

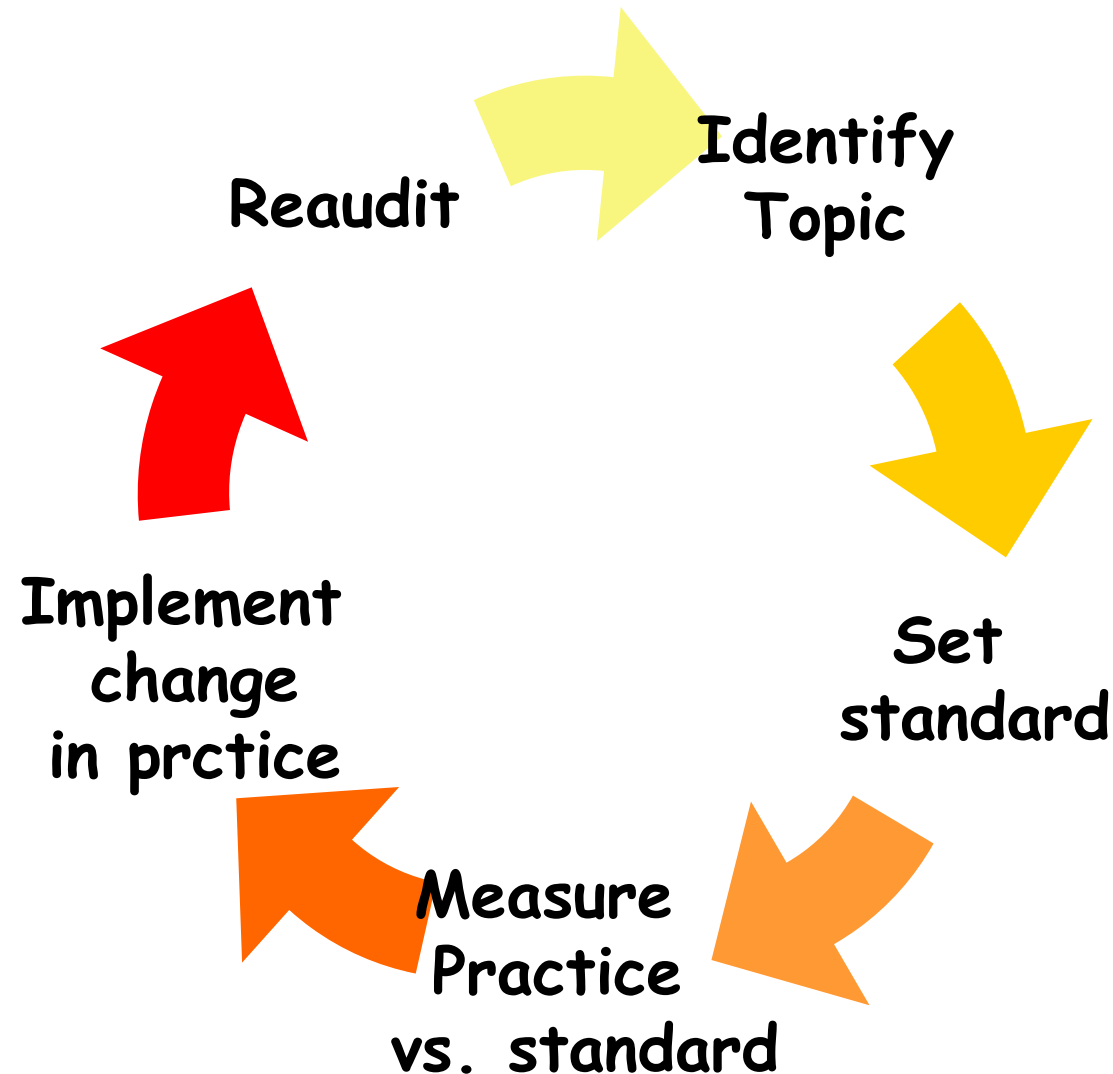
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

