

Convention Nazionale  
**L'Eccellenza Professionale nell'era della Clinical Governance**

*Bologna, 27 novembre 2009*

Forum

**Misurare l'Eccellenza Professionale**  
**Yes... we can**

---

**GIMBE®** - Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze

# Partecipano

---

## **Enrico Comberti**

Direttore Servizio Formazione, Qualità e Gestione del Rischio  
AO Spedali Civili, Brescia

## **Carlo Descovich**

Direttore UOC Governo Clinico  
AUSL di Bologna

## **Corrado Ruozi**

Direttore UO Sviluppo Risorse Umane  
AUSL Reggio Emilia

Struttura



Processi

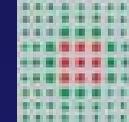


Esiti

# 1. Indicatori strutturali

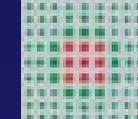
---

Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi,  
generalmente definiti dai programmi di  
accreditamento delle strutture sanitarie



# Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Pneumologia

Approvato con la delibera di Giunta regionale n. n. 109 del 4 febbraio 2008



## Area di degenza

Oltre ai requisiti generali e specifici previsti dalla normativa vigente per l'area di degenza, il reparto di degenza di una Pneumologia deve disporre di

### A) REQUISITI STRUTTURALI

Per le strutture di nuova costruzione le porte di accesso alle camere di degenza ed ai bagni assistiti devono avere dimensioni tali da consentire il passaggio del letto di degenza su ruote.

### B) REQUISITI TECNOLOGICI

In caso di centralizzazione della fonte di vuoto e dell'erogazione di ossigeno gassoso le camere di degenza pneumologica ordinaria devono essere dotate di almeno 1 presa per vuoto per camera e di almeno una presa di ossigeno gassoso per ogni due letti destinati alla camera.

In caso di utilizzo di aspiratori elettrici e di erogatori elettrici di ossigeno gassoso devono essere disponibili almeno 1 aspiratore per ogni 4 letti di degenza ordinaria ed almeno 1 erogatore elettrico di ossigeno gassoso per ogni 3 letti di degenza ordinaria.

### C) REQUISITI ORGANIZZATIVI

Devono essere disponibili procedure/protocolli/standard di prodotto per:

- gestione delle richieste di prestazioni-consulenze ad altri servizi
- gestione interventi in modalità assistenziale pneumologica specifica
- gestione e precauzioni da adottare per sospetti o malati contagianti aerogeni TB
- gestione completamento-chiusura cartelle alla dimissione (archivio referti mancanti alla dimissione)
- gestione/comunicazione ai pazienti/inserimento in cartella clinica del referto BK

## 2. Indicatori di processo

---

Informano se il processo assistenziale è appropriato, o meno, rispetto a standard di riferimento: linee-guida, percorsi assistenziali

# 3. Indicatori di esito

---

Documentano una modifica di esiti assistenziali:  
clinici, economici, umanistici

