

**I REQUISITI DELLA QUALITA' DELLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA -ASSISTENZIALE**

Ospedale S. Pertini 9-22 giugno 2008

IL GOVERNO CLINICO E LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA



Dr. Egidio Sesti, Direttore UOC

Qualità Aziendale e Risk Management



egidio.sesti@aslromab.it





Progetti del Cantiere per la Qualità e la Sicurezza dei pazienti

Prevenzione errori accettazione del paziente in sala operatoria

Tromboembolia venosa profonda post chirurgica

Lesioni da pressioni

Prevenzione incidenti da posizionamento e gestione catetere venoso centrale





Progetti del Cantiere per la Qualità e la Sicurezza dei pazienti (2)

Prevenzione cadute accidentali dei pazienti

Prevenzione negli errori nella somministrazione dei farmaci

Analisi qualità della compilazione della documentazione clinica

Prevenzione aggressione degli operatori sanitari

La qualità percepita dal lavoratore: valutazione del clima aziendale

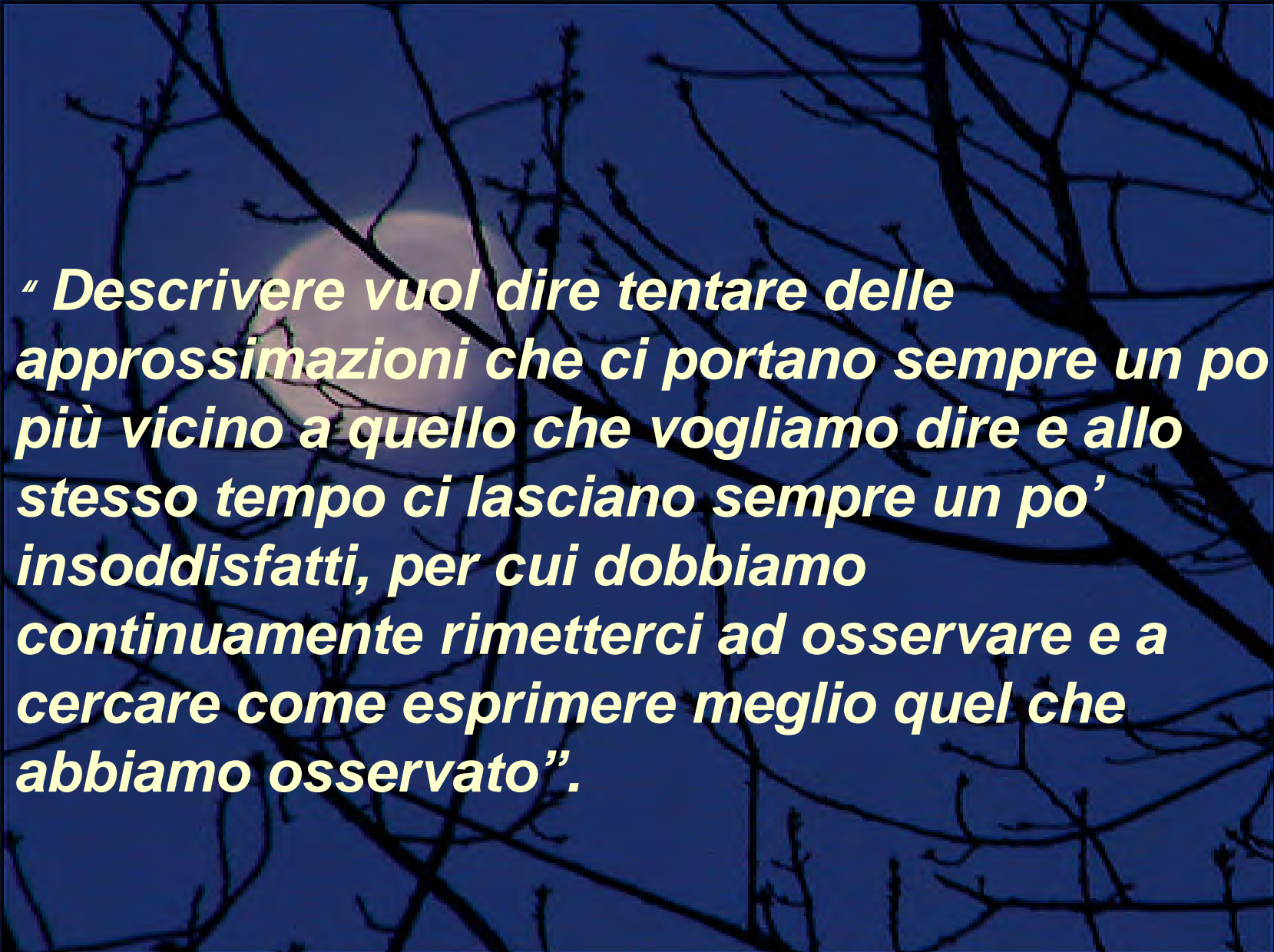


OBIETTIVI DEL

*Corso
Corso Cor*



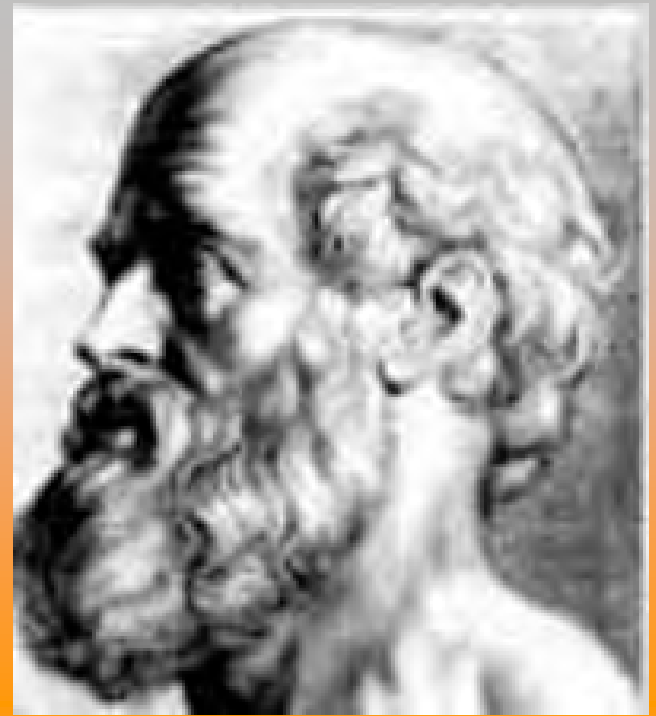
- **Informazione e formazione continua della tematica della qualità della registrazione e sulla corretta compilazione e codifica**
- **Porre tra gli obiettivi del controllo esterno, finalizzato prevalentemente a contrastare fenomeni opportunistici, anche finalità orientate al miglioramento della qualità di compilazione e codifica**
- **Implementare, diffondere e mantenere il regolamento aziendale e le procedure di compilazione e codifica in tutte le UU.OO.**



