiesta telefonica. Standard > 30%

RISULTATI

I risultati dimostrano una buona tempestività nell'intervento chirurgico, pur discostandosi lievemente dal risultato atteso.

Il percorso ha assicurato una riduzione dei giorni di degenza presso il reparto di Traumatologia.

I tempi dell'intervento multidisciplinare non corrispondono in una quota significativa di pazienti a quelli previsti dalla letteratura, ma il collegamento in rete dei servizi permette di intervenire in tempo reale nel monitoraggio della terapia, dell'attivazione delle risorse più urgenti, nel presidiare le situazioni più critiche.

Il percorso prevede un follow-up del recupero funzionale a sei mesi mediante contatto telefonico del paziente e/o del care-giver. Proprio per quest'ultimo indicatore sono emerse le principali criticità in quanto vi è stata un'elevata percentuale di missing data.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

La valutazione e l'analisi dei risultati rappresenta una riflessione sulla modalità di raccolta del dato e il punto di partenza per proporre una metodologia alternativa per la registrazione delle ADL a sei mesi come il contatto telefonico con il MMG oppure il miglioramento delle informazioni riguardanti la chiamata a domicilio dopo i sei mesi.

Tutti i dati sono stati raccolti attraverso il sistema informatico aziendale Log 80 sia nell'analisi delle cartelle cliniche che dei documenti relativi ai pazienti.

Valutazione della presa in carico e della continuità assistenziale infermieristica del paziente adulto affetto da diabete mellito tipo 2

Marina Assirelli, Inf. Serv. Igiene e Sicurezza Aziendale AUSL Ravenna

Maria Grazia Donati, Inf.U.O. Cure Primarie Ambulatorio Russi Distretto Ravenna AUSL Ravenna

Loretta Frontali, Coord.Inf U.O. Cure Primarie Ambulatori Distretto Faenza AUSL Ravenna

Patrizia Gualandi, Inf U.O. Post-Acuti PO Lugo AUSL Ravenna

Anna Olivieri, Inf. Serv. Igiene e Sicurezza Aziendale AUSL Ravenna

Katia Prati, Coord.Inf. U.O. Medicina d'Urgenza PO Ravenna AUSL Ravenna.

OBIETTIVO

Valutare la presa in carico e della continuità assistenziale infermieristica, attraverso la condivisione della best practice , relativa alla gestione del paziente affetto da diabete mellito di tipo 2.

CRITERI E METODI.

I criteri osservati, ripresi dalla linea guida del SIGN (Management of diabetes - A national clinical guideline, n.116 Marzo 2010) prendono in considerazione:

- il grado di informazione rispetto all' esistenza e la partecipazione a programmi strutturati di educazione sanitaria sulla modifica degli stili di vita non corretti,
- l' aderenza alle indicazioni di self management per il controllo della malattia e la prevenzione delle complicanze.

Lo studio scelto è stato retrospettivo e i dati sono stati raccolti attraverso la somministrazione di un questionario rivolto a 190 pazienti diabetici adulti residenti – assistiti nella provincia Ravenna, presenti nel registro diabete dell'AUSL (sei mesi di osservazione).

RISULTATI

Rispetto al grado di informazione sull'esistenza di corsi strutturati di educazione sanitaria relativi alla modifica degli stili di vita, i dati emersi rilevano un lieve scostamento rispetto allo standard atteso, mentre i dati sulla partecipazione ai corsi mostrano invece uno scostamento significativo. Questo si integra con il terzo dato, sull' adozione delle indicazioni di self management, che non raggiungono il valore soglia atteso, solo per i fattori riguardanti il controllo dei piedi e il praticare attività fisica. I dati sono stati anche stratificati in termini di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera, dove sono presenti ampi margini di miglioramento.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

La proposta di miglioramento è data dalla costruzione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA), al fine di:

- uniformare le modalità di comunicazione e formazione sulla corretta gestione del diabete,
- garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e generare una cultura di self management nella gestione della patologia cronica, sia tra gli operatori che nei pazienti.

Prevenzione secondaria in pazienti con pregresso infarto del miocardio o malattia coronarica documentata in medicina generale

Arianna Berardo, Statistica U.O. Valutazione Strategica dell'AUSL Ravenna

Annamaria Di Nardo, Medico di Medicina Generale dell'AUSL Ravenna

Francesca Di Tommaso, Psicologa U.O. Valutazione Strategica e SID dell'AUSL di Ravenna

OBIETTIVO

Scopo del presente Audit Clinico è quello di valutare quanto la corrente pratica clinica di un gruppo di Medici di Medicina Generale (MMG) di Ravenna si discosti dalle indicazioni delle migliori evidenze disponibili mediante una valutazione dell'appropriatezza della terapia farmacologica, il raggiungimento dei goal terapeutici e la qualità della raccolta dati nella cartella clinica dei principali fattori di rischio per la malattia cardiovascolare.

METODI

Lo studio è retrospettivo, con un periodo di osservazione di un anno (dal 01/10/2009 al 1/10/2010). Sono stati coinvolti sette MMG ciascuno dei quali ha individuato tra i propri assistiti coloro che avessero un'anamnesi positiva per Infarto del Miocardio o coronaropatia; in totale sono stati arruolati 111 pazienti. La raccolta dati è stata effettuata su scheda cartacea ed è stato utilizzato il programma Epi Info sia per il data entry sia per le analisi.

RISULTATI

La valutazione dell'appropriatezza farmacologica (ACE-i, aspirina, beta-bloccanti, statine) ha dimostrato che i medici hanno prescritto ai propri assistiti un buon trattamento farmacologico poiché la percentuale di pazienti che assume i farmaci secondo le indicazioni delle Linee Guida si avvicina al valore standard.

La valutazione dell'ottenimento dei goal terapeutici (valori pressori, colesterolemia) ha dimostrato che si è raggiunto lo standard per quanto riguarda il controllo pressorio nei pazienti non diabetici, mentre non è stato raggiunto nei pazienti diabetici che, tuttavia, presentano valori pressori vicini all'ottimale. Anche lo standard dell'indicatore che valuta il controllo della colesterolemia è stato raggiunto, pur essendo perfettibile.

Per quanto riguarda la qualità della raccolta dati dei fattori di rischio cardiovascolare lo standard è stato raggiunto in tre su cinque dei criteri considerati (registrazione di fumo, anamnesi positiva per diabete ed ipertensione arteriosa)

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

L'esperienza dell'Audit è stata considerata positiva dai partecipanti; le azioni di miglioramento individuate sono rivolte all'ottimizzazione del trattamento farmacologico, molto vicino allo standard, ed alla registrazione dei dati in cartella.