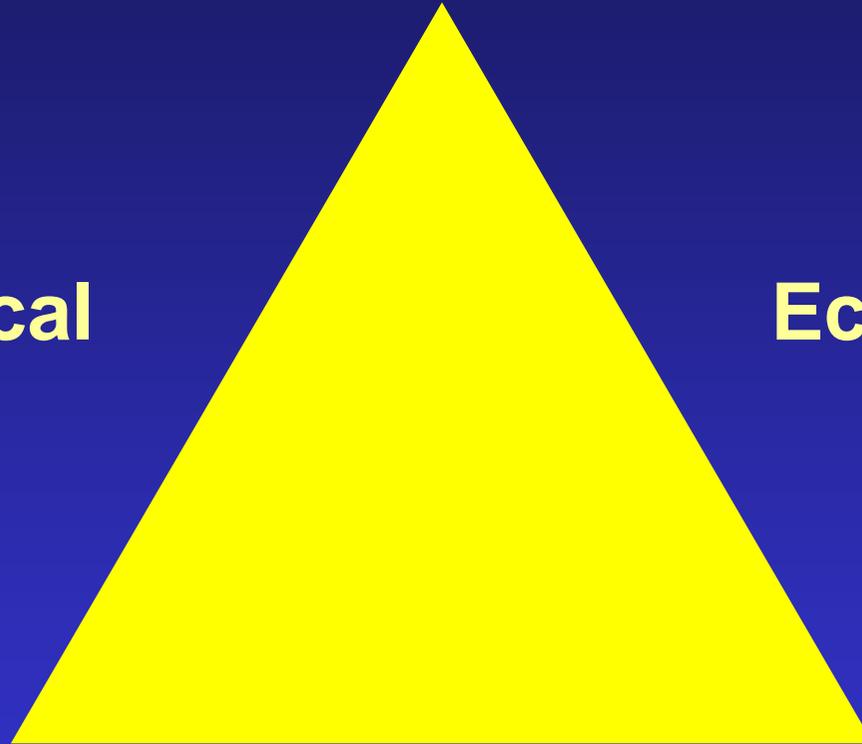
# Indicatori di esito

---

**Clinical**

**Economic**

**Humanistic**



Struttura



Processi



Esiti

Struttura  $\rightleftharpoons$  Professionisti



Processi



Esiti

# Processo Assistenziale

---

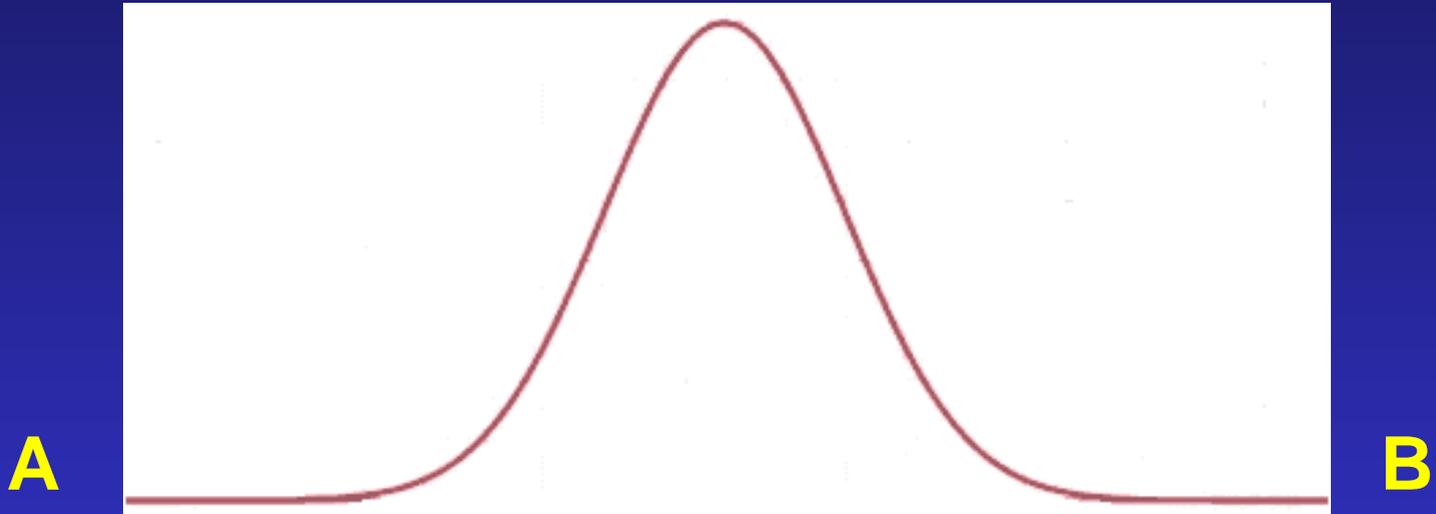
- Rappresenta l'unità elementare del percorso assistenziale (costituito da N processi)
- In funzione del numero di strutture e di professionisti coinvolti nella sua erogazione il processo può essere molto semplice, o estremamente complesso
- L'appropriatezza dei processi è correlata al grado di aderenza alle raccomandazioni cliniche.