“ Descrivere vuol dire tentare delle approssimazioni che ci portano sempre un po’ più vicino a quello che vogliamo dire e allo stesso tempo ci lasciano sempre un po’ insoddisfatti, per cui dobbiamo continuamente rimetterci ad osservare e a cercare come esprimere meglio quel che abbiamo osservato”.

Da Palomar di (Italo Calvino)

Realizzò il primo esempio rudimentale di Cartella Clinica quasi 500 anni prima di Cristo. Il pregio della sua invenzione fu quello di sintetizzare (e sistemizzare) il decorso della malattia tramite l'uso di espressioni brevi e definizioni standardizzate (in greco: *aphorízein*, cioè, determinare, definire, abbreviare).



Hippocrate di Kos



Ministero della Salute

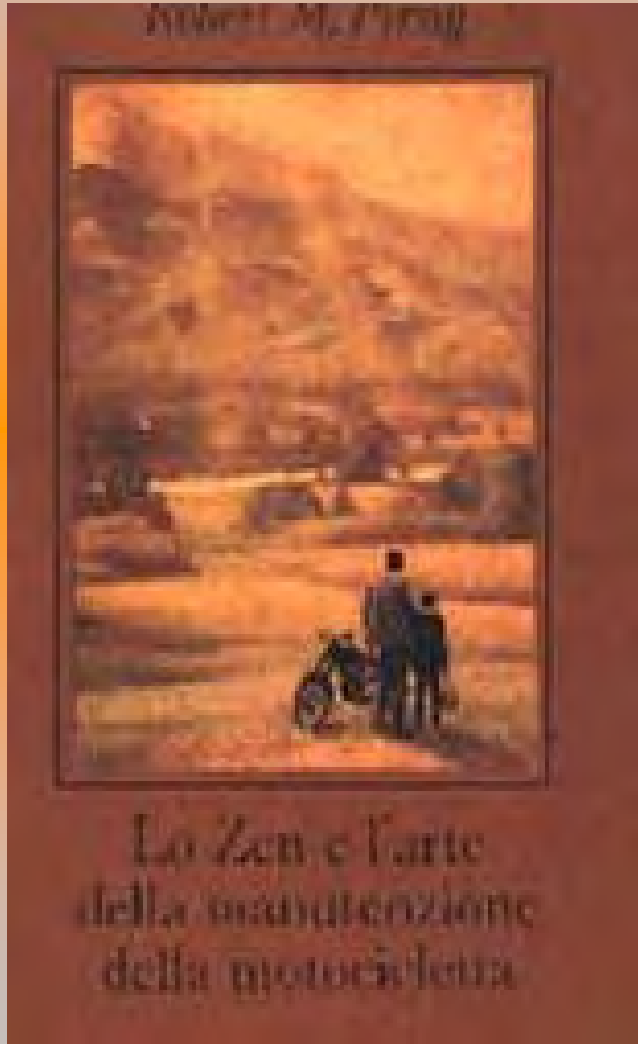


Legislazione tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Piano Sanitario Nazionale (2006-2008)

3) favorire la promozione del governo clinico e della qualità nel Servizio sanitario nazionale;

La qualità



“La qualità..... sappiamo cos’è, eppure non lo sappiamo. Questo è contraddittorio. Alcune cose sono meglio di altre, cioè hanno più Qualità. Ma quando provi a dire in che cosa consiste la Qualità astraendo dalle cose che la posseggono, paff, le parole ti sfuggono. Ma se nessuno sa cos’è ai fini pratici non esiste per niente. Invece esiste eccome. Su cos’altro sono basati i voti se no? Perché mai la gente pagherebbe una fortuna per certe cose, e ne getterebbe altre nella spazzatura? Ovviamente alcune sono meglio di altre... Ma in cosa consiste il meglio?”

Robert M. Pirsig

Qualità nella sanità



Qualcuno ha detto che è difficile definire la qualità, ma che quando la si incontra la si riconosce facilmente.

I lavori dei professionisti della sanità sono due: uno è il solito, l'altro è pensare a come migliorarlo.

Qualità è.....



- **Dichiaro ciò che faccio trasparenza e rinuncia all'autoreferenzialità**
- **Faccio ciò che dichiaro qualità tecnica individuale e di sistema**
- **Documento ciò che faccio trasparenza e rintracciabilità degli atti**
- **Verifico ciclicamente ciò che faccio per migliorarlo**



I CRITERI DI ACCREDITAMENTO DELL'AMERICAN COLLEGE OF SURGEON (1919)

Il personale medico adotta, in accordo con il corpo dirigente, le regole di funzionamento dell'Ospedale, ed in particolare: una riunione mensile del personale medico, l'analisi regolare delle esperienze cliniche nei differenti servizi, a partire dai dati delle cartelle cliniche

Tutti i pazienti devono beneficiare di una cartella clinica precisa, accessibile e completa (storia personale e della malattia, esami, consulenze, diagnosi)



Ernest Codman 1917



ISO 9001 - 2000

4.2 requisiti relativi alla documentazione

Stabilisce quale debba essere la documentazione di un sistema di gestione.