Applicazione delle principali linee guida sulla valutazione del rischio cardiovascolare in pazienti affetti da diabete di tipo 2 ricoverati nelle UU.OO. di Diabetologia, Endocrinologia e Nefrologia (Dipartimento Medicine Specialistiche) dell'AOU di Ferrara .

Silvia Soffritti, dirigente medico UOC di Nefrologia – Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara.

OBIETTIVO

Uniformare le procedure diagnostiche e verificare l'appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche delle tre Unità operative coinvolte

CRITERI E METODI

In accordo con le linee guida delle Società Europee, Americane e Italiane di Diabetologia ,sono stati scelti sette criteri che richiedono nei pazienti affetti da diabete di tipo 2, la valutazione di

1. stile di vita (sovrappeso, prescrizione di dieta ed esercizio fisico abolizione del fumo)
2. controllo glicemico e assetto lipidico
3. controllo della pressione arteriosa
4. fattori di rischio cardiovascolare
5. trattamento con statine e antiaggreganti piastrinici
6. presenza di danno renale
7. presenza di ulcere agli arti inferiori.

Sono state esaminati i ricoveri ordinari dei pazienti con diabete 2 durante l'anno 2009 nelle UU.OO. di Diabetologia, Endocrinologia, Nefrologia dell'Azienda Ospedaliero -Universitaria di Ferrara.

Sono stati esclusi dalla valutazione i pazienti deceduti durante il ricovero, in dialisi cronica e i neoplastici in fase terminale.

RISULTATI

Da un totale di 225 ricoveri , esclusi quelli che non rispondevano ai requisiti , sono stati identificati senza campionamento 96 pazienti : 48 maschi e 48 femmine con età media di 68,6 anni.

E' stata rilevata una buona adesione alle linee guida relativamente al controllo della pressione arteriosa, dell'assetto glicemico e profilo lipidico ,della presenza di danno renale ,e di ulcere agli arti inferiori. Più bassi gli standard relativi alla valutazione del sovrappeso, prescrizione della dieta e dell'esercizio fisico e indicazione alla cessazione del fumo. E' stata individuata la necessità di mettere a punto un programma di esercizio fisico dedicato ai pazienti affetti da diabete 2.

Gestione pre-operatoria del paziente ad alto rischio trombotico in trattamento cronico con antagonisti della vitamina k (VKA) nei reparti di chirurgia specialistica non cardiaca

Marina Magini, Dirigente Medico U.O. Gestione del Rischio e Medicina Legale – AUSL di Rimini
Alfredo Grattini, Data Manager c/o U.O. Ematologia – AUSL Ravenna

OBIETTIVO

Scopo dell'audit è valutare il rispetto dei criteri indicati dalle più recenti LG internazionali in tema di gestione preoperatoria del paziente in trattamento con Coumadin ed evidenziare eventuali posticipazioni degli interventi chirurgici a causa di INR elevato.

CRITERI E METODI

I criteri presi in esame riguardano la necessità di sospendere il Coumadin 5 gg prima della procedura chirurgica invasiva, l'adozione di una Bridging Therapy con dosi terapeutiche s.c di Eparina a basso peso molecolare (EBPM), l'eventuale somministrazione di Vitamina k qualora l'INR risulti elevato nei due giorni antecedenti l'intervento anche dopo aver soddisfatto i criteri precedenti, la necessità di intraprendere la procedura invasiva solo se il giorno prima dell'intervento raggiungono l'INR risulti inferiore a 1.5

È stato analizzato un campione di cartelle cliniche del Dipartimento Chirurgico della AUSL di Rimini relative all'anno 2010, a soggetti maggiorenni ed a interventi in elezione. Il campione è stato selezionato, con la collaborazione dell'U.O. Controllo di Gestione, mediante ricerca sulle SDO, utilizzando, oltre ai succitati criteri, i codici ICD IX delle patologie più frequentemente associate a trattamento cronico con Coumadin. Sono state analizzate 46 cartelle, dalle quali sono stati raccolti dati relativi al paziente, alla data ed alla tipologia di intervento, alla gestione preoperatoria (data prevista per l'intervento, data di sospensione del Coumadin, somministrazione di Bridging Therapy, tipo di Eparina utilizzata e data di inizio della somministrazione, somministrazione di Vitamina K, valore di INR nei due giorni antecedenti l'intervento) ed alla data di effettuazione dell'intervento, specificando i motivi in caso di intervento annullato o posticipato. I dati raccolti sono stati analizzati con sistema Epi-Info.

RISULTATI

Dei casi analizzati, solo in una occasione l'intervento è risultato essere stato rimandato a causa di INR elevato nel preoperatorio. Peraltro è stata rilevata una non sempre ottimale adesione ai criteri previsti dalle LG, quantomeno in termini di evidenza documentale.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Nel complesso la gestione preoperatoria dei pazienti oggetto di studio è risultata adeguata ai fini dell'effettuazione dell'intervento nella data prevista. Per quanto attiene alla problematica relativa all'evidenza documentale dell'adesione ai criteri potrebbe essere utile proporre l'adozione di una scheda di facile compilazione, da allegare in cartella, ove il medico attesti i succitati parametri atti ad evidenziare il rispetto delle indicazioni delle LG. A distanza di sei mesi andrebbe effettuato un re-audit per valutare l'impatto dell'azione di miglioramento.

Valutazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente con cancro del colon nell'AOU S. Anna di Ferrara

Daniela Marmugi, Infermiera Centro di Endoscopia Digestiva AOU S. Anna di Ferrara

Milva Carpanese, Infermiera Amb. Chirurgia Generale II Dip. di scienze oncologiche e chirurgiche Azienda Ospedaliera/Universitaria di Padova

OBIETTIVO

L'obiettivo dell'audit clinico è stato quello di analizzare il percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente con cancro del colon per verificare il grado di conformità alle linee guida internazionali, alle indicazioni regionali ed al PDTA aziendale per valutare la qualità della pratica clinica ed identificare aree di miglioramento.

Il progetto è stato sviluppato fra giugno 2010 e aprile 2011. Esso ha coinvolto 6 UO della Azienda Ospedaliera di Ferrara: il Servizio screening del cancro colon-retto, l'endoscopia digestiva, il D.H. gastroenterologico, due U.O. Chirurgiche e l' Anatomia Patologica.