# Procedura Operativa

---

- Sequenza di azioni tecnico-operative attraverso cui il professionista eroga gli interventi assistenziali.
- Rappresenta l'unità elementare del processo, costituito da N procedure
- Può essere molto semplice (cateterismo vescicale) o estremamente complessa (chirurgia dell'aorta addominale).
- La conformità delle procedure dovrebbe essere definita da standard di competence professionale

# Due scenari estremi



↑ competence  
↓ appropriatezza

↓ competence  
↑ appropriatezza

Struttura  $\rightleftharpoons$  Professionisti



Processi



Esiti

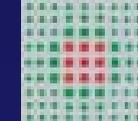
Accreditamento  $\rightleftharpoons$  ???



Evidenze



Sistemi informativi



## Clinical competence e formazione

### A. Competenza individuale

Livelli di competenza:

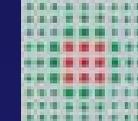
Livello I: ha bisogno di training per effettuare il compito specifico

Livello II: ha bisogno di supervisione per effettuare il compito specifico

Livello III: è competente per effettuare il compito specifico senza supervisione

Livello IV: è competente per formare altri ad effettuare il compito specifico

Per i Responsabili di strutture organizzative complesse e i Responsabili di strutture organizzative semplici deve essere prevista una formazione per l'acquisizione di competenze di tipo manageriale.



## **PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA**

### **Capacità ed esperienze**

- Capacità ed esperienza in Endoscopia Diagnostica
- Capacità ed esperienza in Endoscopia Terapeutica
- Organizzazione delle attività endoscopiche
- Organizzazione della sala endoscopica

