



Governo clinico Nella provincia emiliana sono state attivate unità ad hoc

E Reggio punta sulla «CeU»

L'«Unità per l'efficacia clinica» è una struttura trasversale al servizio del direttore sanitario e dei direttori di dipartimento

Il suo compito è quello di rendere sistematico l'uso degli strumenti per la qualità

di Antonino Cartabellotta*,
Barbara Curcio Rubertini**
e Mauro Grossi***

Il termine clinical governance è stato introdotto nel 1993 dall'Organizzazione mondiale della Sanità, quale modalità preferenziale per sintetizzare le numerose dimensioni della qualità assistenziale. Più recentemente, il Servizio sanitario nazionale inglese ha scelto la clinical governance come il «contesto in cui professioni e amministratori si rendono responsabili del miglioramento della qualità dell'assistenza e del percorso verso l'eccellenza», contrapponendo tale strategia agli insoddisfacenti risultati ottenuti dalla competizione amministrata.

La clinical governance, considerata a pieno diritto una strategia di politica sanitaria, affonda salde radici culturali nel movimento dell'Evidence-based medicine/Evidence-based health care (Ebm/Ebhc), rappresentando la contestualizzazione all'interno delle organizzazioni sanitarie di strumenti metodologici già proposti dall'Ebm/Ebhc.

In Italia, nonostante la consistente apparenza delle «buone intenzioni» - che fanno apparire «evidence-based» la nostra politica sanitaria - l'applicazione di tali strumenti è stata frammentaria e disordinata, sia per

Gli step normativi

Efficacia e appropriatezza degli interventi sanitari sono stati identificati quali elementi ispiratori del Psn 1998-2000: «Le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche». Il Dlgs 229/99 ha confermato il ruolo delle evidenze scientifiche nella programmazione e nel finanziamento delle prestazioni sanitarie: «Sono escluse dai livelli d'assistenza erogati a carico del Ssn le prestazioni sanitarie che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche». Nell'attuazione di tali principi è stato varato il Dpcm sui Lea. La Cuf ha perfezionato l'applicazione dell'Ebm/Enhc per definire la rimborsabilità dei farmaci.

Il Dipartimento per la farmacovigilanza ha supportato diverse iniziative per la diffusione dell'Ebm tra gli operatori sanitari (nuova veste del «Bollettino d'Informazione sui Farmaci», traduzione di «Clinical Evidence» e del «British National Formulary»). Il Programma nazionale per le linee-guida è fortemente ispirato ai principi/metodi dell'Ebm/Ebhc.

* Gimbe - Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze

** Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

*** Azienda Usl, Reggio Emilia



la continua alternanza di valori politici e culturali, sia per l'interesse occasionale/opportunistico dei professionisti nei riguardi dell'Ebm/Ebhc.

Per ciò che riguarda la clinical governance, l'Emilia Romagna è stata la prima Regione a introdurre il governo clinico con il Piano sanitario regionale 1999-2001:

- «Il governo clinico è il cuore delle organizzazioni sanitarie: investe tutto il sistema organizzativo, tanto l'ambito strategico quanto quello strutturale e operativo; si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di elevati standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione; è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia di qualità, la realizzazione di attività di miglioramento e il con-

trollo della qualità dei servizi sanitari».

- «La funzione del governo clinico, posta in capo al direttore sanitario, si avvale di una struttura organizzativa di cui sono chiari gli ambiti di autonomia e responsabilità di ogni professionista. Si esercita attraverso l'uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativo-gestionali tesi a evitare i rischi, a individuare tempestivamente gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori, a disseminare la buona pratica clinica, a garantire che siano in opera adeguati sistemi per il miglioramento continuo della qualità».

- «Il governo clinico ha come

principale obiettivo l'affidabilità del servizio sanitario: ogni azione deve pertanto essere coerente e funzionale al raggiungimento degli obiettivi del sistema e da un punto di vista metodologico privilegia l'approccio

multidisciplinare ai problemi, il lavoro di team e chiare modalità di progettazione e verifica dei risultati».

