

Sommario



Settimanale di informazione
e documentazione sanitaria

Editore

Esse Editrice srl
Via Cancelliera, 24
00040 Cecchina - Roma

Direttore responsabile

Corrado de Rossi Re

Redazione:

Tel. 0697747927 - Fax 0697747928
redazione@panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti

Tel. 065911662 - Fax 065917809
abbonamenti@panoramasanita.it

Stampa

Eurolit
Via Bitetto n. 39
00133 Roma

Copie arretrate €5,00

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto della L. 196/03 sulla tutela dei dati personali. Coloro i quali non intendessero ricevere la rivista a titolo promozionale possono comunicarlo a mezzo fax al numero 065917809.

Registrazione del Tribunale
di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Spedizione in abbonamento postale - 45 %
art. 2 comma 20/b legge 662/96 - Filiale di Roma

DIARIO

- 6 Il Cnel sulla spesa sanitaria:
«Occorre recuperare il ruolo centrale di controllo del sistema»
- 7 Pubblicato "Viaggi e salute nei 5 continenti, 2007"
- 8 Nascite: l'88% dei parti nel pubblico, l'11,5% nel privato
- 9 L'inchiesta di Altroconsumo su circa 1700 donne.
Gravidanza: troppi esami inutili

NOTIZIARIO

DOSSIER

- 14 Al via il primo "Piano nazionale alcol"
- 15 Il Piano nazionale Alcol e Salute

ATTUALITÀ

- 29 Istat: gli indicatori demografici relativi al 2006.
La Liguria la regione più "anziana"
- 32 Commissione antidoping 2007:
in un anno invariato il trend della positività
- 33 Fao: meno casi d'influenza aviaria quest'anno
- 34 Camelet: un progetto di comunicazione sui campi elettromagnetici
- 35 Irccs Neuromed: attivata un'unità di trattamento neurovascolare acuto

LAVORO

- 36 La "Riforma della Medicina Generale" della Fimmg:
disegnata la figura del Mmg
- 37 Protocollo siglato da consumatori e Ordine degli psicologi: arriva la
Carta dei diritti dell'utente

A & F

AZIENDE

- 40 Nasce L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari

REGIONI

- 42 Sarà a Fano il primo centro di raccolta del cordone ombelicale
- 44 Veneto: le nuove regole per ridurre i tempi attesa

STUDI

- 46 Il caso del processo riabilitativo specialistico ambulatoriale. L'estensione del metodo ai procedimenti sanitari più complessi

Nell'inserto DOCUMENTI

• Bozza documento sulla Rifondazione della Medicina Generale

Le verifiche di adeguatezza e completezza dei percorsi sanitari con l'impiego degli indicatori

Il caso del processo riabilitativo specialistico ambulatoriale.

L'estensione del metodo ai procedimenti sanitari più complessi

di V. A. Giordano*, A. M. Terracciano**, V. Ciaramella***, M.A. Pino°, C. Tassarò°, G. Attianese°, M. Triassi°°, A. Gimigliano°°, L. Renzulli°°°°

È ben nota a tutti coloro che operano nell'ambito dei Sistemi Sanitari la diffusa difficoltà di disporre, ancor più difficilmente in tempo reale, della evidenza oggettiva della adeguatezza e della completezza dei processi sanitari già svolti o in corso di svolgimento. In questo breve lavoro si illustra, invece, un caso peculiare (relativo alla riabilitazione specialistica ambulatoriale) nel quale la semplicità estrema del sistema di monitoraggio del processo attraverso alcuni indicatori coesiste con la evidente efficienza del metodo. È così possibile non solo individuare le fasi di incompletezza e/o di inadeguatezza del procedimento ma è oltremodo semplice, anche, intervenire rapidamente su eventuali problemi adottando le più opportune iniziative per una loro agevole risoluzione. Si discute, poi, sulle possibilità di una più generalizzata applicazione del metodo ad altri processi sanitari più complessi