CRITERI E METODI

Sono stati individuati 7 criteri ed i relativi standard di riferimento:

1. I pazienti afferenti dal programma di screening con colonscopia positiva per cancro al colon dovrebbero essere presi in carico dal DH gastroenterologico. Standard = >90%
2. In caso di endoscopia non completa il DH gastroenterologico dovrà completare lo studio dell'intero viscere. Standard = >90%
3. Entro 7 giorni dovrà essere concluso l'iter pre-operatorio. Standard = >90%
4. Tra la diagnosi istologica e il ricovero per intervento non dovrebbero passare più di 30 giorni. Standard = >90%
5. Tutti i pazienti in stadio III dovrebbero iniziare la chemioterapia adiuvante entro 6-8 settimane dall'intervento chirurgico. Standard = >90%
6. Un adeguata linfadenectomia dovrebbe prevedere il prelievo di almeno 12 linfonodi. Standard = >75%
7. Tutti i referti anatomopatologici dovrebbero contenere un set minimo di dati. Standard = >95%

Fra i criteri individuati alcuni sono "singoli o puntiformi", relativi ad un singolo aspetto del PDTA, ad esempio il numero di linfonodi prelevati durante l'intervento chirurgico. Altri criteri risultano "complessi", cioè frutto di una sinergia fra diverse azioni professionali ed organizzative in uno spazio temporale determinato, ad esempio il completamento dell'iter diagnostico.

Sono stati considerati i data base delle sei unità operative coinvolte nell'audit relativi al periodo di tempo che va dal 1 febbraio 2009 al 31 gennaio 2010 per estrarre i casi di ca. colon che rispondevano ai criteri d'inclusione, e sono risultati 28 casi eleggibili. Il gruppo ha stabilito di non procedere al campionamento ma di considerare tutti i 28 casi provenienti dal programma di screening.

La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso l'analisi delle cartelle cliniche e, infine, i dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il software Epi Info.

RISULTATI

I risultati dell'audit clinico hanno permesso per la prima volta di analizzare le fasi del "PDTA ca. colon" nell'Azienda di Ferrara.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Dai risultati sono stati riscontrati alcuni elementi di criticità tra i quali quelli relativi alla fase di presa in carico del paziente e il suo passaggio da un servizio all'altro (DH gastroenterologico, chirurgia e oncologia). Tali elementi di criticità potranno essere approfonditi al fine di intraprendere adeguate misure di miglioramento.

Audit Clinico del percorso del paziente affetto da carcinoma del colon-retto

Alessandro Trevisan, Collaboratore Amministrativo presso la Struttura Complessa di Staff Programmazione e Controllo - Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste"

OBIETTIVO

Mappare il percorso del paziente affetto da carcinoma del colon-retto in una struttura universitaria di chirurgia generale e verificarne l'appropriatezza.

Le motivazioni alla base dell'audit erano: la probabile alta variabilità delle cure; gli alti costi associati a volumi di prestazioni medio-alti; la previsione futura di volumi di attività sempre maggiori.

CRITERI E METODI

Il primo step è stata la mappatura del PDTA del carcinoma colon rettale (uso di diagrammi e flow-chart).

Successivamente un gruppo multidisciplinare (formato dalle seguenti figure: chirurgo, anatomopatologo, oncologo) ha scelto le linee guida più aggiornate (AIOM 2009, ESMO 2010) e maggiormente significative per tale percorso clinico e ne ha estratto le evidenze maggiormente condivise e scientificamente significative:

- Tempo di attesa tra diagnosi e ricovero per intervento chirurgico non superiore a 4 settimane (colon)
- Corretta linfadenectomia per stadiazione e definizione della prognosi (colon)
- Pazienti in stadio III (ogni T, N1-2, M0) sono candidati alla chemioterapia adiuvante (colon)
- Corretta chirurgia prevede un'escissione totale o parziale del mesoretto (retto)
- Combinazione di chemio e radioterapia preoperatoria in stadio II e III (retto)
- Radioterapia pre-operatoria nei pazienti con carcinoma del retto-extraperitoneale localmente avanzato (T3-4 e/o N1-2)

Grazie all'utilizzo di vari strumenti (banche dati; clinical review e focus group) si è riusciti ad analizzare la casistica di due anni di attività della struttura (2009-2010), pari a 120 casi.

RISULTATI

L'audit ha evidenziato una perfetta sintonia tra la parte anatomopatologica e quella chirurgica (prima visita). Risultati discreti sono emersi dal follow-up e soprattutto dalla continuità delle cure (continuità inter aziendale con il territorio)

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Il valore di quanto evidenziato dall'audit è sicuramente importante per gli organi decisionali dell'Azienda. Frequentemente scenari dati come efficienti e ormai rodati, colgono il momento dell'audit come un "mettersi alla prova", talvolta scoprendo lati della propria attività ancora migliorabili. Infine è stato uno strumento di condivisione tra professionisti di estrazione sanitaria differente.

Appropriatezza e tempestività del trattamento per i pazienti con cancro del colon-retto.

Lorena Brondelli, Maurizio Fusari*, Caterina Galetti*, Laura Gramantieri*, Giulia Pieri, Martina Taglioni***

*Dirigente medico AOU di Bologna

**Medico specializzando Università di Bologna

OBIETTIVO

Valutare l'appropriatezza clinica e organizzativa dell'attuale iter di cura del paziente con carcinoma del colon-retto (CCR), seconda causa di morte per tumore in Emilia-Romagna.

Identificare aree di criticità e di cambiamento nella pratica clinica e nell'organizzazione dell'assistenza.

CRITERI E METODI

La popolazione di riferimento ha compreso tutti i pazienti con tumore del colon-retto dimessi dal Policlinico Sant'Orsola-Malpighi, dal 1 Gennaio 2009 al 31 Dicembre 2009.

L'audit clinico è stato condotto retrospettivamente su due popolazioni di pazienti: chirurgici e medici.

Mediante campionamento casuale semplice è stato estratto un campione per la raccolta dei dati la cui dimensione è stata calcolata con StatCalc di EpiInfo (IC 99%: 11%-39%).

I criteri oggetto di analisi sono derivati da raccomandazioni di elevato livello di evidenza e da indicazioni regionali relative al trattamento medico e chirurgico dei pazienti con CCR. Dai criteri sono stati estrapolati coerenti indicatori di processo.

RISULTATI

Da una popolazione di riferimento di 664 pazienti il campione esaminato è stato di 107 casi, 60 chirurgici e 47 medici.

Il tempo di attesa per l'intervento chirurgico è risultato sufficientemente conforme agli standard, meno in linea appaiono la correttezza della linfadenectomia e il numero di linfonodi esaminati.

La completezza dei referti anatomico-patologici non risulta sistematica e la stadiazione non viene spesso esplicitata.