Senza entrare nel merito di specifici dettagli, sembra evidente che la clinical governance

richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle aziende sanitarie, chiamate a giocare un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità clinica, che - in ogni caso - devono essere definiti,

.....
**La «clinical governance»
rende necessario
un diverso orientamento
della struttura
organizzativa
delle aziende sanitarie**
.....

Il governo clinico in Emilia Romagna

Il **Piano sanitario regionale (Psr) 1999-2001** ha introdotto lo strumento del governo clinico, enfatizzando gli aspetti del Psn 1998-2000 relativi all'efficacia-appropriatezza delle prestazioni sanitarie e all'utilizzo adeguato delle informazioni scientifiche.

- Nell'ambito degli obiettivi di qualificazione dell'assistenza sanitaria previsti dal Psr 1999-2001, lo sviluppo degli strumenti del governo clinico ha assunto una tale valenza strategica da avviare uno specifico programma dell'agenzia sanitaria regionale, che ha già realizzato diverse iniziative.
- Il **Programma regionale di accreditamento** ha previsto esplicitamente che, a tutti

i livelli dell'organizzazione sanitaria (dipartimenti, unità operative) siano utilizzati correntemente metodi di valutazione quali l'audit clinico, la misurazione dell'aderenza a linee-guida, la misurazione di indicatori di processo/esito, la valutazione del grado di utilizzo delle migliori evidenze scientifiche disponibili, la misura dell'appropriatezza degli interventi.

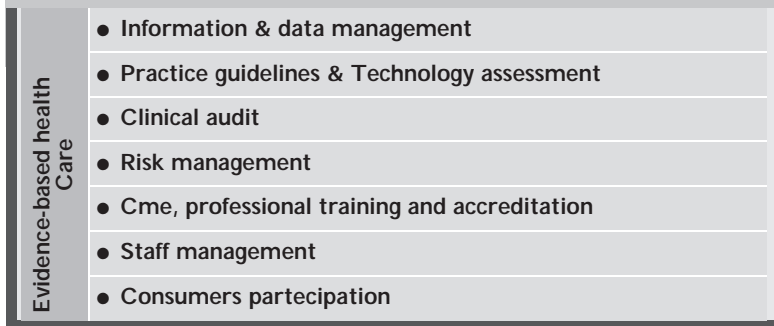
- Nelle **linee-guida per l'atto aziendale**, al paragrafo «Principi e criteri per il Governo clinico-assistenziale» si legge che: «L'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali alla componente professionale dell'azienda e la partecipazione dei professionisti

all'elaborazione delle strategie aziendali attraverso il collegio di direzione, comportano che tali responsabilità vengano sostenute e chiarite dall'introduzione dei temi della medicina basata sulle evidenze, delle linee guida, dell'autovalutazione periodica, della gestione del rischio».

- Il **Piano degli Obiettivi 2002 per le aziende sanitarie**, sulla scorta delle attività realizzate dall'agenzia sanitaria regionale nel 2001, fornisce alle aziende numerose indicazioni operative che riguardano gli strumenti del governo clinico (linee guida, clinical audit, rischio clinico).



Fig. 1 - Gli strumenti del governo clinico



mantenuti e verificati dalla componente professionale. In altre parole, se la mission delle aziende sanitarie è quella di fornire assistenza di elevata qualità, sono proprio i professionisti (medici, infermieri, tecnici) a divenire il riferimento assoluto per l'organizzazione.

La struttura, gli strumenti e le competenze necessarie per l'attuazione del governo clinico

Da quanto esposto, risulta ovvio che il governo clinico necessita di una struttura dipartimentale ben organizzata che, a quasi due anni dall'entrata in vigore del DI 229/1999, «è ben lontana dall'essere una realtà consolidata nel Servizio sanitario nazionale» («Il Sole-24 Ore Sanità» 24-30 aprile 2001; pag. 25). Inoltre, «su un campione di circa 200 strutture sanitarie, il 78% (88% al Nord contro il 65% al Sud) afferma che il proprio assetto organizzativo include la presenza di uno o più dipartimenti, ma solo nel 40% dei casi la loro istituzione ha modificato la struttura organizzativa e i meccanismi operativi (budgeting, incentivazione ecc.)» («Sanità & Management», settembre 2002, pagg. 14-17).