Stabilisce quali debbano essere le procedure minime previste ed in particolare pone la necessità di una procedura per la gestione della documentazione.



CARTA DI PORTONOVO
Dodici principi per il miglioramento in sanità.

10. Informazione, Comunicazione e Partecipazione

Garantire l'informazione e la comunicazione con il paziente, i cittadini e i professionisti.

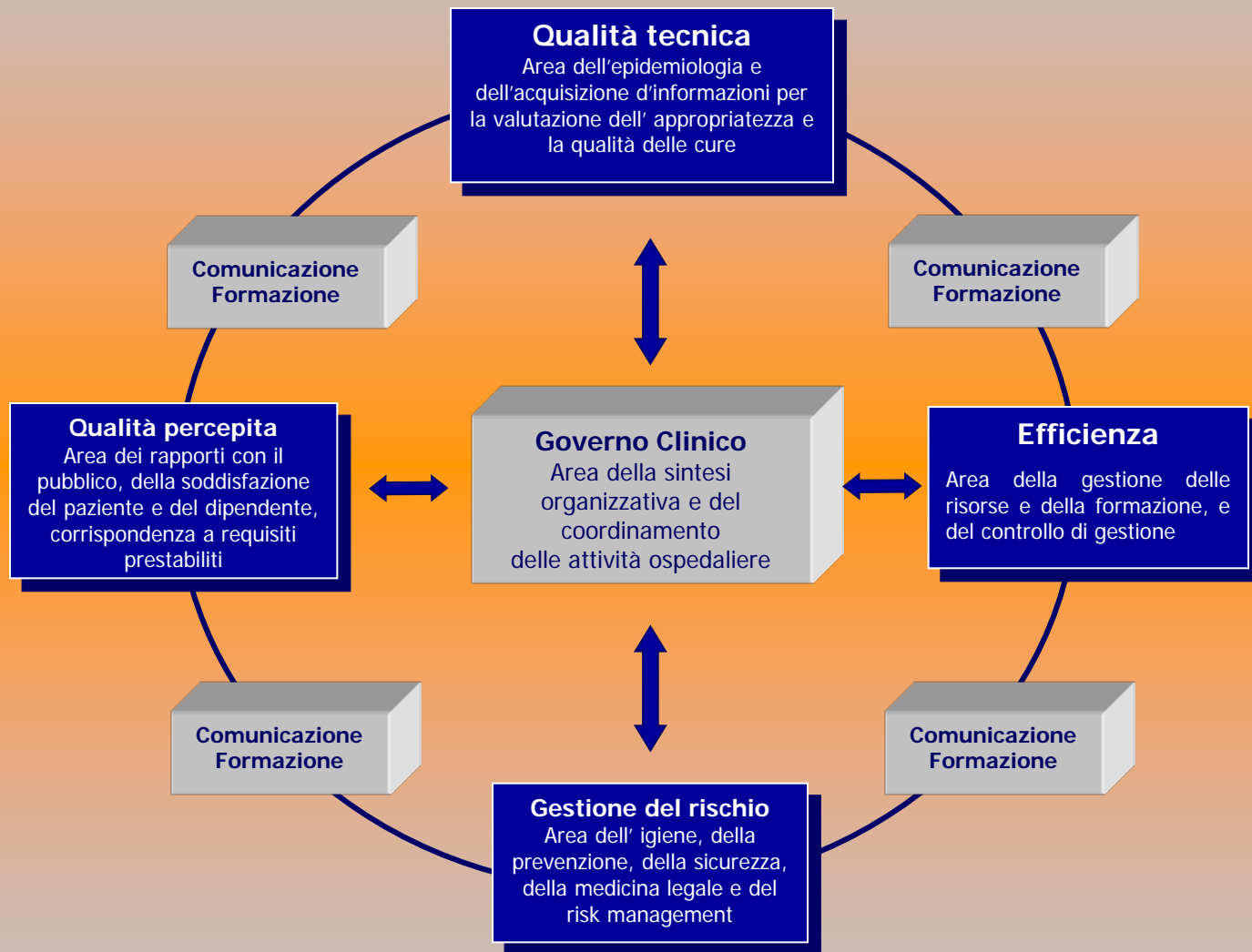
Favorire la partecipazione dei cittadini alle scelte e diffondere la cultura scientifica sull'efficacia degli interventi

"Un sistema mediante il quale gli organismi del Servizio Sanitario Nazionale sono responsabili del costante *miglioramento della qualità* dei propri servizi e della salvaguardia di livelli elevati di cura mediante la creazione di un ambiente nel quale si sviluppi ampiamente l'eccellenza dell'assistenza clinica."