# GLI STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO PER MIGLIORARE L'APPROPRIATEZZA : L' AUDIT SULL' UTILIZZO DELL' ECODOPPLER

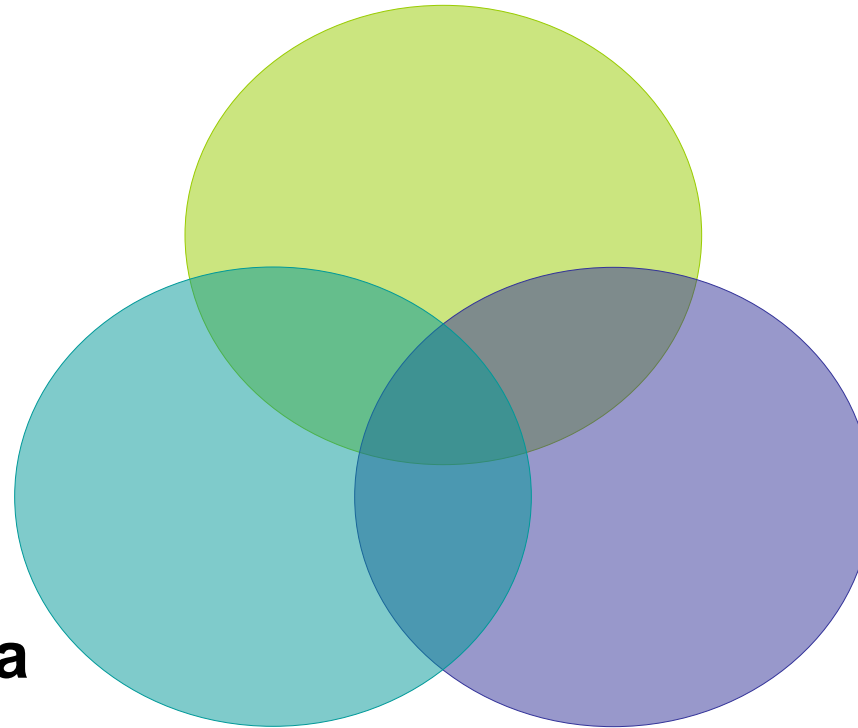
Costanza Farabegoli, Gianni Rossi

1<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE  
Bologna, 9 febbraio 2006

# L'audit come test e come sfida per le componenti di un'Azienda per l'attuazione del governo clinico



# Formazione



**Tecnostruttura  
Aziendale**

**Impegno dei  
professionisti**

# FORMAZIONE

**Percorso formativo, ad opera del GIMBE,  
per medici Ospedalieri e di Medicina Generale (MMG)  
dell'Azienda e successivamente di altri professionisti :**

- **Workshop Evidence Based Medicine (EBM) 2000**
- **Corso EBM 2001 -2002**
- **Corso avanzato EBM 2002-2003, 2003-2004.**
- **Corso avanzato Evidence Based Practice and Health Care 2004-2005**
- **Formazione continua sul campo orientata a progetti aziendali specifici.**

# TECNOSTRUTTURE AZIENDALI

**2001 Atto aziendale contenente un capitolo dedicato al governo clinico**

**2002 mandato della Direzione Sanitaria al gruppo EBM avanzato a lavorare su progetti di miglioramento dell'appropriatezza**

**2002 attivazione di un tavolo strategico del Governo clinico**

**2003 deliberata l'istituzione della Area di Efficacia Clinica o CESU (Clinical Effectiveness Support Unit)**

# Tavolo strategico del Governo clinico

- **La Direzione Sanitaria Aziendale al fine di dare piena attuazione ai temi del Governo Clinico attiva un tavolo strategico formato da:**
  - **Responsabile del Distretto**
  - **Responsabile del Presidio Ospedaliero**
  - **Responsabile dei Dipartimenti Aziendali (Sanità Pubblica, Cure Primarie, Presidio Ospedaliero)**
  - **Responsabile del Servizio Infermieristico e Tecnico**
  - **Responsabile della Qualità e Accreditamento**
  - **Coordinatore del Gruppo EBM avanzato**