**SPECIALTY TRAINING CURRICULUM**

**FOR**

**RESPIRATORY MEDICINE**

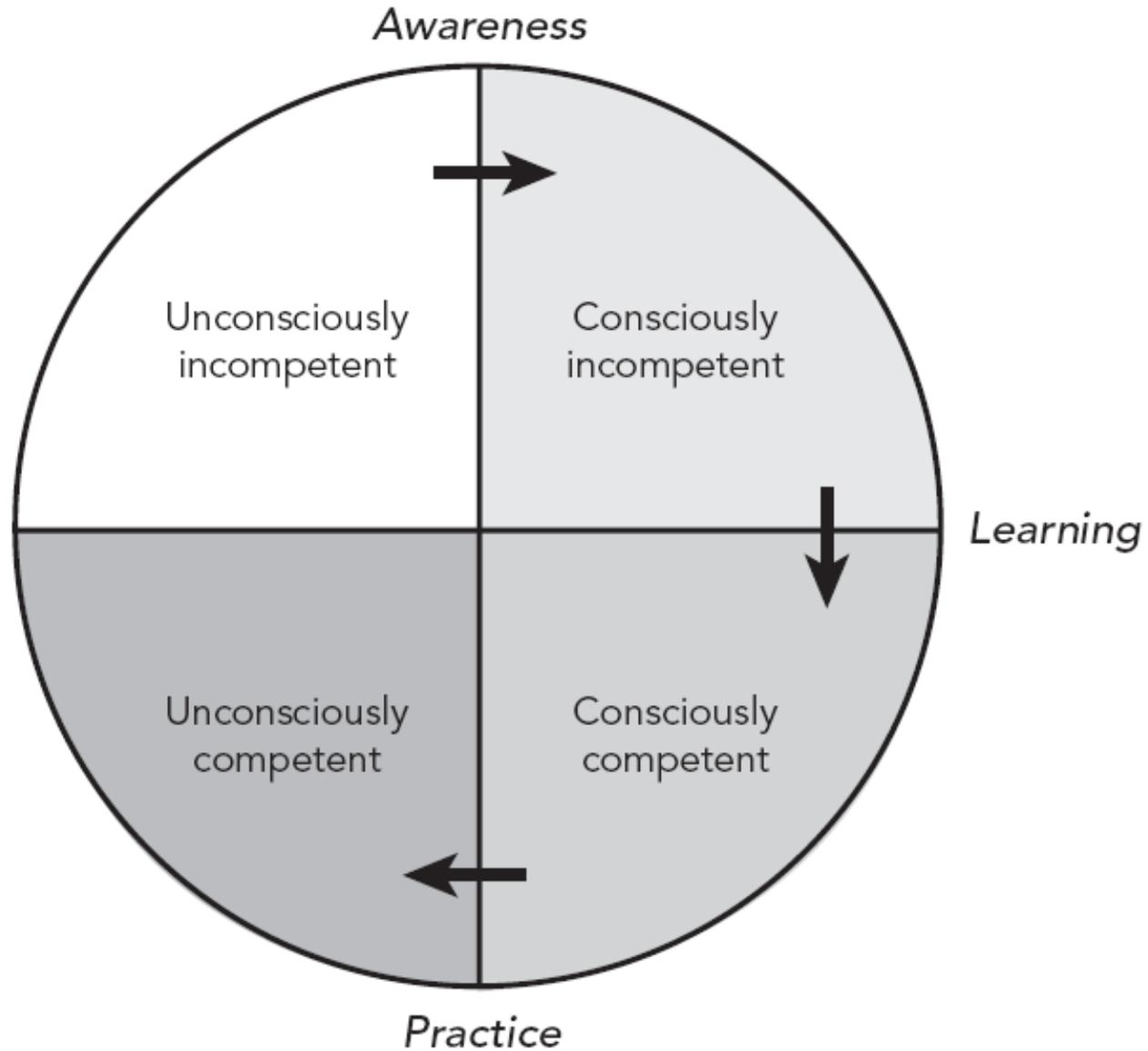
**DECEMBER 2007**

**MINOR AMENDMENTS TO MAY CURRICULUM  
APPROVED BY PMETB DEC 2007**

## Subject: Procedures 3 - Bronchoscopy

Objective	Knowledge	Skills	Attitudes
<ul style="list-style-type: none"><li>• Be safe, efficient and competent at fiberoptic bronchoscopy and relevant associated techniques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Indications for fiberoptic bronchoscopy</li><li>• Safe sedation for bronchoscopy</li><li>• Techniques of fiberoptic bronchoscopy</li><li>• Bronchoalveolar lavage</li><li>• Transbronchial biopsies</li><li>• Be aware of more advanced diagnostic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Be competent in safely performing fiberoptic bronchoscopy. A minimum of 200 should be recorded in the training portfolio/DOTS. Initially the trainee will be an observer and subsequently perform bronchoscopy under supervision, with appropriate increasing</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• As outlined in generic curriculum</li><li>• A log book should be kept</li><li>• The percentage positive histology rate for visible tumour should be audited.</li></ul>