Non sempre è documentabile la presa in carico per il trattamento chemioterapico, quando necessario.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Risulta sufficientemente tempestiva e appropriata la gestione chirurgica dei casi, mentre appare più critico valutare la presa in carico del paziente nella fase medico-oncologica.

Un'area grigia sulla valutazione è determinata dalla mancata sistematicità dei referti anatomico-patologici, determinanti ai fini dell'appropriato programma di trattamento oncologico.

Si rende pertanto evidente la necessità di strutturare un percorso clinico-organizzativo che integri fra loro le diverse fasi dell'iter terapeutico del paziente con CCR consentendone la presa in carico globale.

Audit clinico sul percorso diagnostico terapeutico per il trattamento delle neoplasie della mammella

Barbara Trevisani, Responsabile Servizio Assicurazione Qualità, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena.

OBIETTIVO

L'obiettivo dell'audit clinico è stato quello di valutare i risultati del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per il trattamento del tumore della mammella, approvato e reso operativo nel 2008.

CRITERI E METODI

È stato formalizzato un gruppo di lavoro multiprofessionale coinvolgendo i professionisti che avevano partecipato anche alla definizione del PDT e che, a partire dagli indicatori già individuati (n.17) riguardanti criteri in parte di tipo organizzativo ed in parte di tipo professionale, li ha correlati alle raccomandazioni previste dalle linee guida internazionali/nazionali sul tema (ASCO, ESMO, BASO, AIOM, RER). Attraverso ricerca bibliografica sono stati individuati anche gli standard di riferimento.

I criteri / indicatori misuravano:

- tempestività: intervento chirurgico, terapia medica primaria o adiuvante, radioterapia
- diagnosi cito/istologica preoperatoria, Rx pezzo chirurgico,
- radicalità dell'intervento, biopsia linfonodo sentinella,
- trattamenti adiuvanti: ormonale, chemioterapico, pre-operatorio

La casistica studiata è quella riferita al PDT nell'anno 2009 (398 casi), con l'esclusione di tre tipologie di pazienti: quelle che hanno eseguito in altre sedi l'intervento chirurgico, i casi seguiti presso altre sedi dopo l'intervento e le pazienti con metastasi.

Per la raccolta dati sono stati utilizzati gli applicativi già presenti in azienda: cartella clinica informatizzata, registro operatorio, sistema di prenotazione dell'Anatomia Patologica.

I dati mancanti sono stati completati attraverso ricerca mirata su cartella clinica.

Tutti i dati disponibili sono stati organizzati in una banca dati finale unica, sulla quale è stata svolta l'elaborazione finale. La condivisione dei risultati è avvenuta in prima istanza con tutti i professionisti che operano sul campo, poi all'interno del gruppo di progetto, che ha recepito osservazioni avanzate, arrivando alle conclusioni da presentare alla Direzione Aziendale.

RISULTATI

I risultati sono stati complessivamente confrontabili con quelli pubblicati dall'Osservatorio Nazionale Screening a cura del Gruppo Diagnosi e Terapia GISMa per l'anno 2009, evidenziando opportunità di miglioramento dal punto di vista organizzativo nella fase iniziale del percorso, rispetto cui è stata concordata un'analisi specifica. Non è stato possibile valutare risultati relativi al follow up per l'indisponibilità dei dati dovuta alla recente istituzione del percorso.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

L'esperienza è stata molto interessante ed apprezzata dai professionisti che hanno condiviso l'opportunità che questa pratica diventi prassi aziendale, auspicando la disponibilità di un sistema informativo sempre più completo ed integrato che favorisca la raccolta dei dati.

Progetto di audit clinico sulla profilassi antibiotica perioperatoria in chirurgia ortopedica non oncologica in elezione dell'adulto – Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR)

Annarita Bergami, Responsabile Appalti e attività connesse – Direzione Sanitaria IOR

Daniela Cavedagna, Responsabile Area Tecnica Diagnostica Laboratorio – Servizio di Assistenza Infermieristica Tecnica e della Riabilitazione IOR.

OBIETTIVO

La finalità dell'audit è quella di aumentare la consapevolezza degli operatori circa l'importanza di una corretta gestione degli antibiotici ai fini della profilassi perioperatoria e migliorare l'uso di tali farmaci nell'ambito dello IOR. L'obiettivo specifico è quello di verificare la corretta profilassi perioperatoria negli interventi di chirurgia ortopedica non oncologica, in elezione dell'adulto, per verificare eventuali aree di cambiamento in relazione alle linee guida aziendali.

CRITERI E METODI

La valutazione dell'applicazione della linea guida aziendale è stata effettuata sulla base dei seguenti criteri:

- somministrazione di Cefazolina negli interventi di chirurgia elettiva senza protesi con ASA < a 3,
- di chirurgia elettiva senza protesi con ASA > a 3,
- di chirurgia elettiva che coinvolge una o più articolazioni e
- di artroprotesi elettive e su frattura, nei pazienti adulti, non allergici, non oncologici.

E' stata condotta una analisi retrospettiva (Gennaio – Settembre 2010) su un campione totale di 173 cartelle cliniche. Il campionamento è stato effettuato tramite l'utilizzo dell'applicazione specifica di Epiinfo.

RISULTATI

L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato l'esistenza di alcune inapproprietezze rispetto alle raccomandazioni della linea guida aziendale, in particolare rispetto all'utilizzo dell'antibiotico Cefazolina che viene somministrato in associazione con altre tipologie di antibiotico e l'effettuazione dell'antibiotico profilassi anche nei casi in cui la tipologia dell'intervento non lo richiede e quando il valore ASA è < 3.

La causa principale della non adesione alla linea guida è identificabile nella integrazione solo parziale tra i professionisti che hanno elaborato la linea guida e gli utilizzatori della stessa, con il risultato di una scarsa condivisione dei contenuti.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Lo studio permette di progettare azioni future e possibili interventi di miglioramento per raggiungere una maggiore adesione ai protocolli aziendali. Le proposte che sono state prese in considerazione si realizzano nell'ambito organizzativo attraverso la revisione della LG, una rimodulazione dei flussi informativi e nell'ambito della formazione attraverso incontri ad hoc, volti alla corretta somministrazione dell'antibiotico in termini di benefici per i pazienti, di una corretta programmazione organizzativa e di spesa.

