

# 1° meeting del Network Neonatale Italiano

Il Network per il governo clinico, la ricerca e la formazione

Milano 12 novembre 2014

Network di Patologia: il punto di vista  
istituzionale

r. zanini

# Le reti di Patologia in Lombardia

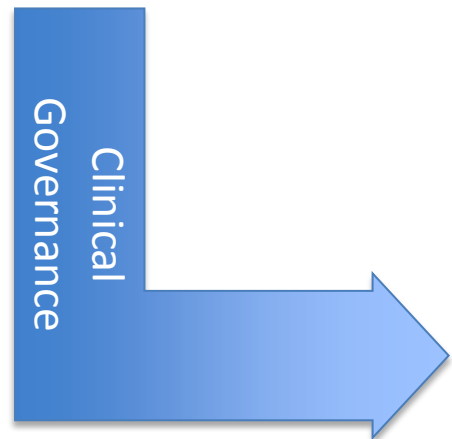
- Rete Ematologica Lombarda
- Rete Procreazione Medicalmente Assistita
- Rete Oncologica Lombarda
- Rete Nefrologica Lombarda
- Rete Lombarda per le Malattie Rare
- Rete Regionale per la Gestione del Trauma Complesso della Mano e degli Arti Superiori

Le RETI DI PATOLOGIA rappresentano un nuovo modello di collaborazione sistematica

- percorsi assistenziali integrati tra strutture ospedaliere e la medicina territoriale
- Il modello organizzativo, basato sul collegamento in rete delle strutture sanitarie, è oggi possibile grazie alle nuove tecnologie dell'informatizzazione e della comunicazione.
- Le reti di patologia possono essere considerate dei “reparti virtuali”, in cui più soggetti, pur lavorando in situazioni di distanza fisica, possono collaborare al processo di diagnosi e cura del paziente.

... dal sito di Regione Lombardia

- pari opportunità di cura, equità e accessibilità ai trattamenti
- tempestiva accessibilità alle informazioni cliniche dei singoli pazienti
- appropriatezza dei percorsi diagnostico - terapeutici
- censimento delle patologie , a supporto di processi di analisi epidemiologica, di efficacia delle cure e dei risultati terapeutici
- ottimizzazione dell'uso delle risorse economiche del sistema
- qualità e sicurezza delle prestazioni sanitarie



# Clinical Governance

The UK government has determined that “clinical governance” will be the framework within which healthcare organisations at every level of its national health service (NHS) will be “accountable for monitoring and improving the quality of their services”. Clinical governance is intended to “safeguard high standards of care by creating an environment in which excellence in clinical care will flourish”

.... Systematic model of quality improvement that marries clinical judgment with clear national standards -----

..... If successful, clinical governance will define a new type of professionalism for the next century. If it fails, clinicians in the UK will find themselves under the tight managerial control found in some other countries.

- di assumere la responsabilità del miglioramento continuo della qualità;
- di salvaguardare standard di cura elevati;
- di creare un ambiente favorevole alla eccellenza nell’assistenza sanitaria
- Di garantire la sostenibilità dell’insieme**

# Istituzioni & Professionisti (Società Scientifiche) & Governo Clinico (Qualità)

## Le aree

- Linee Guida
- CME
- Misura dei livelli qualitativi

NICE (National Institute of Clinical Excellence)  
Agenzia Governativa NO  
coinvolgimento formale della BMA

UK: General Medical Council  
USA: American Medical Association<sup>(diversi Stati)</sup>  
Canada, Australia: Royal Society of ....

## I quesiti principali

Responsabilità stesura LG?

Agenzie governative

Società scientifiche?

Ministero Salute/Regioni?

Controllo e Misura Qualità?