Premessa

Coloro i quali svolgono attività sistematica di audit interno o esterno dei Sistemi di Qualità delle Aziende Sanitarie (pubbliche o private) si trovano generalmente, nei casi migliori, a poter verificare la adeguatezza e la completezza dei singoli percorsi assistenziali attraverso un procedimento ispettivo molto oneroso, caratterizzato altresì da bassa significatività statistica, consistente nell'esaminare ponderose, non sempre ordinate e non sempre complete cartelle cliniche, spesso illeggibili. Si tratta, generalmente, di svol-

gere un lavoro enorme attraverso cui si raccolgono risultati che, se permettono la identificazione di taluni errori in modo utile ad attivare iniziative correttive di carattere generale nell'ambiente sanitario sottoposto ad audit, non permettono, proprio per la loro rilevante complessità, di intervenire con effettivi vantaggi immediati sulla totalità dei pazienti cui sono destinati i percorsi assistenziali della struttura in cui è svolta la indagine.

Gli autori di questo articolo, ben consapevoli della situazione descritta, hanno ritenuto di dover utilizzare una precisa circostanza verificatasi nella evoluzione

del Sistema Sanitario della Regione Campania per tentare di attivare un metodo di controllo tempestivo e completo del percorso assistenziale che garantisce, nella sostanza, il corretto evolversi del percorso medesimo con vantaggi diretti ed immediati ai pazienti che sono al centro del processo sanitario di riabilitazione specialistica ambulatoriale.

Materiali

Lo scenario normativo della Regione Campania.

Il Sistema Sanitario Regionale della Campania, pur non essen-

do ritenuto fra i più virtuosi dell'intero scenario italiano, si è ormai effettivamente avviato verso una fase decisamente caratterizzata dal progresso con l'impiego di una prudeniale metodologia di innovazione, anche "ad inseguimento", che utilizza molti dei risultati delle esperienze già realizzate nelle altre Regioni, attraverso la integrazione delle linee di progresso seguite altrove con l'adozione di provvedimenti di politica sanitaria nazionale e con proprie autonome e pregevoli iniziative.

Ed, in effetti, nel corso di questa fase di rinnovamento sono stati adottati nel giro di un anno, con effetti concreti sul miglioramento dell'area della riabilitazione specialistica ambulatoriale, il provvedimento relativo alla adozione delle "Linee Guida Regionali per la Riabilitazione", Dgrc 482/2004, ed il provvedimento che definiva gli ulteriori requisiti per l'"Accreditamento Istituzionale delle attività di Riabilitazione Specialistica Ambulatoriale", Dgrc 1526/2005.

Le Linee Guida Regionali per la Riabilitazione.

Ai fini del monitoraggio del percorso assistenziale del paziente le Linee Guida Regionali per la Riabilitazione identificano, fra gli altri, una serie di vincoli ed opportunità che qui si ricordano:

- La presa in carico multidisciplinare del paziente;
- L'impiego, secondo predeterminati requisiti minimi, della cartella clinica;
- L'impiego del Case Manager ai fini del miglior funzionamento della Equipe Multidisciplinare;
- La caratterizzazione delle condizioni iniziali del paziente con codifica Icdh;
- La valutazione periodica a breve, a medio ed a lungo termine del paziente;
- La definizione degli obiettivi del trattamento a breve, medio e lungo termine;

- La valutazione di efficacia dei trattamenti.

I requisiti ulteriori per l'accreditamento della riabilitazione specialistica ambulatoriale.