# TECNOSTRUTTURE AZIENDALI

- **La Cesu costituisce l'organismo tecnico a livello trasversale di cui si avvalgono il Direttore Sanitario, i Direttori di Dipartimento e Direttore Servizio Infermieristico e Tecnico per la realizzazione del sistema di Governo Clinico**
- **Si occupa di pratiche assistenziali che coinvolgono più di un dipartimento e i Medici di Medicina Generale.**

# REALTA' LOCALE

- **Popolazione: 124.000**
- **Presidio Ospedaliero: Ospedale di Imola ( Posti Letto 310) e di Castel S.P.T.(Posti Letto 104)**
- **Distretto : Medici di Medicina Generale 99 ( raggruppati in 8 Nuclei di Cure primarie)**
- **Ambulatori EcoDoppler a Imola e Castel S.P.T., afferenti al Dipartimento medico**
- **Volumi / anno : circa 4000 Ecodoppler a Imola e 1000 a Castel S. P.T.**
- **Convenzione con Centro Privato per ulteriori Ecodoppler (dal 2002 progressivo incremento da 400 a 1000 nel 2005, per fronteggiare le liste di attesa)**



# “IDENTIFY TOPIC”

## Progetto EcoDoppler

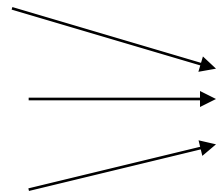
- **Definire, attraverso linee guida “evidence-based”, condivise ed adattate al contesto locale, le indicazioni cliniche ed i tempi di esecuzione dell’ Eco(Color)Doppler vascolare dei tronchi sopra-aortici, dell’aorta addominale, e degli arti inferiori**
- **Aumentare l’appropriatezza delle richieste, sia da parte dei medici ospedalieri che di Medicina generale**
- **Ridurre le liste di attesa senza ricorrere ad aumenti del volume delle prestazioni.**

# “SET STANDARD”

## IDENTIFICARE E INTRODURRE LE LINEE GUIDA NELL'ORGANIZZAZIONE

secondo GIMBE

- **Finding**
- **Appraising**
- **Integrating**
- **Adapting**
- **Updating**



documento CeVeas

- **Dissemination**
- **Implementation**
- **Evaluation**

avvio dell'audit

# “SET STANDARD”

- **Reperimento delle fonti bibliografiche (FINDING)**
- Ricerca sistematica, utilizzando i termini *doppler* e *doppler ultrasonography* su varie banche dati (BD):
- BD di Linee Guida (LG): Piano Nazionale Linee Guida, National Guideline Clearinghouse, NeLH Guidelines Finder, CMA Infobase, New Zealand Guidelines Group.
- BD di Technology assessment (TA) reports: HTA database.
- BD di revisioni sistematiche: Cochrane Library
- BD generali: MEDLINE

# “SET STANDARD”

## IDENTIFICARE E INTRODURRE LE LINEE GUIDA NELL'ORGANIZZAZIONE

### ADAPTING

Incontri ripetuti con i “ doppleristi”, con dirigenti del Distretto e della Direzione di Presidio, con i MMG referenti dei Nuclei delle Cure primarie per le LG e l'aggiornamento, con il Responsabile dell'Accreditamento e della Qualità

### UPDATING

non previsto in modo strutturato

# “SET STANDARD”

## IDENTIFICARE E INTRODURRE LE LINEE GUIDA NELL'ORGANIZZAZIONE

### DISSEMINATION AND IMPLEMENTATION

- Presentazione delle LG adattate ai medici del Presidio e ai medici di Medicina Generale per una prima condivisione
- Messa a punto, insieme ai doppleristi e al servizio informatico, di una maschera di codifica (con giudizio dell'appropriatezza a carico del dopplerista)

# Codifica Ecodoppler

...

**T 2 TIA recente**

**T 3 Amaurosi fugax**

...

**T 8 pazienti con elevato profilo di rischio  
cardiovascolare**

..