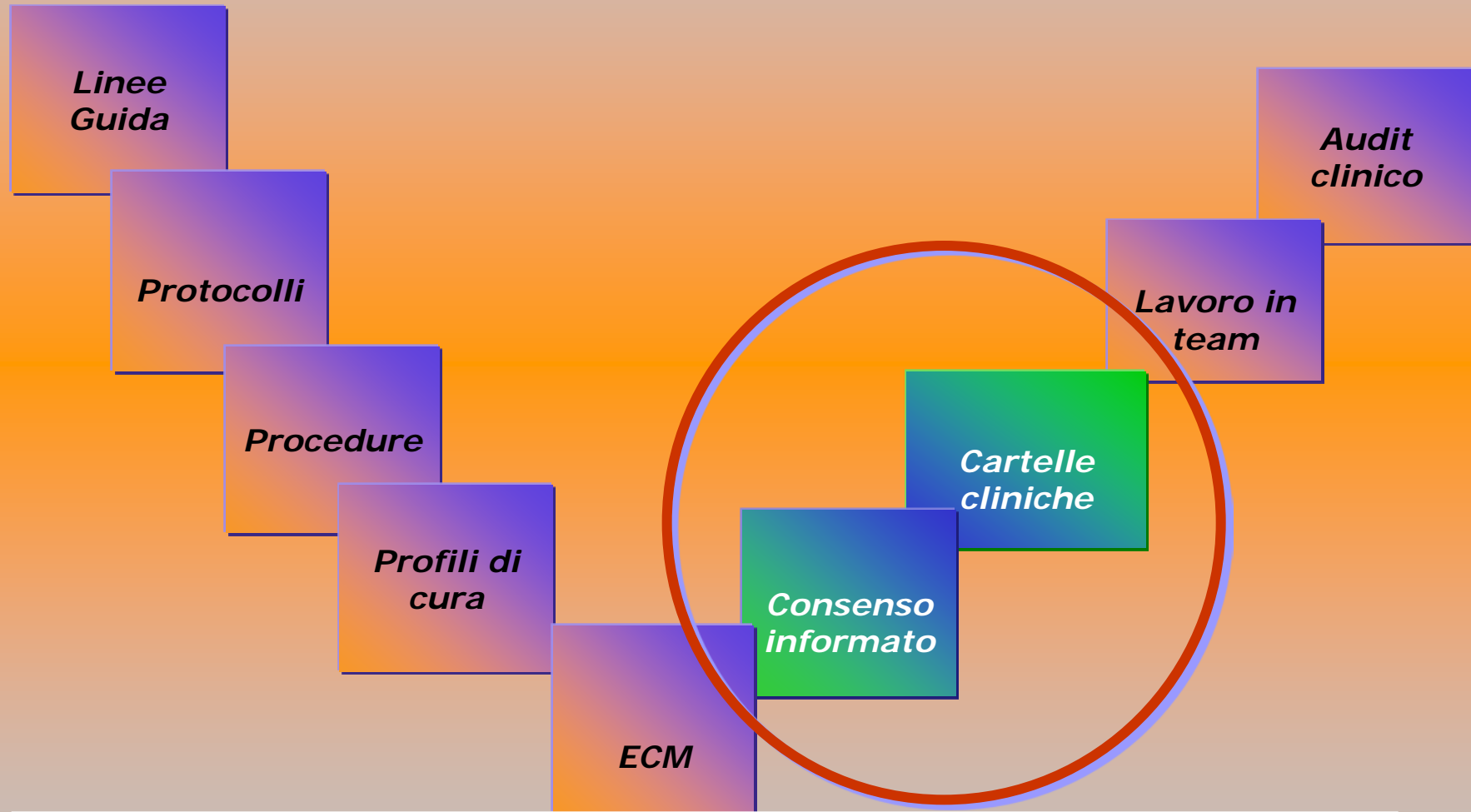
Scally, G. Donaldson, L.J. BMJ 1998; 317: 61-65 (4 July)



Aree di intervento del governo clinico



Strumenti operativi del Governo Clinico



Le società medico-scientifiche promuovano la “cultura” della cartella clinica

Medico & Paziente

Il rapporto tra medico e paziente inizia dalla salute. L'individuo, da sano, deve sentirsi protetto dal medico, come, da malato, vuole sentirsi ben curato. Al medico non si chiede più solo la cura della malattia, ma, specialmente, l'attenzione al malato e al contesto familiare e sociale che lo circonda

Informare il malato, tutt'altro che un peso, deve essere considerato come la formazione di un interlocutore informato: una vera e propria risorsa per il medico.

Strategia sulla gestione dell'informazione

I professionisti necessitano per la loro attività

Informazioni sul singolo paziente, accurate, complete e immediatamente disponibili

I pazienti vogliono

Conoscere come si accede ai servizi
Avere informazioni sulla propria condizione, sul trattamento e sugli esiti
Avere fiducia nelle abilità di chi li tratta
Ottenere informazioni sanitarie personali accurate, complete e sicure

I manager vogliono

Informazioni per sapere cosa funziona e cosa non funziona
Informazioni rilevanti per valutare la salute della popolazione e verificare le priorità dei servizi sanitari
Informazioni accurate per identificare obiettivi e controllare l'uso delle risorse

Art. 33 Informazione al cittadino -

Il medico deve:

- fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate..... tenendo conto delle sue capacità di comprensione.....
- soddisfare le richieste di informazione in tema di prevenzione.
- Fornire con prudenza informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.
- La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.



Art. 35 Acquisizione del consenso

Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente.

Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente.

Comunicazione efficace: la lettera di dimissione

- la diagnosi
- i fattori di rischio
- l'esito degli esami
- la condizione del paziente
- la dieta suggerita ...
- l'attività fisica consigliata
- il profilo psicologico del paziente
- la terapia suggerita
- il calendario dei prossimi appuntamenti



La cartella clinica è lo strumento di comunicazione scritta più importante in ambito sanitario. Quanto più è accurata, tanto più favorisce:

la comunicazione e la continuità dell'assistenza tra i diversi operatori coinvolti;

il professionista nella cura dei passi successivi ed il loro monitoraggio;

la valutazione della qualità dell'assistenza erogata e della appropriatezza delle prestazioni;

la revisione in caso di contenzioso ed ai fini del pagamento del DRG.





SDO (RAD)

A distanza di oltre 10 anni dal suo avvio la SDO rappresenta ancora, la fonte più ricca, interessante e accessibile di informazioni sanitarie

- **Disponibile in modalità standardizzata in tutti gli ospedali**
- **Generalmente di qualità discreta o buona, Completa (diagnosi e procedure codificate)**
- **Possono essere estratti i dati per la costruzione di indicatori (es: Patient Safety Indicators dell'AHRQ)**

Oggi sono presenti inoltre sufficienti elementi di verifica della qualità ed accuratezza dei dati contenuti nella Cartella Clinica

I sistemi di rilevazione

Rating-ASL

- Uffici affari legali (gestione sinistri)
- URP (gestione reclami)
- Servizi di Prevenzione e Protezione (registri infortuni professionali)
- Servizi qualità (risultati audit, valutazioni interne ed esterne)
- Direzione sanitaria (SDO ed altri flussi informativi sanitari)
- Servizi gestione rischio clinico (IR e sistemi di segnalazione volontaria)