Lo scenario caratterizzato dalla norma regionale sui Requisiti Ulteriori per l'Accreditamento Istituzionale della Riabilitazione Specialistica Ambulatoriale non sovrverte, ovviamente, il contenuto delle Linee Guida Regionali sulla riabilitazione ma fissa fra gli altri, anche in omaggio alle leggi nazionali, alcuni preziosi concetti ed obblighi:

- È obbligatorio acquisire gli ulteriori requisiti entro un termine determinato;
- Le strutture che non acquisiscono i nuovi requisiti perdono anche l'accREDITAMENTO temporaneo;
- La procedura di accreditamento istituzionale è realizzata con impostazione competitiva, nel senso che
 - a) esistono vari livelli di qualità riconosciuti ai soggetti accreditati ed i soggetti che posseggono livelli di qualità più elevati sono favoriti nella stipula dei contratti di fornitura al Sistema Sanitario Regionale,
 - b) la Regione può accreditare strutture in eccesso rispetto ai bisogni sanitari della popolazione proprio per consentire una dinamica competitiva che altrimenti verrebbe meno se la capacità operativa totale dei soggetti accreditati fosse appena sufficiente a soddisfare i bisogni della popolazione regionale,
 - c) fra i requisiti specifici richiesti alla singola struttura da accreditare emerge quello relativo ad un livello di insuccesso nei trattamenti non superiore al 5% della media regionale.

Le iniziative intraprese nella Casa di Cura S.Maria del Pozzo-Centro Riabilitativo Polispecialistico.

La notevole sintesi qui realizzata

relativamente al ponderoso contenuto dei due provvedimenti regionali raffigura il quadro normativo obbligatorio regionale nel quale ci siamo mossi, con i criteri di urgenza e con sano spirito di competizione, per dotarci di tutti i requisiti ulteriori per l'accREDITAMENTO, adoperando forme descrittive delle nostre procedure capaci di coniugare la semplicità del procedimento interno di routine con la oggettivazione delle procedure seguite.

Il percorso assistenziale del paziente è stato riesaminato in ogni suo dettaglio e, dopo aver messo a punto una lunga serie di protocolli, ciascuno rispondente ad

*Dir. Gen. Casa di Cura S.Maria del Pozzo Alta Spec. Neuroriabilitazione; Prof. a.c. Socioeconomia sanitaria Università Studi di Napoli Federico II

**Dir. Tec. C.R.D. Casa di Cura S.Maria del Pozzo Alta Spec. Neuroriabilitazione; Prof. a.c. Neuropsicologia Clinica Seconda Università di Napoli

***V.Dir. Sanitario Casa di Cura S.Maria del Pozzo Alta Spec. Neuroriabilitazione

°Coord. Terapisti Casa di Cura S.Maria del Pozzo Alta Spec. Neuroriabilitazione

°°Prof. Ordinario Igiene e Medicina Prev. Università Studi di Napoli Federico II; Presidente della Sezione Campania della Società Italiana di Igiene

°°°Medico interno Dipartimento di Ortopedia, Traumatologia, Riabilitazione della Seconda Università di Napoli

°°°°Direttore Sanitario Casa di Cura S.Maria del Pozzo Alta Spec. Neuroriabilitazione; Presidente Società Italiana di Tecnica Ospedaliera

ognuno dei requisiti specifici previsti dalla norma regionale per l'accreditamento istituzionale, ovvero specifiche procedure tecniche di garanzia dei passaggi più delicati, si è ritenuto necessario disporre dell'immediato e continuo controllo, su un unico supporto elettronico, solo delle seguenti informazioni relative a ciascuno delle svariate centinaia di pazienti che seguono un percorso riabilitativo specialistico ambulatoriale:

- 1) Numero di accesso progressivo del paziente alla struttura;
- 2) Numero della cartella clinica;
- 3) Iniziali del cognome e nome paziente,
- 4) Tipologie dei trattamenti riabilitativi da erogare (Fisioch, Logop., Idroch., Psicomotricità, ecc)
- 5) Frequenza settimanale di ciascun trattamento da erogare;
- 6) Prorogabilità della prescrizione al trattamento da parte della Asl;
- 7) Nome dello Specialista ambulatoriale che coordina l'Equipe;
- 8) Data prevista per la prima riunione di Equipe;
- 9) Output della prima Riunione di Equipe:
 - Verifica di svolgimento della prima riunione di equipe,
 - Caratterizzazioni delle condizioni iniziali del paziente con codifica Icdh,
 - Previsione di outcome a breve termine,
 - Previsione di outcome a medio termine,
 - Previsione di outcome a lungo termine,
 - Nominativo del Case Manager,
 - Convocazione della successiva Riunione di Equipe e data relativa.
- 10) Output di ogni altra Riunione di Equipe successiva alla prima:
 - Verifica di svolgimento della riunione di equipe,
 - Valutazione outcome (a breve, a medio ovvero a lungo termine),
 - Valutazione (a breve, a medio