In ogni caso, al fine di garantire un sistema di governo clinico, la

struttura dipartimentale è solo una conditio sine qua non, perché l'azienda sanitaria deve disporre di adeguati strumenti e competenze (figura 1), che riconoscono nella Ebhc il «comune denominatore culturale e metodologico».

Riportando sinteticamente tali strumenti, rimandiamo per i dettagli ai contributi specifici già ospitati in questa rubrica.

● **Information management** (*Sanità & Management*. Agosto-settembre 2000: pagg. 29-34)

- Utilizzare i moderni strumenti per la "gestione" delle informazioni scientifiche: banche dati biomediche, editoria elettronica, Internet, software di archiviazione bibliografica.

- Valutare criticamente le evidenze scientifiche: validità interna e applicabilità clinica di studi primari (osservazionali e sperimentali) e integrativi (revisioni sistematiche, linee-guida, technology assessment reports, analisi economiche, analisi decisionali).

● **Data management**

- Sviluppare e potenziare i database clinici.

- Rendere "comunicabili" i vari sistemi informativi aziendali.

● **Practice guidelines** (*Sanità & Management*. Aprile 2001: pagg. 35-41).

- Adattare localmente linee guida nazionali/internazionali, previa valutazione della qualità metodologica.

- Diffondere le linee guida, implementarle e valutarne l'impatto su indicatori di processo e, se possibile, di esito (*Sanità & Management*. Giugno-luglio 2002: pagg. 18-22).

- Selezionare, attraverso un'attenta analisi del contesto locale le strategie più efficaci per determinare il cambiamento della pratica professionale (*Sanità & Management*. Novembre 2000: pagg. 29-34).

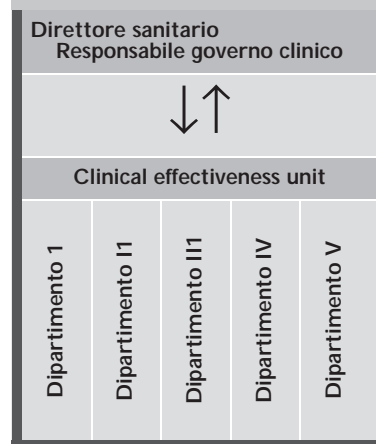
- Acquisire le tecniche principali per raggiungere il consenso formale nelle aree grigie.

● **Technology assessment** (*Sanità & Management*. Gennaio 2001: pag. 33-37)

- Utilizzare i report internazionali di technology assessment per valutare l'opportunità di acquisto e le modalità di gestione delle tecnologie sanitarie, al fine di promuovere la diffusione di quelle efficaci e la dismissione di quelle di qualunque tecnologia di efficacia non documentata o, comunque, obsoleta.

● **Clinical audit** (*Sanità & Management*. Dicembre 2000: pagg.

Fig. 2 - La «CeU»





29-36)

- Pianificare e condurre audit clinici che, confrontando la pratica corrente con standard evidence-based, permettano sia di riconoscere le inapproprietezze (in eccesso e in difetto) dell'assistenza erogata, sia di verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento.

● **Clinical risk management** (*Sanità & Management*. Settembre 2002: pagg. 18-23)

- Considerare l'errore come «difetto del sistema e non del singolo professionista» e sviluppare adeguati programmi aziendali di gestione del rischio clinico.

● **Continuing Medical Education, Professional Training, Accreditation** (*Sanità & Management*. Ottobre 2002: pagg. 20-23)

- Consolidare diffusamente tra gli operatori sanitari, la cultura

della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale.

- Inserire le attività di Ecm nelle strategie multifattoriali mirate alla modifica dei comportamenti professionali.

- Sviluppare strumenti per misurare la qualità tecnico-professionale dei singoli operatori, sino a definire programmi di training e criteri di accreditamento.