Valutazione dell'applicazione delle linee guida per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione (LdP) negli adulti ospedalizzati

Daniela Mosci, CPSE Infermiere Centro Studi EBN DSITR AOU Policlinico S. Orsola Malpighi

Monica Bianconcini, CPSE Infermiere Staff Direzione SATeR Azienda USL di Bologna

Matteo Chiarabelli, Infermiere, Laboratorio di Emodinamica Emodinamica Branzi-Picchio, AOU Policlinico S. Orsola Malpighi

Emanuele Bascelli, Infermiere, Deg. Neuro-DCA Neuropsichiatria Infantile/Chirurgia Pediatrica, AOU Policlinico S. Orsola Malpighi

OBIETTIVO

L'audit ha valutato l'applicazione delle buone pratiche relative a prevenzione e trattamento delle LdP presso alcuni Blocchi Operatori ed Unità Operative dell'AUSL e dell'AO di Bologna.

CRITERI E METODI

Partendo dalla linea guida Interaziendale sulla prevenzione e trattamento delle LdP, sono state individuate alcune raccomandazioni, trasformate in criteri di valutazione dell'audit. In particolare si è valutato

- se presso alcune Sale Operatorie dell'AUSL e dell'AO negli interventi più lunghi di 4 ore vengano posizionati i dispositivi antidecubito
- se la temperatura dei pazienti rimanga costante mediante l'utilizzo della termocoperta;
- se presso alcune Unità Operative dell'AO si effettui la valutazione tempestiva del livello di rischio dei pazienti,
- se i pazienti non autonomi vengono mobilizzati almeno 6 volte al giorno e se vengono posizionati i dispositivi antidecubito ai pazienti ad alto rischio di Ldp;
- se in alcune Unità Operative dell'AO le lesioni sono rivalutate almeno ogni 7 giorni,
- se viene evitato l'utilizzo di antisettici, antibiotici topici e di garze iodoformiche
- se vengono utilizzate in modo appropriato le medicazioni avanzate.

Questi criteri sono stati operazionalizzati mediante 15 indicatori.

L'audit è avvenuto in modo prospettico, attraverso l'utilizzo di apposite schede riportanti le variabili necessarie per calcolare gli indicatori.

RISULTATI

Mentre sono risultati raggiunti gli standard identificati per i blocchi operatori dell'AUSL, presso l'AO sono stati raggiunti gli standard di 6 indicatori su 15. In particolare sono stati individuati margini di miglioramento nella prevenzione nei Blocchi Operatori e nelle Unità Operative dell'AO e rispetto l'uso appropriato delle medicazioni.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

In relazione ai risultati raggiunti sono state previste iniziative per il miglioramento della documentazione presso l'AUSL, al fine di uniformare la documentazione della buona pratica riscontrata, mentre presso l'AO sono state già avviate le iniziative formative volte a ridurre la variabilità legata ai deficit di conoscenza da parte degli operatori sanitari.

Ossigeno terapia a lungo termine (OTLT), e dispositivi, a domicilio nella insufficienza respiratoria cronica

Romina Agresti, Tecnico di Neurofisiopatologia; Azienda USL di Bologna
Nunzia Baldassarre, Assistente Amministrativo, Azienda USL di Bologna
Claudio Degli Esposti, Medico Radioterapista, Azienda USL di Bologna.

OBIETTIVO

Nell'Azienda USL di Bologna esiste un percorso clinico-assistenziale per i pazienti con Insufficienza Respiratoria Cronica, che prevede la erogazione domiciliare di O₂-terapia e presidi. Per valutare l'appropriatezza della prescrizione di questi trattamenti, anche nel rispetto delle normative vigenti, è stato sviluppato questo audit, su indicatori individuati da Linee Guida e ritenuti robusti.

CRITERI E METODI

Le Raccomandazioni di riferimento sono state raccolte da evidenze presenti in letteratura (AMA 2006, NICE 2010) e dalla formalizzazione del PDTA in azienda. E' stato quindi estrapolato il seguente criterio "La prescrizione di O₂ Terapia a Lungo Termine è indicata nei pz > 18 anni di età con Insufficienza Respiratoria Cronica non modificata dalla terapia farmacologica e saturazione di ossigeno ≤ 88% o PaO₂ ≤ 55 mmHg in BPCO o in altre patologie quali fibrosi polmonare, malattie osteoarticolari, malattie neuromuscolari, malattie cardiovascolari, neoplasie polmonari".

Gli indicatori scelti toccano temi di correttezza prescrittiva (elemento di qualità del percorso) e di appropriatezza delle prestazioni. A partire da un Data Base di 1735 records in O₂ Terapia nella AUSL BO è stato estratto un campione rappresentativo di 636 casi.

E' stata impostata una Scheda di raccolta dati che contiene dati identificativi della prescrizione, diagnosi e parametri funzionali. La rilevazione è stata fatta per l'anno 2009 e per tre trimestri del 2010 in maniera retrospettiva, sui pazienti entrati nel percorso aziendale e residenti in due ambiti territoriali dell'AUSL di Bologna. I dati raccolti sono stati estrapolati prevalentemente dagli esistenti flussi informativi aziendali.

RISULTATI

1. Diagnosi presenti / Totale delle prescrizioni di OTLT = 71,12% per l'ambito 1; 62,98% per l'ambito 2
2. Parametri funzionali presenti / Totale delle prescrizioni OTLT = 5,56% per l'ambito 1; 19,4% per l'ambito 2. Questi sono i casi in cui tutti i parametri necessari sono riportati.
3. Diagnosi e parametri funzionali presenti/ Totale delle prescrizioni di OTLT Nell'ambito territoriale 1 per nessun caso sono stati riportati tutti i parametri fisiologici e la diagnosi, quindi non è possibile calcolare l'indicatore. Nell'ambito territoriale il valore è del 19,4%.
4. Parametri funzionali individuati da LG / Totale delle prescrizioni OTLT. Non rilevabile per insufficienza dei dati registrati nel ambito 1, invece 19,4% nell'ambito 2.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

I database non sono in grado di fornire tutte le informazioni richieste, e in questo primo giro di audit alcuni indicatori non sono completamente misurabili. Come prima valutazione, il gruppo di lavoro è stato in grado di individuare con buona precisione le aree di scostamento dal gold standard, di interpretarne i principali determinanti e su questi di ipotizzare le azioni di miglioramento; le azioni messe in campo saranno da un lato volte alla realizzazione di un software aziendale per ottimizzare la raccolta dati e dall'altro a correggere quelle azioni che determinano uno scostamento dal target individuato.