Valutazione di esito degli interventi sanitari nel Lazio

- Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)
- Sistema informativo dell'emergenza sanitaria (SIES)
- Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM)
- Rapporto Accettazione-Dimissione per la Riabilitazione (RAD-R)





Progetti del Cantiere per la Qualità e la Sicurezza dei pazienti



Progetto Rating ASL



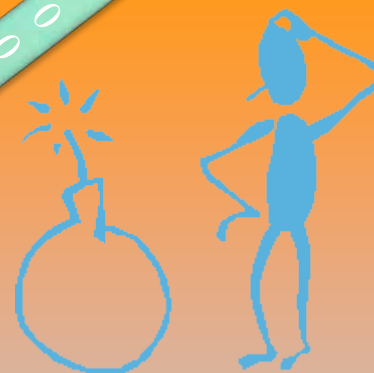
SDO

Incident reporting

Denunce

Reclami

Infortuni



Obiettivo di Budget della U.O.C. Qualità Aziendale e Risk Management condiviso con: Direzione Sanitaria Pertini, Direzione Sanitaria Policlinico Casilino, U.O. Affari Generali, Uff. Personale, SIO, URP



Agency for Healthcare Research and Quality

Quality Research for Quality Healthcare

Agenzia per la ricerca e qualità dell'assistenza sanitaria



Risk Management

Incident Reporting



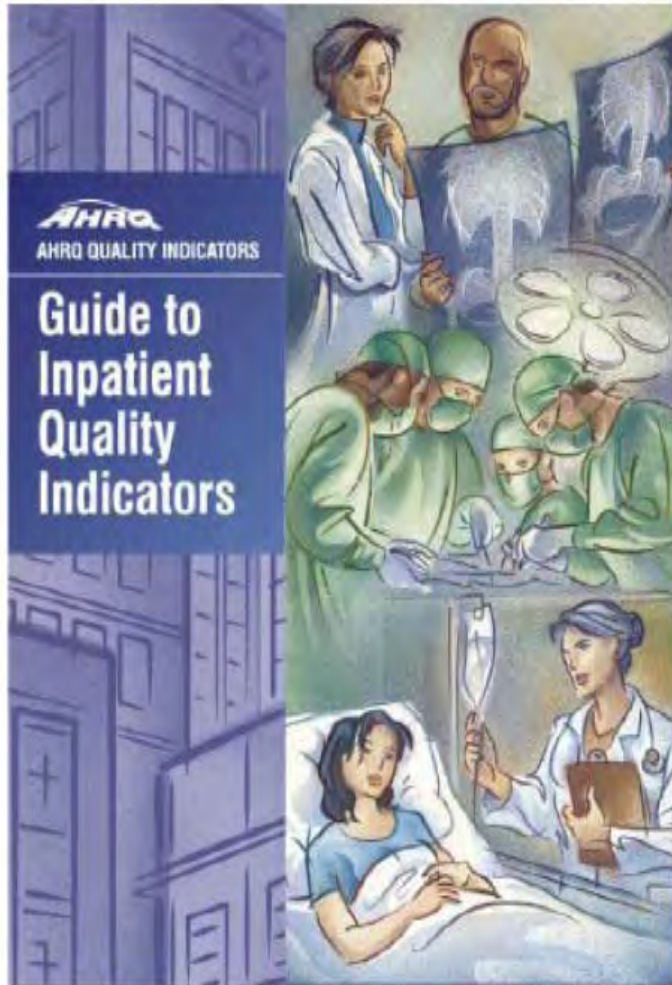
REGIONE LAZIO



Indicatori SDO orientati ai risultati delle cure quali strumenti di screening di sistema per la sicurezza dei pazienti in ospedale

1. indicatori per pazienti ricoverati (*inpatient quality indicators*)
2. indicatori relativi alle complicanze chirurgiche o agli eventi iatrogeni (*patient safety indicators*)
3. Indicatori di Prevenzione (*prevention indicators*)

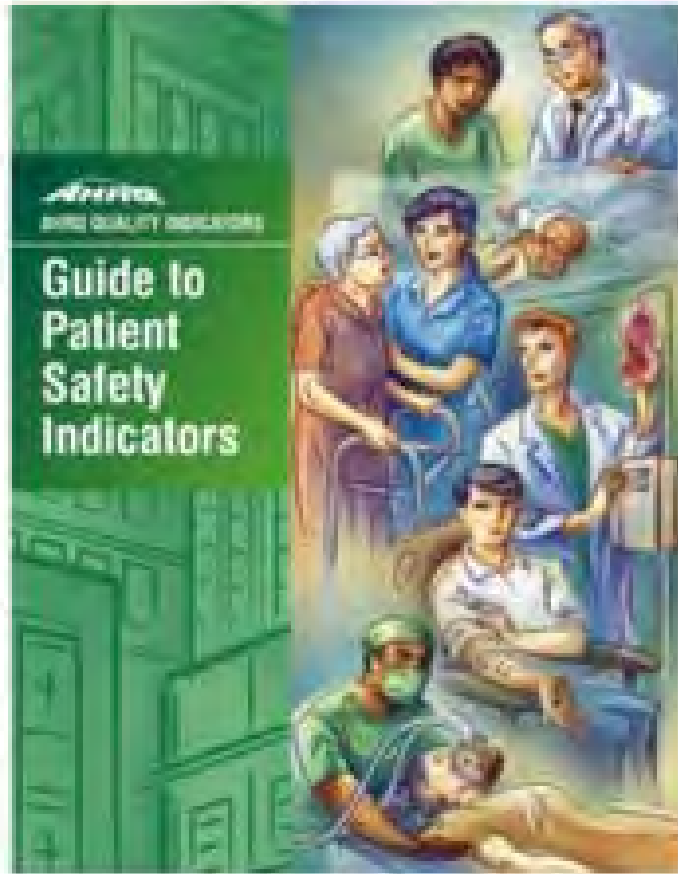
Inpatient quality indicators



Descrivono la qualità delle cure interne all'ospedale e includono:

- mortalità intraospedaliera per condizioni mediche
- mortalità intraospedaliera per procedure
- Utilizzazione delle procedure per le quali ci sono problemi di sovrautilizzo, sottoutilizzo o malutilizzo
- Volumi delle procedure per le quali si evidenzia che un maggiore volume delle procedure è associato a un minore tasso di mortalità.