● **Staff management**

- Definire le strategie di management generale degli staff, al fine di ottenere il massimo dai propri professionisti, visto che gli esiti assistenziali risultano dall'attività di un team di operatori e servizi adeguatamente supportata dal contesto organizzativo.

● **Consumer participation** (*Sanità & Management*. Dicembre 2001: pagg. 33-34)

- Coinvolgere i cittadini nelle modalità di erogazione di servi-

zi e prestazioni sanitarie, sia perché gli utenti ne hanno il diritto, sia perché il loro coinvolgimento può apportare considerevoli vantaggi.

L'esperienza delle aziende di Reggio Emilia

L'azienda ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova (Asm) e l'azienda UsI (Ausl) di Reggio Emilia da tempo sono impegnate a divulgare nella cultura e nella pratica dell'organizzazione e dei professionisti, i principi di efficacia/appropriatezza delle prestazioni sanitarie e di verifica dei risultati.

Nell'ambito delle varie iniziative avviate per organizzare il sistema aziendale di governo clinico, le due aziende hanno progressivamente consolidato una partnership con il Gimbe.

Anche se il percorso si è articolato attraverso interventi non sem-

Cronologia della partnership tra Gimbe e aziende sanitarie di Reggio Emilia

Gimbe e le aziende sanitarie della provincia di Reggio Emilia: una solida partnership

1999

● Progetto di formazione base: «Workshop Evidence-based Medicine»
- Quattro iniziative che hanno coinvolto circa 100 professionisti (in prevalenza medici di medicina generale)

2000

● Programma di formazione avanzato sulla Ebm
- Destinato a un gruppo misto di medici di medicina generale e ospedalieri

2001-2002

● Progetto interaziendale di formazione-intervento:

- Formazione dell'unità per l'efficacia clinica - Clinical effectiveness unit (CeU)

- Avvio di progetti d'intervento:

1) La trasfusione di sangue ed emocomponenti: appropriatezza e gestione del rischio

2) La profilassi del danno gastrointestinale da farmaci: appropriatezza e gestione del rischio

- Avvio formazione dei referenti CeU di unità operativa, per la creazione delle reti dipartimentali (diagnostica per immagini, patologia clinica, emergenza-urgenza, oncematologia)

● Consolidamento partnership

- Monitoraggio progetti avviati

- Avvio nuovi progetti di intervento sull'appropriatezza degli interventi sanitari

- Formazione CeU: nuove tematiche, aggiornamenti

- Progetti di formazione trasversali (technology assessment, valutazione economica degli interventi sanitari)

- Potenziamento reti dipartimentali

- Collaborazione con l'Asm e la Washington University School of Medicine nel «Centro di educazione continua e di documentazione per il governo clinico e l'innovazione professionale»

2003



pre lineari, soffrendo le difficoltà dovute all'introduzione di nuovi riferimenti culturali nelle organizzazioni, il suo punto di forza è rappresentato dall'ottica di sistema propria del governo clinico: rendere sistematico, e non occasionale, l'utilizzo di tutti gli strumenti che garantiscono la qualità delle prestazioni sanitarie.

Il punto di arrivo di tale percorso, ma al tempo stesso il nuovo punto di partenza, è l'Unità per l'efficacia clinica (Clinical effectiveness unit - Ceu), una tecnologia trasversale di cui si avvalgono il direttore sanitario e i direttori di dipartimento per realizzare il sistema aziendale di governo clinico.

La Ceu è strettamente collegata alla rete aziendale per la qualità e l'accreditamento ed è organizzata in modo stabile e visibile per offrire, a tutti i livelli dell'organizzazione, il supporto metodologico necessario a garanti-

re l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

I professionisti che costituiscono la Ceu hanno seguito un consistente percorso formativo teorico-pratico sugli strumenti metodologici dell'Ebm/Ebhc e sulla loro contestualizzazione nell'organizzazione attraverso il governo clinico aziendale. L'approccio Ebm/Ebhc è stato progressivamente esteso, con meccanismo a cascata, a un numero sempre maggiore di operatori sanitari, per sviluppare una cultura professionale che enfatizzi l'utilizzo degli strumenti di qualità clinica. In particolare, oltre a seminari aperti al personale medico, infermieristico e tecnico -

per condividere metodi e obiettivi della Ceu e favorirne il radicamento nell'organizzazione - sono già stati avviati i programmi di formazione dei referenti delle unità operative per la creazione delle reti dipartimentali.