Ossigenoterapia nel paziente acuto ricoverato

Angela Pia Bellettieri, Dirigente Medico della Direzione Sanitaria, Responsabile della Struttura Dipartimentale "Qualità, Risk Management e Accreditamento", Azienda Ospedaliera Regionale "Ospedale San Carlo" di Potenza

Anna Linda Patti, Dirigente Medico Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma

OBIETTIVO

L'ossigenoterapia è frequentemente utilizzata nei pazienti ricoverati in ospedale, ma esiste incertezza sulla sua efficacia in molte situazioni cliniche. Gli Audit effettuati in altri paesi hanno evidenziato scarsa appropriatezza della gestione dell'O₂terapia. Considerato che circa il 40% dei pazienti ricoverati in Medicina assume ossigeno, abbiamo verificato l'appropriatezza prescrittiva dell'ossigenoterapia nella nostra pratica clinica.

CRITERI E METODI.

Sono stati osservati 150 pazienti dimessi da un reparto di medicina interna nel trimestre ottobre-dicembre 2010. Il team di Audit, composto da 3 medici, ha riunito i professionisti dell'U.O., presentando il progetto e la LG "Guideline for emergency oxygen use in adult patients" (British Thoracic Society) da cui sono state tratte le 5 Raccomandazioni cliniche scelte come "criteri":

1. La saturazione di ossigeno (SpO₂) dovrebbe essere misurata con pulsiossimetria, nei pazienti acuti ricoverati.
2. Il range di saturazione da raggiungere nei pazienti non a rischio per ipercapnia è 94 – 98%.
3. Nella maggior parte dei pazienti con fattori di rischio per ipercapnia, è suggerito un range di 88 – 92%.
4. La concentrazione di ossigeno inspirata dovrebbe essere registrata con il risultato della pulsiossimetria.
5. La prescrizione di ossigeno dovrebbe essere sempre scritta e i prescrittori dovrebbero indicare un target di SpO₂ da raggiungere.

Si è utilizzato EpiInfo (Versione 3.5.1) per la registrazione dei dati e l'elaborazione statistica.

RISULTATI

La SpO₂ viene misurata correttamente, ma solo nella metà dei casi viene registrato l'O₂ inspirato. Il problema più evidente è che circa la metà delle misurazioni di SpO₂ effettuate nei pazienti a rischio per ipercapnia, non rientrano nel range di saturazione previsto ma risultano al di sopra.

CONCLUSIONI

Nei pazienti in ossigenoterapia andrebbe misurata la SpO₂ più frequentemente per adeguare la dose di ossigeno ed evitare il rischio di ipercapnia. Per ottenere il miglioramento si organizzeranno incontri formativi con i clinici riportando i risultati dell'Audit.

Appropriatezza ed efficacia del trattamento di mantenimento con metadone nei Ser.T

Leonardo Tadonio, Osservatorio Dipendenze Patologiche, AUSL Parma
Samantha Sanchini, Osservatorio Dipendenze Patologiche, AUSL Forlì

OBIETTIVO

La metodologia dell'audit clinico è stata impiegata al fine di esaminare e valutare alcune dimensioni di appropriatezza ed efficacia del trattamento di mantenimento con metadone nei Ser.T di Parma e Forlì.

CRITERI E METODI

Nello specifico, adottando come riferimento le "Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei" (2009) dell'OMS, sono stati considerati il dosaggio medio di metadone e l'integrazione del trattamento farmacologico con quello psicosociale, misurati attraverso indicatori di processo e di esito. È stato calcolato il numero di pazienti con: 1) dosaggio medio tra i 60–120 mg/die, 2) gli ultimi tre tossicologici negativi, 3) un trattamento psicosociale durante il trattamento di mantenimento 4) i tossicologici positivi senza un supporto psicosociale in corso.

I dati, riguardanti 144 pazienti in trattamento di mantenimento con metadone, sono stati raccolti in modo retrospettivo dalla cartella clinica informatizzata adottata da tutti i Ser.T dell'Emilia Romagna (SistER2)

RISULTATI

I risultati mostrano che, coerentemente con alcuni dati pubblicati, nella pratica clinica i dosaggi sono tendenzialmente più bassi di quelli raccomandati in letteratura. Nonostante ciò, da una lettura più articolata, ottenuta grazie all'indicatore di esito, emergono risultati soddisfacenti, probabilmente per un'efficace personalizzazione dei dosaggi sui singoli casi. Il livello d'integrazione tra terapia farmacologica e trattamento psicosociale riscontrato nella valutazione testimonia una cultura multidisciplinare consolidata, sebbene siano comunque presenti margini per azioni di miglioramento.

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Complessivamente dall'audit clinico emerge che, nel trattamento di mantenimento con metadone nei Ser.T, le dimensioni della qualità terapeutico-assistenziale considerate riflettono una pratica professionale conforme alle evidenze scientifiche. Allo stesso tempo si evince che l'adesione ai principi di buona pratica clinica richiede un sistematico monitoraggio dell'andamento dei programmi di trattamento, attraverso un regolare follow-up dei programmi terapeutici in corso, che permetta una costante rivalutazione multidisciplinare degli stessi. Le azioni di miglioramento saranno condotte a partire da tali considerazioni.

Analisi della documentazione clinica dei soggetti inseriti nei centri di osservazione e diagnosi (COD): valutazione della completezza come strumento per favorire la continuità assistenziale.

Paola Abbati, Coordinatore Area socio-educativa, Centro di Solidarietà L' Orizzonte onlus – Parma
Elisabetta Federzoni, Responsabile Accredimento, Consorzio Gruppo CEIS Cooperativa Sociale – Modena

OBIETTIVO

Valutare la completezza dei dati di assessment individuale nei Centri Osservazione e Diagnosi

CRITERI E METODI

Osservare l'applicazione del seguente criterio:

"Dovrebbe essere effettuata una dettagliata valutazione individuale che comprenda: la storia (le precedenti esperienze di trattamento; la storia medica e psichiatrica; le condizioni di vita; la situazione giuridica; la situazione occupazionale e i fattori sociali e culturali, che possono influenzare l'uso di sostanze); l'esame clinico (valutazione d'intossicazione/astinenza, segni di comportamento iniettivo) e, se necessario, indagini strumentali (come tossicologici, HIV, Epatite C, Epatite B, tubercolosi, la funzione epatica)". Tale criterio deriva dalle "Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence (WHO 2009) e da una indicazione regionale.

Si è proceduto raccogliendo, in ordine cronologico, le cartelle di tutti i 81 utenti che hanno avuto accesso ai due COD presi in esame dal 1/01/2010 al 30/11/2010 e valutandone la completezza, si tratta quindi di uno studio osservazionale retrospettivo.

I dati derivano da Cartelle cliniche informatizzate del sistema informativo regionale per le dipendenze SistER2 (Ser.T) e Cartelle cliniche cartacee (CT e COD).

RISULTATI

La percentuale della popolazione in linea con la documentazione richiesta dal criterio stabilito non ha completamente raggiunto il valore atteso (90%).