Patient safety indicators (PSI)



Focalizzano la loro attenzione su complicazioni evitabili ed eventi iatrogeni

Sono misure che consentono di sorvegliare l'incidenza di Eventi avversi come presunta conseguenza dei processi assistenziali

Questi eventi sono in parte prevenibili per mezzo di interventi formativi o riorganizzativi.

Gestione Eventi

- » Gestisci Eventi
- » Visualizza Report

Gestione Denunce

- » Gestisci Denunce
- » Visualizza Report

Indicatori AHRQ

- » Tassi di mortalità per condizioni cliniche
- » Tassi di mortalità per errori nelle procedure
- » Tassi di utilizzazione di procedure a livello di ospedale
- » Tassi di utilizzazione di procedure a livello di Area
- » Volume delle Procedure

Dati Evento

Gravità Evento:

Classificazione:

Evento sentinella

Tipo Evento Sentinella:

Valutazione Rischio Futuro

Possibilità riaccadimento eventi analoghi:

Possibile esito di evento analogo:

***Indagini o Prestazioni effettuate a seguito dell'evento:**

Nessuna	<input type="checkbox"/>	Indagini di laboratorio	<input type="checkbox"/>
Indagini radiologiche	<input type="checkbox"/>	ECG	<input type="checkbox"/>
Visita medica	<input type="checkbox"/>	Consulenza specialistica	<input type="checkbox"/>
Medicazioni	<input type="checkbox"/>	Intervento chirurgico	<input type="checkbox"/>
Ricovero Ordinario	<input type="checkbox"/>	Ricovero in Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>
Trasferimento	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

***Accorgimenti presi a seguito dell'evento:**

Nessuno	<input type="checkbox"/>	Audit Interno	<input type="checkbox"/>
Stesura/revisione protocollo/procedura	<input type="checkbox"/>	Modifica Organizzazione	<input type="checkbox"/>
Formazione/Addestramento	<input type="checkbox"/>	Utilizzo presidi/attrezzatura	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>		

Commenti:

Salva

REGIONE LAZIO

Dipartimento: DIPARTIMENTO SOCIALE
Direzione Regionale: PROG.SANITARIA. POL.
PREVENZIONE. SICUREZZA LAVORO



DETERMINAZIONE

N. D4118 del 09/11/2007 Proposta n. 19112 del 09/11/2007

Oggetto:

**Modifica del contenuto informativo della
rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere
per pazienti acuti.**



Roma, gennaio 2008



**Dipartimento
di Epidemiologia
Struttura regionale
di riferimento
per l'epidemiologia**

**Linee guida per l'assegnazione del codice
“Presente all'Accettazione - PAA”**



REGIONE LAZIO

DETERMINAZIONE N. D4118 del 09/11/2007



Modifica del contenuto informativo della rilevazione dei dati sulle dimissioni ospedaliere per pazienti acuti.

Approfondimento gli episodi di ricovero per acuti in regime ordinario caratterizzati da una o più delle seguenti condizioni

- a. diagnosi principale o secondaria di **Infarto Miocardico Acuto**
- b. diagnosi principale o secondaria di **Frattura del Collo del Femore**
- c. intervento chirurgico principale o secondario di **Bypass Aortocoronarico**



Per il momento saranno oggetto di approfondimento gli episodi di ricovero per acuti in regime ordinario caratterizzati da una o più delle seguenti condizioni:

- a. diagnosi principale o secondaria di **Infarto Miocardico Acuto**
- l'ora del primo intervento di trombolisi riportato nella SDO, ove presente
 - l'ora del primo intervento di angioplastica coronarica percutanea transluminale, riportato nella SDO, ove presente
 - il valore della pressione sistolica all'ammissione



- b. diagnosi principale o secondaria di **Frattura del Collo del Femore** (FCF, codice ICD-9- CM= 820.xx)
- l'ora del primo intervento di sostituzione dell'anca riportato nella SDO, ove presente
 - l'ora del primo intervento di riduzione: riportato nella SDO, ove presente
 - i valori dell'INR all'arrivo in ospedale ed in caso di intervento chirurgico, della creatinina rilevata nel tempo più vicino possibile al primo intervento eseguito
 - il lato della frattura



c. intervento chirurgico principale o secondario di **Bypass Aortocoronarico** (BPAC, codice ICD-9-CM=36.1x)

- le condizioni in cui è avvenuto l'intervento (emergenza si/no, shock presente/assente)
- il valore della frazione di eiezione pre-operatoria rilevata nel tempo più vicino possibile al primo intervento di BPAC seguito
- il livello di creatinina pre-operatoria rilevata nel tempo più vicino possibile al primo intervento di BPAC seguito



Due livelli di analisi





Errori frequenti criticità



Tempi lunghi di rilascio copia
manca di identificazione
dell'operatore sanitario
manca di un'attenta registrazione
di tutti gli eventi
grafia non leggibile o ambigua (misure,
acronimi, etc.)
approssimazione della descrizione
degli eventi
manca di chiarezza nella
composizione



Nelle organizzazioni sanitarie

Un consistente lavoro riguarda la gestione della documentazione ed in un ottica di miglioramento continuo della qualità, la produzione di documenti deve avere delle regole precise che riguardano la loro completezza, chiarezza, aggiornamento, accessibilità, diffusione ecc.

Una parte significativa della documentazione di una organizzazione sanitaria è rappresentata da procedure, raccomandazioni, protocolli, linee guida, etc. che garantiscono il paziente e gli operatori in ordine all'appropriatezza e qualità del percorso assistenziale.