## Stages in acquiring skills

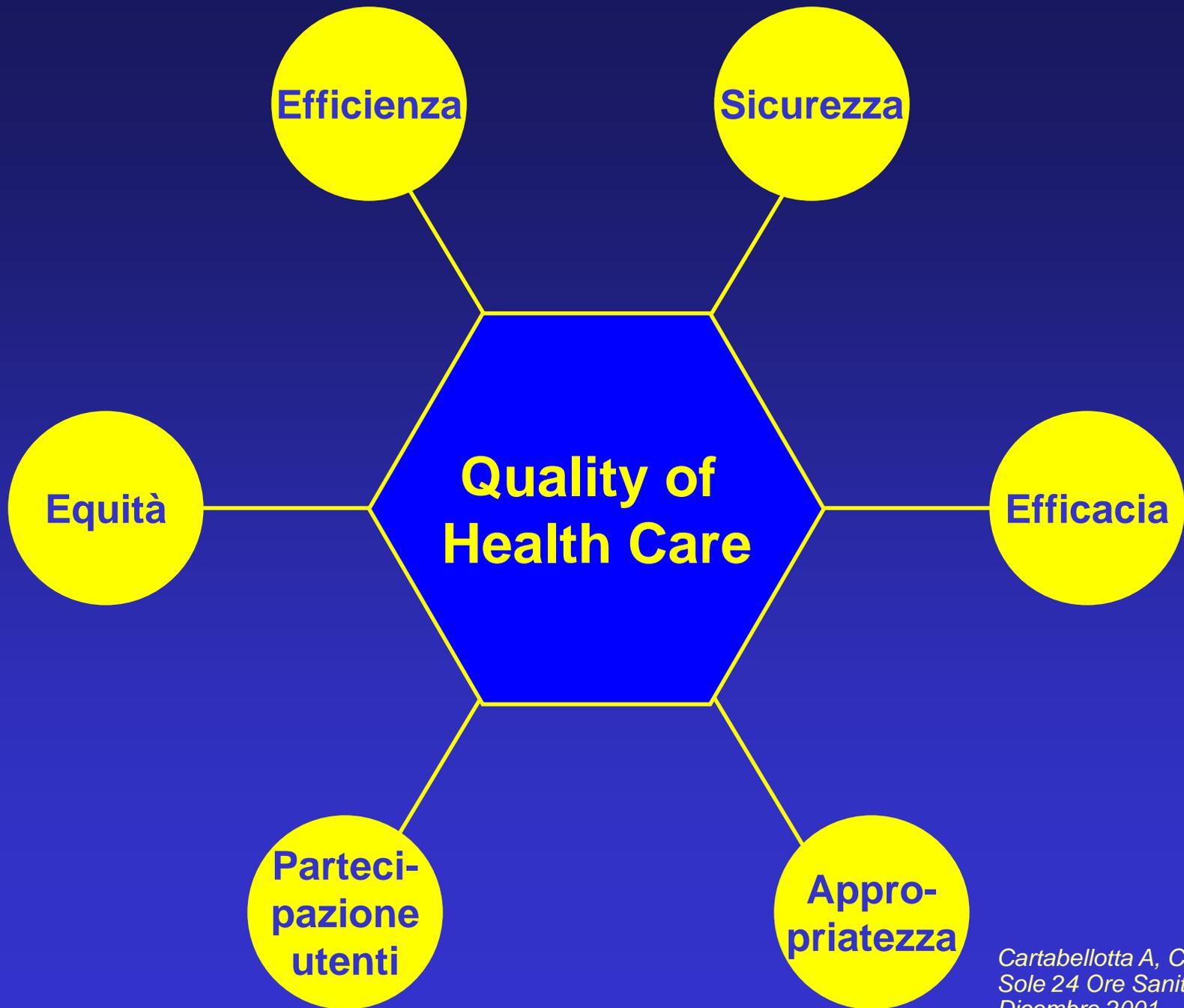


Modified from Peyton.<sup>7</sup>

# Eccellenza professionale: cosa misuriamo?

---

1. Conoscenze
2. Competenze tecniche (skills)
3. Appropriatelyzza dei processi
4. Esiti: efficacia, sicurezza, efficienza



*Cartabellotta A, Cellini M.  
Sole 24 Ore Sanità & Management  
Dicembre 2001*

# Case-study: l'endoarteriectomia carotidea

---

## **SICUREZZA**

- Incidenza di complicanze maggiori: mortalità e stroke perioperatori.
- Incidenza di complicanze minori: infezioni, ematomi, neuropatie dei nervi cranici (VII, IX, X, XII).

# Case-study: l'endoarteriectomia carotidea

---

## **EFFICACIA**

- Percentuale di pazienti sottoposti a TEA in cui viene documentato il ripristino del flusso ematico
- Incidenza di stroke nei 6 mesi successivi alla TEA

# Case-study: l'endarterectomia carotidea

## APPROPRIATEZZA

- Tasso di appropriatezza della TEA nei pazienti sintomatici in relazione al grado di stenosi: > 50% negli uomini e > 70% nelle donne
- Tasso di appropriatezza della TEA nei pazienti asintomatici, in relazione al grado di stenosi e al tasso di complicanze maggiori locali
- Appropriatelyzza di timing (entro due settimane) nei pazienti clinicamente stabili dopo episodio acuto di TIA o stroke

# Case-study: l'endoarteriectomia carotidea

---

## COINVOLGIMENTO DEGLI UTENTI

- Predisposizione e distribuzione di materiale informativo sulla TEA
- Percentuale di pazienti che dichiara di aver ricevuto adeguate informazioni pre-operatorie
- Implementazione di una misura di soddisfazione degli utenti e documentazione di progressivo miglioramento

# Case-study: l'endoarteriectomia carotidea

---

## **EQUITA' DI ACCESSO**

- A parità di indicazioni/urgenza, tempo medio di attesa per la TEA stratificato per età, genere, razza, livello socio-economico dei pazienti in lista