CONCLUSIONI/PROSPETTIVE DI MIGLIORAMENTO

Trattandosi di due realtà diverse, gli interventi da adottare per il miglioramento sono stati pensati ad hoc per meglio rispondere alle esigenze dei due Centri di Osservazione e Diagnosi, tenendo conto anche dei contesti in cui sono inseriti e delle reti di collaborazione attive con altri servizi. Riteniamo comunque che un'ulteriore azione valida per Parma e per Modena sia di fornire agli operatori delle strutture la check list dei documenti che devono essere presenti in cartella al fine di agevolarli nella raccolta delle informazioni e per utilizzarla anche come strumento di controllo per la completezza dei dati di assessment.

L'Audit come strumento per identificare le priorità di ricerca

Le attività di ricerca nel sistema sanitario regionale includono anche "l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto". Nel recente documento "La ricerca come attività istituzionale del Servizio Sanitario Regionale" vengono distinte due tipologie di attività di ricerca:

- acquisizione di conoscenze generalizzabili rivolte alla comunità scientifica, e
- acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo dei problemi assistenziali in uno specifico contesto.

La seconda tipologia comprende

- a) la verifica dell'appropriatezza clinica, dell'accessibilità e di altre dimensioni rilevanti della qualità,
- b) la valutazione della introduzione di importanti elementi di cambiamento nei processi assistenziali e/o nell'organizzazione dei servizi.

Analoga distinzione viene fatta dagli autori britannici fra "service evaluation" (b) e "clinical audit" (a).

Paxton ritiene che la differenza sostanziale fra audit e ricerca stia nello scopo, vale a dire "l'uso cui le informazioni generate vengono destinate". Da questa differenza principale derivano le altre, come quelle elencate di seguito:

Research	Clinical Audit
A systematic investigation which aims to generate new knowledge	A systematic peer review of health care in order to monitor or improve services
Defines best practice or standards	Monitors current practice against best practice or known standards
Is based on a hypothesis	Measures against standards
May involve a new treatment	Never involves new treatment
May involve extra disturbance to patients over and above normal clinical management	Never involves disturbance of patients over and above normal clinical management
Usually involves well-defined selection criteria for recruiting participants	Recruitment criteria not usually as well defined or strict
Generalisable: aims to inform care across the NHS and beyond	Non generalisable: aims to influence local services
Intention to publish or widely disseminate outputs	Primarily local dissemination
Often commissioned and/or funded externally	Funded by local health services
Often conducted by people outside of the local service	Usually conducted by people providing the service locally
May involve patients being allocated to different treatment groups	Never involves allocation to different treatment groups
Is usually carried out on a large scale over a prolonged period	Is usually carried out on a relatively small population over a short time span
Extensive statistical analysis of data is routine	Some statistical analysis may be useful
Responsibility to act on findings is unclear	Responsibility to act on findings rests with clinical directorates
Always requires ethical approval	Does not require ethical approval

L'attuale chairman del NCAAG , Prof. Nick Black, delinea già nel 1992 un rapporto dialettico fra le due attività: "La ricerca valutativa e l'audit sono attività distinte con scopi differenti. Esse sono comunque correlate fra loro...: la ricerca fornisce una basilare definizione degli standard di qualità per l'audit, e l'audit può fornire dati di buona qualità per una ricerca non-sperimentale, valutativa.."

Durante le attività del Corso sono state esplorate entrambe le direzioni di questa correlazione fra Audit Clinico e Ricerca:

1. progetti in cui la valutazione non si limitava a verificare la compliance della pratica professionale con criteri di qualità derivati dalle evidenze scientifiche, ma valutava elementi di cambiamento introdotti nei processi assistenziali o nell'organizzazione dei servizi.
 2. progetti in cui la necessità di valutare la pratica professionale si scontrava con l'assenza di evidenze forti (cd. "zone grigie"), e faceva emergere la necessità di nuova ricerca.
-
1. nel primo gruppo possono essere annoverati i progetti
 - a. Osp S.Camillo Roma: "Ossigenoterapia nel paziente acuto ricoverato" (valutazione di un intervento con disegno pre-/post)
 - b. Ausl Forlì/Ausl Ferrara: "La valutazione della presa in carico assistenziale del paziente con scompenso cardiaco cronico" (valutazione dell'adeguatezza di un intervento comunicativo)
 - c. Ausl Ravenna: "Valutare la presa in carico e la continuità assistenziale infermieristica del paziente adulto affetto da diabete mellito di tipo 2" (valutazione dell'adeguatezza e dell'impatto di un modello assistenziale)
 - d. Policlinico Modena: "Percorso diagnostico terapeutico per il trattamento delle neoplasie della mammella" (valutazione dell'adeguatezza e dell'impatto di un modello organizzativo: Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale)
 2. per quanto concerne il secondo aspetto, è emerso:
 - a. la frequente assenza di standard (valori-soglia) nella letteratura scientifica,
 - b. la necessità di strumenti collaudati per la valutazione dell'efficacia di interventi comunicativi/educativi rivolti ai pazienti,
 - c. la necessità di un technology assessment più articolato e sviluppato relativo ai dispositivi anti-decubito
 - d. l'assenza di raccomandazioni forti per i pazienti affetti da ca. colon da trattare in urgenza.

Guida rapida per la conduzione di un Significant Event Audit

NHS - National Patient Safety Agency - National Reporting and Learning Service

Condurre un Significant Event Audit (SEA) efficace permette a voi e al vostro gruppo di fare emergere i punti di forza e debolezza dell'assistenza da voi fornita ed imparare da questa esperienza.

Migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza fornita al paziente è una priorità della Clinical Governance nell'ambito delle cure primarie e il SEA gioca un ruolo importante nell'ottica del raggiungimento di questo obiettivo.

Questa guida rapida per la conduzione di un SEA efficace aiuterà voi ed il vostro gruppo a migliorare l'assistenza fornita ai pazienti di cui vi occupate.

Le sette fasi del Significant Event Audit

Fase 1 – Consapevolezza e prioritarizzazione di un evento avverso

Quando si verifica un evento avverso, lo staff medico dovrebbe fidarsi nelle proprie capacità di identificarlo e metterlo in cima alla lista delle priorità. La pratica dovrebbe prevedere un impegno costante nell'attività clinica di routine e nello svolgimento regolare di audit su eventi avversi.

Fase 2 – Raccolta di informazioni

Raccogliete e mettete in relazione il maggior numero possibile di informazioni basate sui fatti, testimonianze individuali, rapporti scritti e altri documenti sanitari riguardanti l'evento avverso. Per eventi più complessi, sarà necessaria un'analisi approfondita per comprendere appieno i fattori scatenanti.