Paulo Coelho

Il Cammino di Santiago



”...si scorge sempre il cammino migliore da seguire, ma si sceglie sempre di percorrere solo quello a cui si è abituati...”

La cartella clinica è un’opportunità per tutti di mostrare la qualità delle proprie capacità nell’ordinarietà del proprio agire



**Manuale
ANMDO
ORDINE
DEI
MEDICI**

**Standard di Riferimento
Giurisprudenza
Manuali regionali
Fonti scientifiche
Procedure aziendali**



FINALITA' GENERALI

Fornire a tutti quelli che abbiano necessità di consultare la Cartella Clinica (pazienti, loro medici, di base, medici in genere, assicurazioni, Autorità G.) una documentazione completa, corretta e veritiera, di chiara e semplice consultazione.

Predisporre uno strumento atto a promuovere e documentare il flusso informativo verso il paziente, i suoi familiari ed il suo medico curante.

Fornire agli operatori sanitari uno strumento di lavoro di semplice gestione, pratico, di sicura utilità clinica ed uniforme, per quanto possibile, nell'ambito della Azienda



FINALITA' GENERALI (2)

Realizzare un efficace strumento per una corretta gestione del rischio clinico.

Realizzare documentazione clinica atta a costituire una fonte informativa per ricerche clinico-scientifiche.

Raccogliere in una lettura ragionata i riferimenti normativi e gli aggiornamenti.

Individuare indicatori di qualità e strumenti di valutazione.

Progettare ed attuare efficaci modalità di archiviazione e fotoriproduzione della documentazione clinica.



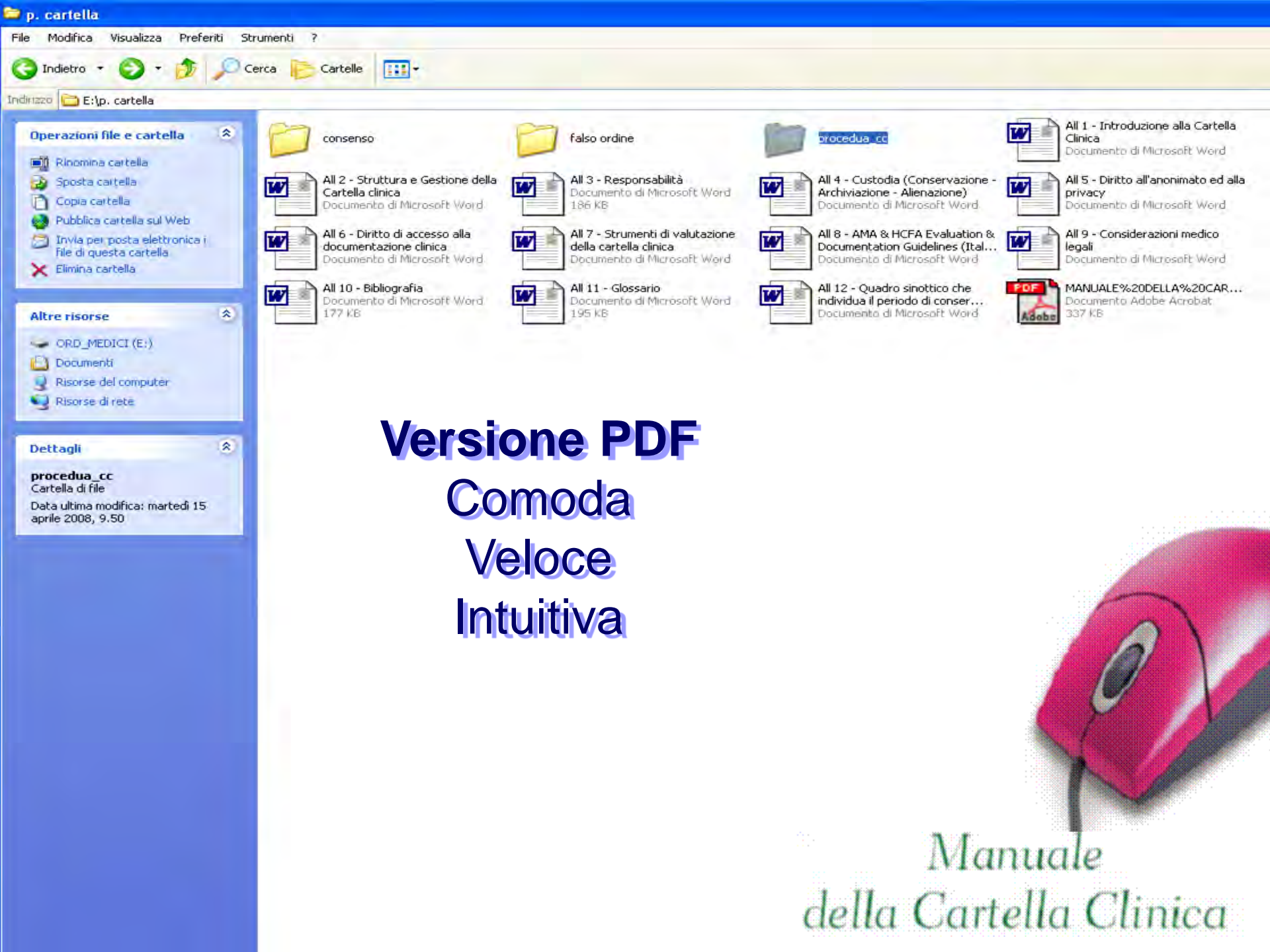
OBIETTIVI SPECIFICI

Riduzione del numero di reclami/segnalazioni dai cittadini e dagli utenti aventi per oggetto la documentazione clinica.

Riduzione delle cartelle cliniche smarrite

Riduzione dei tempi di fotocoproduzione delle Cartelle Cliniche.

Informatizzazione progressiva della documentazione clinica.