ovvero a lungo termine della efficacia del trattamento),
 - Convocazione della successiva riunione di equipe, se prevista.

I risultati

Lo strumento di Pianificazione e Controllo operativo.

Il tutto è stato realizzato ricorrendo alla compilazione di un foglio elettronico di dimensioni contenute, nel senso che tutti i dati significativi relativi al percorso di un paziente sono contenuti in un solo rigo del foglio elettronico, rigo non più lungo della larghezza di una videata, come è illustrato nell'allegato A). L'allegato mostra anche la quasi "inevitabilità" del tempestivo controllo al mancato verificarsi di un evento previsto. Qualunque riga che non si riempia nelle specifiche colonne offre, immediatamente "a vista", l'evidenza di un evento non verificatosi ed offre, quindi, ai Coordinatori dei Terapisti, incaricati sia della pianificazione degli elementi pre-costitutivi del processo (orario e date dei trattamenti, nome del/i Terapista/i, nome dello Specialista Ambulatoriale che coordina la Riunione di Equipe, orario e data della prima riunione, ecc) sia del monitoraggio del percorso assistenziale, la capacità di svolgere (o segnalare la necessità di svolgere) utili interventi correttivi.

Si è già detto che la semplicità del Sistema di Pianificazione e Controllo operativo è la conseguenza di rigorosi protocolli e procedure tecniche dai quali provengono con rigore i dati monitorati e senza quelle procedure o norme tecniche i dati monitorati perderebbero gran parte del loro significato.

Al solo scopo di valutare la possibilità di generalizzare l'impiego di strumenti di controllo così semplici ed efficaci ci pare opportuno fissare chiaramente le idee sugli elementi che garantiscono la affidabilità intrinseca del

sistema descritto. Senza ritenere di esaurire la lista dei presupposti di validità del metodo si deve qui ricordare che sono stati messi a punto molteplici strumenti propedeutici, essi stessi economici ed efficaci, per varare il sistema di monitoraggio dei percorsi sanitari in un ambiente affidabile.

In un lavoro di gruppo che conteneva soggetti molto diversi, non solo per estrazione professionale ma anche per ruolo e per anzianità aziendale, si è realizzata una grande sinergia che ha permesso di superare anche talune incomprensioni personali fra chi puntava direttamente alla revisione e chi manteneva un atteggiamento più cauto verso un cambiamento formale e sostanziale così forte:

- Si è rivista completamente la struttura e l'ordine della cartella clinica,
- Si sono adeguate ai valori etici condivisi le procedure di rilascio del consenso informato ma anche quelle relative all'impiego di dati personali sensibili,
- Si sono introdotte le agende personali, suddivise in intervalli di tempo utilizzabili per il percorso sanitario individuale, dei soggetti coinvolti nelle Riunioni di Equipe perché solo in questo modo è stato possibile impegnare seriamente ed efficacemente, da parte dei Coordinatori dei Terapisti, più persone per un incontro destinato ad un paziente ambulatoriale,
- Si sono introdotti controlli sistematici sulle cartelle cliniche,
- Sono stati messi a punto, dai vari Specialisti di settore, protocolli relativi alla valutazione delle capacità residue, protocolli relativi alle regole di ammissione o non ammissione alla valutazione del successo di ogni procedimento riabilitativo,
- Sono state definite, infine, le regole che fissano le modalità di confronto dei risultati aziendali con quelli esterni.