**T 13 sincope**

**T 14 vertigini non persistenti e/periferiche**

...

**T 16 Altro**

**T 17 Quesito non specificato**

# “SET STANDARD”

## IDENTIFICARE E INTRODURRE LE LINEE GUIDA NELL'ORGANIZZAZIONE

### DISSEMINATION AND IMPLEMENTATION

- Organizzazione di “workshop clinici interattivi”, guidati dai doppleristi, destinati ai MMG e ai medici ospedalieri, con distribuzione copia cartacea della LG ( aprile 2004)
- Inserimento delle LG sul sito Intranet aziendale
- Distribuzione di copie delle LG a tutti i medici non presenti agli incontri

**AZIENDA U.S.L. IMOLA**

**LINEE GUIDA  
ECODOPPLER VASCOLARE**

**INCONTRI CLINICI CON  
MEDICI DI MEDICINA GENERALE  
E MEDICI OSPEDALIERI**

Imola 29 aprile 2004

Conferenza Nazionale GIMBE  
Bologna 9 Febbraio 2006



# 1

Uomo di 57 anni, recente lutto familiare (morte della sorella 15 gg prima), iperteso in trattamento, riferisce comparsa improvvisa di parestesie all'emivolto destro, di breve durata (pochi minuti) e di obnubilamento del visus ad un occhio.

Considerate appropriato:

1 ECD TSA SOLLECITO

2 ECD TSA PROGRAMMABILE

3 NESSUNA INDAGINE ECD

# STIMA DELLA DIMENSIONE DEL CAMPIONE PER L'AUDIT

Secondo software realizzato dal King's College Hospital di Londra

EcoDoppler effettuati nel 2001: circa 4.000 a Imola e 1.000 a CSPT

Campionamento per condizione clinica

- TSA (40%) ~ 1.600
- Periferici (55%) ~ 2.200
- Aorta addominale (5%) ~ 200

## Dimensioni rappresentative del campione

Tipologia esame	12 mesi	6 mesi	<b>3 mesi</b>
TSA	310	260	<b>196</b>
Arti inferiori (A + V)	327	285	<b>226</b>
Aorta addominale	132	79	<b>44</b>
<b>Totale</b>			<b>466</b>

# “MEASURE PRACTISE AGAINST STANDARD”

## Audit retrospettivo

Trimestre di riferimento: 10 ottobre 2003 - 8 gennaio 2004

Totale esami eseguiti: 526

Tipologia esame	Input	Stimato	Differenza %
TSA	<b>258</b>	196	+24%
Arti inferiori (A + V)	<b>257</b>	226	+12%
Aorta addominale	<b>11</b>	44	- 300%
Totale	<b>526</b>	466	+ 11%

# “MEASURE PRACTISE AGAINST STANDARD”

## Audit prospettico

Trimestre di riferimento: 15 novembre 2004 - 14 gennaio 2005

Totale esami eseguiti: 768

Tipologia esame	Totale Eseguiti	Campione rappresentativo	Input dati	Margine errore
TSA	323	175	257	2,8%
Arti inferiori arterioso	116	89	75	6,7%
Arti inferiori venoso	315	173	222	3,6%
Aorta addominale	14	14	12	10%
<b>Totale</b>	<b>768</b>	-	<b>566</b>	<b>2,1%</b>

# “MEASURE PRACTISE AGAINST STANDARD”

Audit retrospettivo : codifiche inappropriate ( almeno 4 richieste)

Quesito	N	%
Quesito non specificato	49	25%
Vertigini non persistenti o periferiche	22	11%
Sincope	16	8%
Altro (campo libero)	14	7%
Doppio esame con unico quesito	13	7%
Edemi simmetrici	12	6%
Controllo in assenza di precise rilevazioni precedenti	10	5%
Controllo in pregressa TVP	9	5%
Sospetta claudicatio con polsi periferici presenti	8	4%
Controlli per stenosi e per TEA non appropriati nei tempi	7	4%
Monitoraggio di arteriopatia periferica stabilizzata	5	3%
Bruciori	4	2%
Follow-up di sindromi varicose	4	2%
<b>Totale</b>	<b>173</b>	<b>87%</b>