Fase 3 – Incontro del team alla presenza di un facilitatore

Il team dovrebbe nominare un facilitatore che organizzi un incontro, mantenga delle regole di base essenziali e fornisca il proprio supporto durante l'analisi di ciascun evento. Il team dovrebbe incontrarsi regolarmente per discutere, indagare ed analizzare gli eventi. Tali incontri sono spesso un elemento funzionale importantissimo nel coordinamento del processo di un SEA e dovrebbero aver luogo in un ambiente stimolante, coscienzioso e affatto minaccioso.

Per rafforzare lo spirito educativo del SEA, concordate ogni regola di base prima dell'inizio di un incontro ed assicuratevi che le opinioni vengano rispettate e che gli individui non vengano "colpevolizzati".

Occorrerebbe redigere un verbale ad ogni incontro e riportare in forma scritta la lista delle azioni da intraprendere. Questa documentazione dovrebbe essere inviata a tutto lo staff, inclusi coloro che non hanno potuto essere presenti all'incontro.

Un SEA efficace dovrebbe prevedere una discussione dettagliata di ogni evento, un'analisi approfondita, l'identificazione del bisogno di incrementare la propria conoscenza e l'accordo su ogni azione da intraprendere.

Fase 4 – Analisi dell'evento avverso

L'analisi dell'evento avverso può essere guidata attraverso le risposte date alle seguenti quattro domande:

1. Cosa è accaduto?
2. Perché è accaduto?
3. Cosa si è imparato?
4. Cosa è stato cambiato o è stato attivato?

Questi alcuni dei risultati possibili:

- non è necessario intraprendere alcuna azione;
- si festeggia l'ottima assistenza fornita;
- si identifica il bisogno di incrementare la propria conoscenza;
- è necessario un audit convenzionale;
- si deve immediatamente intraprendere un'azione;
- è necessaria un'ulteriore indagine;
- si condivide ciò che si è appreso.

Fase 5 – Concordare, realizzare e monitorare il cambiamento

Ogni azione concordata dovrebbe essere realizzata da tutto il gruppo scelto per coordinare e monitorare il cambiamento, e allo stesso modo la pratica dovrebbe procedere secondo i risultati degli audit "tradizionali".

Il progresso nella realizzazione del cambiamento necessario dovrebbe essere sempre monitorato e posto all'ordine del giorno a vantaggio di gruppi che lavoreranno in futuro o per altri incontri su eventi avversi.

Dove necessario, la realizzazione effettiva e il monitoraggio del cambiamento sono un elemento vitale per il processo del SEA. Per verificare la riuscita del SEA, lo staff dovrebbe chiedersi "Qual è la probabilità che l'evento si verifichi nuovamente?".

Fase 6 – Lasciare una traccia scritta

È importante tenere una traccia scritta, dettagliata e in forma anonima di ogni SEA, dato che gli organi esterni avranno bisogno di prove a testimonianza del fatto che il SEA sia stato condotto in modo appropriato per raggiungere standard elevati. Il rapporto SEA è una traccia scritta che mostra quanto efficacemente sia stato analizzato un evento avverso.

Fase 7 – Fare un resoconto, condividere e riesaminare

Nella medicina generale, riferire i fatti quando qualcosa va storto è essenziale. Il personale dovrebbe segnalare formalmente quegli eventi in cui la sicurezza del paziente è stata, o avrebbe potuto essere, compromessa (al National Reporting and Learning Service, oppure attraverso organismi di cure primarie od organizzazioni sanitarie).

Laddove esiste una struttura simile, i professionisti dovrebbero diffondere il sapere su eventi avversi rilevanti ai dirigenti della Clinical Governance affinché altri possano imparare da questo bagaglio di conoscenze.

Per scaricare la guida completa al SEA consultare il sito www.npsa.nhs.uk/nrls/gp

Riferimento: 0789 Ottobre 2008

© National Patient Safety Agency 2008. Copyright e altra proprietà intellettuale contenuta in questo documento appartiene alla NPSA. Tutti i diritti sono riservati. La NPSA autorizza le organizzazioni sanitarie britanniche a riprodurre questo materiale per scopi educative e non commerciali.

Elenco dei partecipanti al corso

Abbati Paola - CSO Parma
Agresti Romina - AUSL Bologna
Assirelli Marina - AUSL Ravenna
Baldassarre Vita Nunzia - AUSL Bologna
Bascelli Emanuele - AOU S. Orsola Bologna
Bellettieri Angela Pia - AO S. Carlo Potenza
Benini Dina - AUSL Ferrara
Berardo Arianna - AUSL Ravenna
Bergami Annarita - IOR Bologna
Bianconcini Monica - AUSL Bologna
Brondelli Lorena - AOU S. Orsola Bologna
Carpanese Milva - AOU Padova
Cavedagna Daniela - IOR Bologna
Chendi Doretta - AOU S. Anna Ferrara
Chiarabelli Matteo - AOU S. Orsola Bologna
Cilla Donatina - AUSL Forlì
Degli Esposti Claudio - AUSL Bologna
Di Nardo Annamaria - AUSL Ravenna
Di Tommaso Francesca - AUSL Ravenna
Donati Maria Grazia - AUSL Ravenna
Federzoni Elisabetta - CEIS Modena
Frontali Loretta - AUSL Ravenna
Fumagalli Maria Angela - AUSL Forlì
Fusari Maurizio - AOU S. Orsola Bologna
Galetti Caterina - AOU S. Orsola Bologna
Gianesini Gloria - AOU S. Anna Ferrara
Gramantieri Laura - AOU S. Orsola Bologna
Grattini Alfredo - AUSL Ravenna
Gualandi Patrizia - AUSL Ravenna
Magini Marina - AUSL Rimini
Marmugi Daniela - AOU S. Anna Ferrara
Mazzini Silvia - AUSL Forlì
Mazzoli Enrico - AUSL Ferrara
Mosci Daniela - AOU S. Orsola Bologna
Olivieri Anna - AUSL Ravenna
Patti Anna Linda - AO S. Camillo Roma
Pieri Giulia – Univ. di Bologna
Piraccini Emanuele - AUSL Forlì
Prati Katia - AUSL Ravenna
Sanchini Samantha - AUSL Forlì
Soffritti Silvia - AOU S. Anna Ferrara
Tadonio Leonardo - AUSL Parma
Taglioni Martina - AOU S. Orsola Bologna
Trevisan Alessandro - AOU Ospedali Riuniti Trieste
Trevisani Barbara - AOU Modena