Versione PDF

Comoda

Veloce

Intuitiva



Manuale
della Cartella Clinica



MANUALE ANMDO-ORDINE DEI MEDICI

Documenta le modalità di funzionamento dei processi fondamentali dell'organizzazione e soddisfa esigenze di: chiarezza e trasparenza

Ha lo scopo di facilitare l'uniformità di comportamento da parte di operatori diversi, di rendere più difficili variazioni di comportamento non giustificate e quindi di prevenire errori.

Rappresenta un documento dinamico, aggiornato periodicamente sulla base di nuove evidenze organizzative, medico-legali e scientifiche;

Rappresenta uno strumento che, per essere correttamente applicato, richiede una idonea circolazione delle informazioni nell'ambito delle UU.OO. ospedaliere ed una adeguata formazione del personale tutto.

MANUALE ANMDO-ORDINE DEI MEDICI

All.1 Introduzione alla cartella clinica

All.2 Struttura e gestione della cartella clinica

All.3 Responsabilità

All.4 Custodia (conservazione, archiviazione, alienazione)

All.5 Diritto all'anonimato ed alla privacy

All.6 Diritto di accesso alla documentazione clinica

All.7 Strumenti di valutazione della cartella clinica

**All.8 AMA&HCFA evaluation & documentation guidelines
(italiano)**

All.9 Considerazioni medico legali

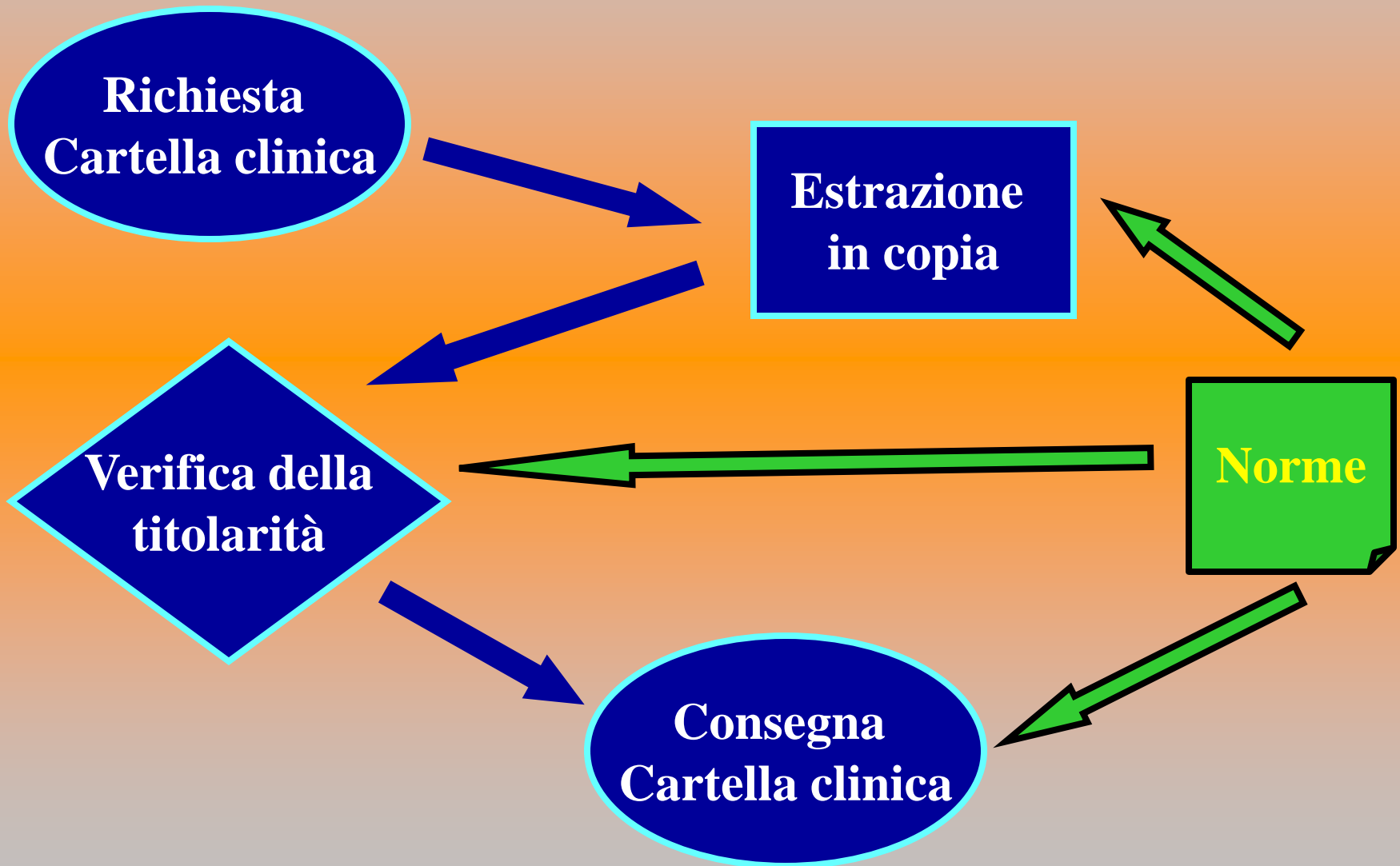
All.10 Bibliografia

All.11 Glossario

**All.12 Quadro sinottico che individua il periodo di
conservazione dei documenti sanitari in base alla
tipologia**



MANUALE ANMDO-ORDINE DEI MEDICI **flow chart**



MANUALE ANMDO-ORDINE DEI MEDICI





**PANE, AMORE
E SANITÀ**

Ministero della Salute

What a Wonderful World che mondo meraviglioso

chiudiamo il primo decennio del nuovo millennio, e segnaliamo i valori emergenti per le tendenze culturali del prossimo

fare comunità, ovunque si possa.

**le culture si scontrano e si sovrappongono
come continenti alla deriva.**

l'evoluzione del nostro mondo **nella creatività, nella cultura, nei fenomeni sociali ed economici.**

L'insieme



**vale più della somma
delle parti**



grazie per l'attenzione

**Dr. E. Sesti tel/fax 06 41433255
e- mail: egidio.sesti@aslromab.it**