Conferenza Nazionale GIMBE

Bologna 9 Febbraio 2006

# “MEASURE PRACTISE AGAINST STANDARD”

Confronto tra audit retrospettivo e audit prospettico ( %)

	<b>Retrospettivo</b>	<b>Prospettico</b>	<b>Diff %assoluta</b>
<b>Tasso appropriatezza complessivo</b>	<b>54%</b>	<b>73%</b>	<b>+ 19%</b>
<b>Tasso appropriatezza D. Arterioso arti inferiori</b>	<b>38%</b>	<b>60%</b>	<b>+ 22%</b>
<b>Tasso appropriatezza D. Venoso arti inferiori</b>	<b>56%</b>	<b>71%</b>	<b>+15%</b>
<b>Tasso appropriatezza D. Tronchi Sovra-aortici</b>	<b>58%</b>	<b>76%</b>	<b>+16%</b>
<b>Tasso appropriatezza D. Aorta addominale</b>	<b>55%</b>	<b>83%</b>	<b>+28%</b>
<b>Quesito non specificato</b>	<b>9%</b>	<b>5%</b>	<b>-4%</b>
<b>Sincope</b>	<b>3%</b>	<b>1%</b>	<b>-2%</b>
<b>Vertigini</b>	<b>4%</b>	<b>3%</b>	<b>-1%</b>

# “IDENTIFY AREAS WHICH NEED TO BE CHANGED”

## RISULTATI

- Miglioramento dell'appropriatezza formale
- Lieve riduzione di richieste inappropriate
- Mancato effetto sulla riduzione delle liste di attesa

# “IDENTIFY AREAS WHICH NEED TO BE CHANGED”

## **PUNTI DI FORZA**

- Trasversalità (coinvolti Presidio e Azienda)
- Piena partecipazione dei doppleristi dell’Azienda al progetto
- Disponibilità, in tempo reale, di dati relativi all’appropriatezza della prescrizione (e non solo del volume)
- Assenza di “poteri forti” con visione “non evidence-based”, quale potenziale ostacolo del progetto



# “IDENTIFY AREAS WHICH NEED TO BE CHANGED”

## CRITICITA' INTERNE

- Incompletezza dei dati
- Possibile variabilità nella codifica operatore-dipendente in assenza di un accordo preliminare tra gli operatori
- Imperfezioni ed errori del sistema informatico

# “IDENTIFY AREAS WHICH NEED TO BE CHANGED”

## CRITICITA' ORGANIZZATIVE

- “Fragilità” del progetto all'interno dell'Azienda: assenza nei fatti dalle priorità Aziendali di iniziative di Governo clinico
- “Vincoli” deboli per medici del presidio per la partecipazione a tale progetto (obiettivo di budget 2005 minimo)
- “Vincoli” minimi per il Servizio Informatico Aziendale
- Assenza di vincoli (fino al potere di “veto”) per i MMG

# “IDENTIFY AREAS WHICH NEED TO BE CHANGED”

## SUGGERIMENTI

- Richiedere alla Direzione Aziendale una dettagliata programmazione del progetto con definizione degli impegni richiesti ai vari servizi (professionisti, direzione di Presidio, Distretto, Servizio Informatico, ecc. )
- Stendere all’inizio un piano di fattibilità, con punti di debolezza, ostacoli e possibili correttivi
- Prevedere “vincoli” e “premi” (crediti ECM, incentivi economici, ecc.)

Un grazie a

Dott. A. Roffi

Dott.ssa C.Sacchet

Dott.D.Bertuzzi

Dott.A.Zedda

Dott.ssa I.Emiliani

Dott.M.Menetti

Dott.G.Pirazzoli

Giovanni Castellari  
Servizio Informatico

H:Matisse

Conferenza Nazionale GIMBE  
Bologna 9 Febbraio 2006