Ciascuna delle due aziende ha deliberato ufficialmente la Ceu, elaborando uno specifico regolamento approvato dal Collegio di Direzione. In queste pagine è riportato, a testimonianza dei risvolti aziendali dell'iniziativa, il regolamento Ceu dell'Asmn (quello dell'Ausl differisce solo per le peculiarità strutturali e organizzative di un'azienda territoriale multipresidio).

Infine - last, but not least - al Premio Qualità in Sanità 2002 (Forum P.A.) - il progetto Ceu, oltre alla segnalazione (tra il 7° e il 12° su 221 progetti), è stato giudicato «estremamente avanzato dal punto di vista tecnico-scientifico».

**La «Ceu»
è strettamente
collegata
alla rete aziendale
per la qualità
e l'accreditamento**

Cosa è stato realizzato

Nel corso della fase formativa, la Ceu ha avviato due progetti d'intervento - trasfusione di sangue e di emocomponenti e profilassi del danno gastro-intestinale da farmaci - con il duplice obiettivo di migliorare l'appropriatezza e di ridurre il rischio clinico.

Seguendo il modello Faiou-Die (Sanità & Management. Aprile 2002, pagg. 35-41), dopo il processo di validazione metodologica di linee guida internazionali - attraverso lo strumento Agree - è stata accuratamente pianificata, in relazione al contesto locale, una strategia d'implementazione multifattoriale che ha pre-

Azienda Usl di Imola

- Formazione Ebm base (circa 60 professionisti)
- Formazione avanzata per l'Unità per l'efficacia clinica (Uec)
- Delibera aziendale per la costituzione dell'Uec
- Avvio progetti sul campo
 - I percorsi assistenziali nel paziente con dispepsia
 - L'utilizzo appropriato dell'ecodoppler vascolare
- Formazione dei referenti di unità operativa e creazione delle reti dipartimentali

Azienda Usl di Ravenna

- Formazione avanzata per l'Unità per l'efficacia clinica (Uec)
- Delibera aziendale per la costituzione dell'Uec
- Avvio progetti sul campo
 - La polmonite acquisita in comunità
 - I percorsi assistenziali nel paziente politraumatizzato
 - L'appropriatezza prescrittiva delle statine
- Formazione dei referenti di unità operativa (a cura dei componenti dell'Uec) e creazione delle reti dipartimentali

Azienda Usl di Rimini

- Formazione Ebm base (circa 80 professionisti)
- Progetto di formazione-intervento «La terapia antibiotica empirica»
- Progetto «I percorsi assistenziali nella gestione del paziente con problematiche alcool-correlate»

Azienda Usl di Parma

- Inizio progetto di formazione-intervento nel gennaio 2003



visto:

- processo di consenso formale, al fine di pervenire a una condivisione delle linee guida tra i professionisti e le istituzioni locali (Comitato per il buon uso del sangue, Commissione terapeutica provinciale, rappresentanti dei cittadini eletti nel comitato consultivo misto);
- audit retrospettivo per identificare i gap tra i comportamenti professionali e gli standard assistenziali definiti;
- uso di reminder: poster, lea-

- flet, moduli per la richiesta (solo per gli emocomponenti);
- attività educazionali accreditate secondo il programma nazionale per l'Ecm: workshop interattivi a piccoli gruppi dove, a partire da casi clinici reali, viene simulata l'applicabilità delle linee-guida;
- coinvolgimento di opinion leader locali;
- avvio di un audit prospettico per verificare la modifica dei comportamenti professionali. Seguendo la metodologia delle

priorità sopra citate, altri gruppi multidisciplinari hanno già avviato ulteriori progetti d'intervento interaziendali:

- Appropriately della chemioterapia nel carcinoma polmonare non a piccole cellule, a cura della «Commissione oncologica provinciale».
- Appropriately sul percorso del paziente affetto da infarto acuto del miocardio, a cura del «Gruppo cardiologico provinciale».
- Appropriately degli inter-

Il regolamento della Ceu (A.O. Santa Maria Nuova di Reggio Emilia)

Articolo 1

▼ *Composizione e coordinamento*

- L'unità per l'efficacia clinica (Clinical effectiveness unit - Ceu) è composta da:
 - il referente per la qualità clinica della direzione di presidio;
 - il referente per la qualità clinica di ciascun dipartimento;
 - il referente per la qualità clinica della farmacia interna;
 - il referente per la qualità del nursing e delle attività tecniche della direzione del servizio infermieristico e tecnico;
 - un documentalista esperto del centro di documentazione e biblioteca scientifica Asmn;
 - il referente aziendale del sistema qualità-ufficio sviluppo organizzativo.
- La Ceu è coordinata dalla direzione medica di presidio,
- con il supporto dell'ufficio sviluppo organizzativo.
- La Ceu inoltre si può avvalere, su richiesta, di altri professionisti per progetti specifici e per un tempo determinato.

Articolo 2

▼ *Competenze*

- La Ceu costituisce la struttura organizzativa a livello trasversale di cui si avvalgono il direttore sanitario e i direttori di dipartimento per la realizzazione del sistema di governo clinico, previsto dai provvedimenti di attuazione del Piano sanitario regionale* e dal Regolamento dei dipartimenti, contenuto nell'atto aziendale**.
- La Ceu opera in modo integrato con le reti aziendali e dipartimentali per l'accreditamento e per la formazione. In particolare, la Ceu è la struttura tecnica di riferimento per:
 - a) individuare e utilizzare strumenti adeguati per la gestione delle informazioni scientifiche (banche dati biomediche, editoria elettronica, internet);
 - b) valutare criticamente le evidenze scientifiche: validità interna e applicabilità dei risultati degli studi clinici;
 - c) elaborare strategie per produzione-adattamento, disseminazione, implementazione e valutazione d'impatto di linee guida e percorsi diagnostico-tera-

peutici;

d) selezionare le strategie più efficaci per favorire il miglioramento della pratica professionale, anche attraverso iniziative educazionali;

e) pianificare e condurre audit clinici che consentano di ridurre le difformità fra la pratica esistente e gli standard di riferimento;

f) valutare l'appropriatezza, l'efficacia, la sicurezza e il rapporto costo-efficacia delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche;

g) progettare e realizzare, per quanto concerne gli ambiti più strettamente legati agli aspetti clinico-assistenziali, programmi di gestione e riduzione del rischio clinico.

- Nello svolgimento delle sue funzioni la Ceu si ispira ai principi della Evidence-based medicine e dell'Evidence-based health care.

Articolo 3

▼ *Funzioni aziendali, interaziendali, dipartimentali*

- La Ceu, oltre che a livello

(continua a pag. 22)



venti diagnostico-terapeutici nell'osteoporosi, a cura del «Gruppo provinciale osteoporosi».

Infine, altri gruppi di lavoro collaborano a progetti regionali sul governo clinico coordinati dall'Agazia sanitaria regionale: audit regionale sulla cataratta, studio sperimentale per la gestione del rischio clinico (finanziato dal ministero della Salute).

Conclusioni

Con l'avvento della devolution,

iniziano a delinearsi contrastanti modelli di politica sanitaria regionale, diversamente influenzati dall'Ebm/Ebhc/Governo clinico: è giusto fare l'impossibile per offrire tutto a tutti (confidenti che «accontentare i capricci di salute dei cittadini» può avere un eccellente ritorno politico), oppure è necessario percorrere la strada dell'efficacia/appropriatezza per governare la Sanità in un regime di risorse (sempre più) limitate? In ogni caso, considerato che nel Regno Unito la clini-

cal governance è "germogliata" da una progressiva maturazione in senso evidence-based di tutto il sistema (manager, professionisti, pazienti), riteniamo che in assenza di adeguati investimenti culturali, l'illuminata importazione del governo clinico nel nostro Paese potrebbe "appassire" per la sua stessa essenza «molto culturale e poco politica».