**5. Assegna uno score alle capacità della tua Azienda di misurare indicatori di EQUITA' D'ACCESSO**

1. Nessuna
2. Minima
3. Buona
4. Eccellente
5. Non so

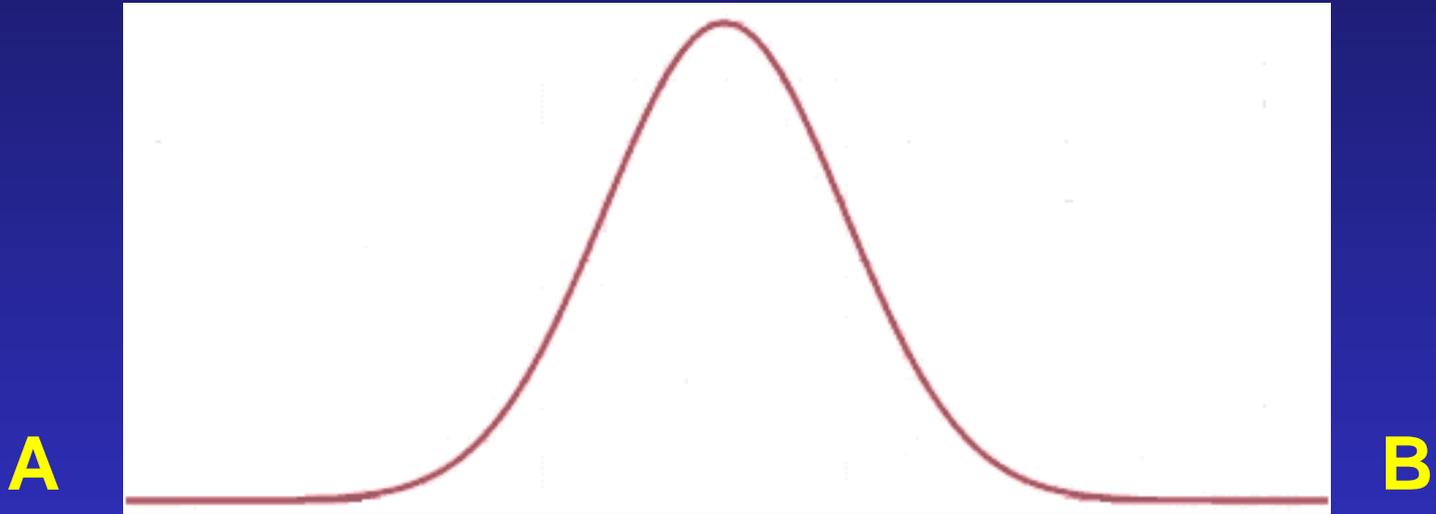
# Case-study: l'endoarteriectomia carotidea

---

## **EFFICIENZA**

- Numero TEA eseguite
- Degenza media dei pazienti sottoposti a TEA
- Tempo medio della valutazione pre-operatoria

# Due scenari estremi



↑ competence  
↓ appropriatezza

↓ competence  
↑ appropriatezza

# Due scenari estremi

---

## ORGANIZZAZIONE A

- Esegue 1000 TEA/anno
- Tasso di complicanze maggiori 4%
- Tasso di efficacia della TEA a breve termine: 99%
- Tasso di appropriatezza 50%

**20 pazienti → stroke o morte perioperatoria**

# Due scenari estremi

---

## ORGANIZZAZIONE B

- Esegue 500 TEA/anno
- Tasso di complicanze maggiori 8%
- Tasso di efficacia della TEA a breve termine: 95%
- Tasso di appropriatezza 80%

**16 pazienti → stroke o morte perioperatoria**



# 1. Obiettivi Formativi Nazionali e Regionali

---

## OBIETTIVI DI PROCESSO E DI SISTEMA

- Mirano all'acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della **qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza** e **sicurezza** degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie

# Attività e procedure idonee

---

## Definire gli standard assistenziali

- Percorsi assistenziali (da LG e HTA reports)

## Strumento di misurazione

- Audit clinico

## Unità di misura

- Indicatori di processo e di esito

## Sistemi informativi

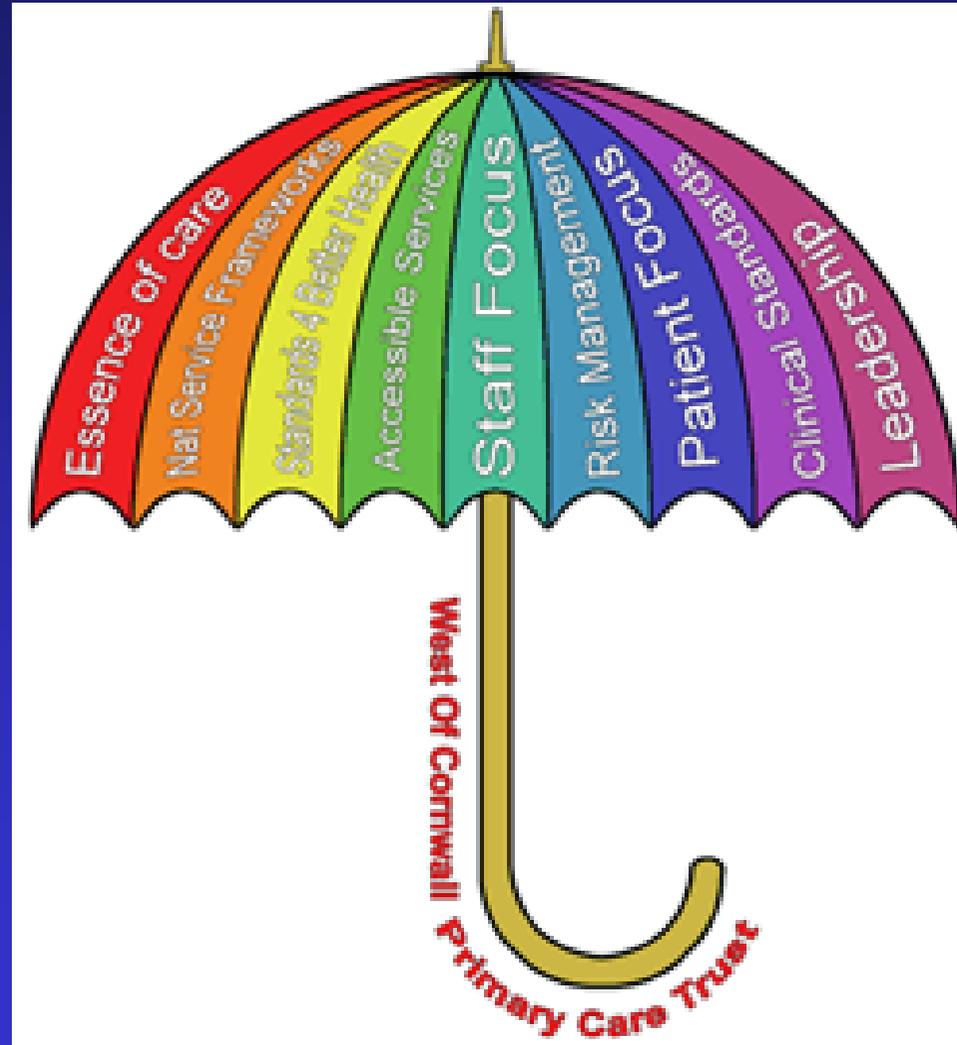
- Database clinici

# 3. Le Aree di Riferimento

---

1. Linee guida, Protocolli, Procedure, Documentazione clinica
2. Percorsi clinico-assistenziali/diagnostici/riabilitativi, profili di assistenza, profili di cura
3. Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia
4. Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie
5. La sicurezza del paziente
6. Technology assessment

# Umbrella of Clinical Governance



*Cassel CK, Leatherman S, Black C, et al.*

# **Physicians' assessment and competence: USA and UK**

*Lancet 2006;368:1557-1559*

	UK	USA
Education oversight (accreditation)	Postgraduate Medical Education and Training Board (government)	Accreditation Council for Graduate Medical Education (private)
Fitness to practice (legal regulation)	General Medical Council	State licence
Continuing medical education	Medical Royal Colleges	Specialty membership societies
Specialty certification sponsor	Medical Royal Colleges	Independent specialty boards
Specialty certification requirement	Education requirements	Periodic cycle (6–10 years), practice assessment, and knowledge examination

**Table: Regulation of the medical profession in UK and USA**