In tal senso, le aziende di Reggio Emilia, nell'attuazione del governo clinico, hanno provato a seguire i principi di Liam Donald-

(segue da pag. 21) - Il regolamento della Ceu

interaziendale, esercita le sue funzioni sia in modo trasversale per l'intero ospedale, sia all'interno dei dipartimenti.

● Agisce inoltre a livello provinciale per la realizzazione di programmi interaziendali concordati tra l'azienda Arcispedale Santa Maria Nuova e l'azienda Usl di Reggio-Emilia, secondo quanto previsto dalle priorità definite nel Piano per la salute e nei Piani delle azioni.

Funzione trasversale all'azienda e interaziendale

● È riferita a pratiche assistenziali che coinvolgono più di un dipartimento ed, eventualmente, strutture sanitarie esterne. In questo ambito la Ceu riceve mandati dal direttore sanitario, anche per fornire supporto e competenze alla Commissione terapeutica provinciale, al Comitato infezioni ospedaliere e al comitato etico.

● Su indicazione del direttore sanitario, i membri della Ceu partecipano a commissioni, gruppi aziendali e interaziendali, che affrontano temi specifici per i quali è richiesta la loro competenza.

● La Ceu può nominare al suo

interno sottogruppi che si occupano di argomenti specifici e che possono essere allargati a soggetti esterni.

Funzione per il Dipartimento

● Il direttore di dipartimento si avvale del referente dipartimentale della qualità clinica per l'esercizio delle responsabilità di governo clinico, previste nel regolamento dei dipartimenti, parte integrante dell'atto aziendale**.

● Il referente dipartimentale raccoglie le indicazioni dal direttore di dipartimento e dalle équipes, formula la proposta al comitato di dipartimento e coordina il programma dipartimentale per il governo clinico, mantenendo una stretta integrazione con il programma dipartimentale di accreditamento e fornendo input per il piano dipartimentale della formazione.

● Il referente dipartimentale della qualità clinica in collaborazione con i direttori di struttura individua i referenti delle strutture organizzative che costituiranno la rete dipartimentale per la qualità clinica.

● I referenti per la qualità clini-

ca delle strutture interne al dipartimento coordinano direttamente le attività e i progetti per la qualità clinica previsti dal programma dipartimentale nell'ambito della équipe di appartenenza.

● Il programma dipartimentale per il governo clinico dovrà prevedere:

1. gli obiettivi di miglioramento della qualità clinica da raggiungere e gli standard di qualità dei prodotti/servizi offerti che si intendono garantire;
2. i progetti da inserire nel budget annuale, fra gli obiettivi di risultato e nei piani di lavoro delle équipes;
3. lo sviluppo di programmi Ecm finalizzati alla diffusione della pratica clinica basata sulle evidenze;
4. la pianificazione di audit clinici;
5. l'adattamento locale di linee-guida evidence-based per le aree assistenziali a maggior frequenza e/o criticità;
6. lo sviluppo di percorsi per il monitoraggio e la gestione del rischio clinico, per quanto con-

(continua a pag. 23)



son - già direttore del Nhs Executive del Northern and Yorkshire - il quale sosteneva che «i tre ingredienti fondamentali per il successo di un'organiz-

zazione sanitaria sono cultura, cultura, cultura». Anche se i risvolti assistenziali del modello Ceu sono ancora da dimostrare, parte degli obiettivi

culturali sono già stati raggiunti, e diverse aziende hanno avviato - in partnership con il Gimbe - esperienze sovrapponibili a quella delle aziende reggiane. ●

(segue da pag. 22) - Il regolamento della Ceu

cerne gli ambiti maggiormente connessi agli aspetti clinico-assistenziali;

7. eventuali altre aree d'azione secondo le indicazioni della Direzione aziendale e del direttore di dipartimento.

ARTICOLO 4

▼ *Modalità operative a livello aziendale*

● La Ceu a livello aziendale si riunisce di norma ogni due mesi su convocazione del coordinatore che definisce l'ordine del giorno e la data dell'incontro successivo al termine di ogni riunione.

● Possono essere convocate sedute straordinarie qualora se ne presenti la necessità.

● Per ogni incontro viene redatto verbale a cura dell'Ufficio sviluppo organizzativo che lo trasmetterà a tutti i componenti della Ceu, al direttore sanitario, al direttore medico di presidio, ai direttori di dipartimento, al direttore dell'ufficio sviluppo organizzativo, al responsabile del servizio infermieristico e tecnico e al direttore del servizio di farmacia interna.

● Il coordinatore della Ceu disciplina e coordina i lavori della stessa e riferisce al direttore sanitario le decisioni assunte in ogni incontro.

● Le attività di supporto alla Ceu, sia per le funzioni trasversali che per quelle dipartimentali sono assicurate da:

- 1. Ufficio sviluppo organizzativo (Uso)
 - garantisce il supporto metodologico alla stesura dei progetti, al loro monitoraggio e alla valutazione dei risultati;
 - insieme all'Ufficio statistiche della direzione medica di presidio,

garantisce la consulenza epidemiologica e statistica nella progettazione delle attività di audit clinico, nella elaborazione dei dati e nella valutazione dei risultati;

- garantisce consulenza e supporto nella progettazione dei sistemi di monitoraggio della qualità clinica e l'interfaccia con i sistemi informativi correnti aziendali, di interesse per le valutazioni della Ceu (a es. dati economici, dati sulla customer satisfaction);

- supporta lo sviluppo dei programmi Ecm di iniziativa della Ceu;

- promuove e supporta l'integrazione delle attività della Ceu con i processi aziendali e dipartimentali di accreditamento organizzativo e professionale.

2. Servizio di Farmacia

- Fornisce informazioni relative all'utilizzo di farmaci e presidi medico-chirurgici nell'Azienda ospedaliera e nell'azienda Usl di Reggio Emilia;

- provvede all'elaborazione dei dati di consumo richiesti per attività di monitoraggio e verifica delle linee guida;

- garantisce informazioni aggiornate su problematiche tecnico-farmacologiche e di normativa sanitaria relativamente ai beni farmaceutici;

- garantisce il collegamento con la commissione terapeutica provinciale e gli altri organismi interaziendali deputati alla valutazione e alla scelta di farmaci e presidi medico-chirurgici.

3. Ufficio statistiche della direzione medica di presidio

- Insieme all'Uso, garantisce la consulenza epidemiologica e statistica nella progettazione delle attività di audit clinico, nella elaborazione

dei dati e nella valutazione dei risultati;

- fornisce i dati relativi all'attività di degenza ordinaria e a ciclo diurno, sia in termini di volumi (indicatori sanitari) che di Drg, estratti dalla banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera.

ARTICOLO 5

▼ *Programmazione annuale e verifica*

● All'inizio di ogni anno la Ceu elabora e trasmette al direttore sanitario una relazione sull'attività svolta e sugli obiettivi raggiunti a livello aziendale e dipartimentale e una pianificazione delle attività per l'anno successivo. Il direttore sanitario, sentiti i direttori di dipartimento autorizza il piano.

ARTICOLO 6

▼ *(Modifiche e integrazioni)*

● Il presente regolamento viene autorizzato dal direttore sanitario e potrà essere modificato e/o integrato qualora necessario.

Documenti di riferimento:

* Psr 1999-2001 - Primi provvedimenti di attuazione. Bur 02/05/2002

** Regolamento generale per la costituzione e il funzionamento dei dipartimenti medico-chirurgici nell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia - All. 1 dell'atto aziendale dell'azienda ospedaliera di Reggio Emilia, adottato il 24/05/2001