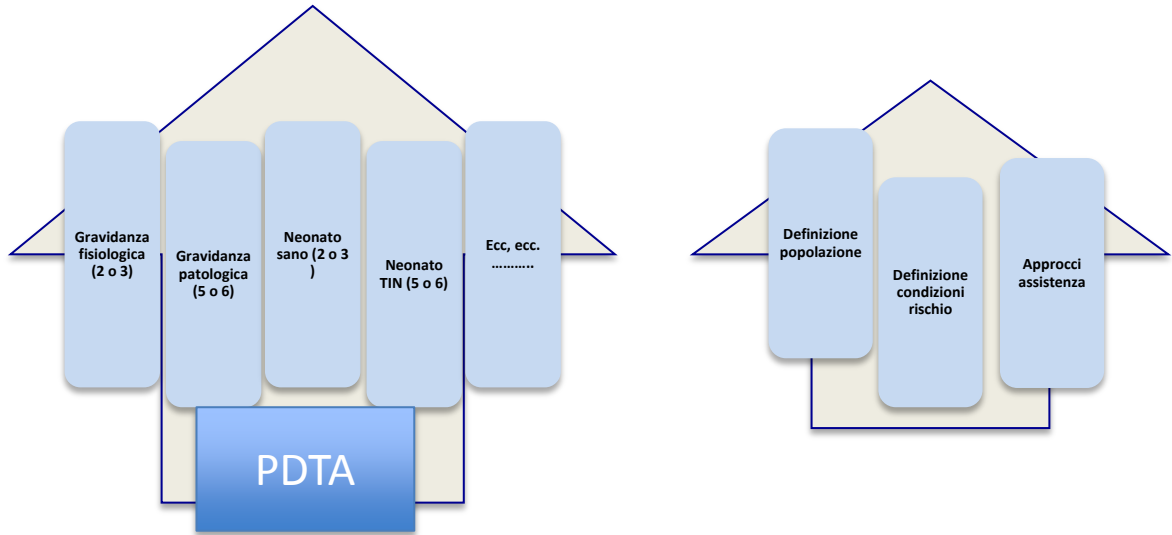
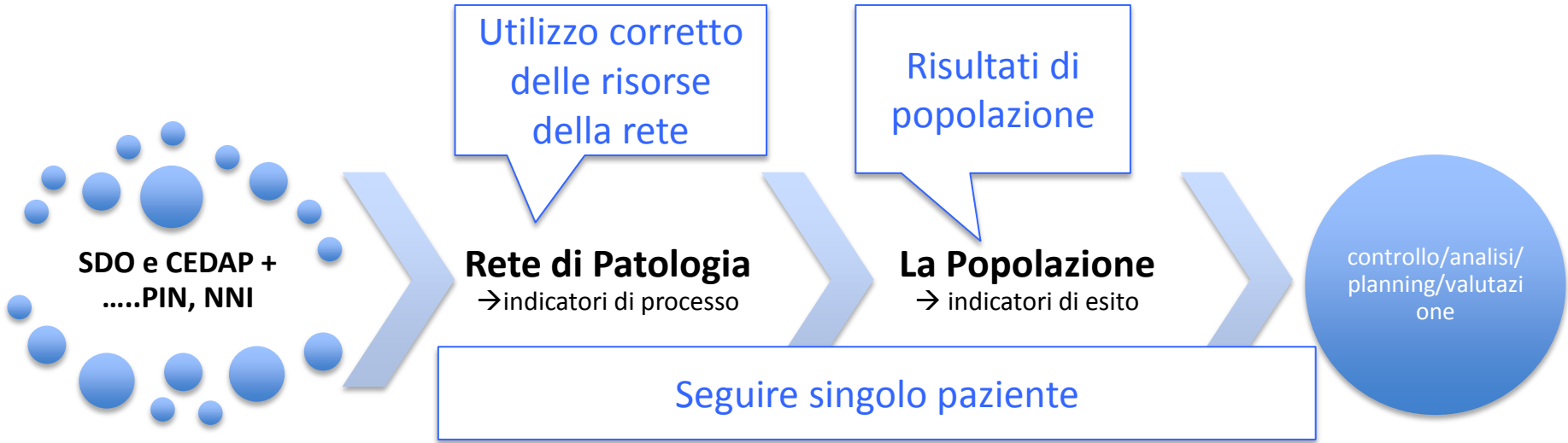
Professionisti?

Istituzioni?

ECM?

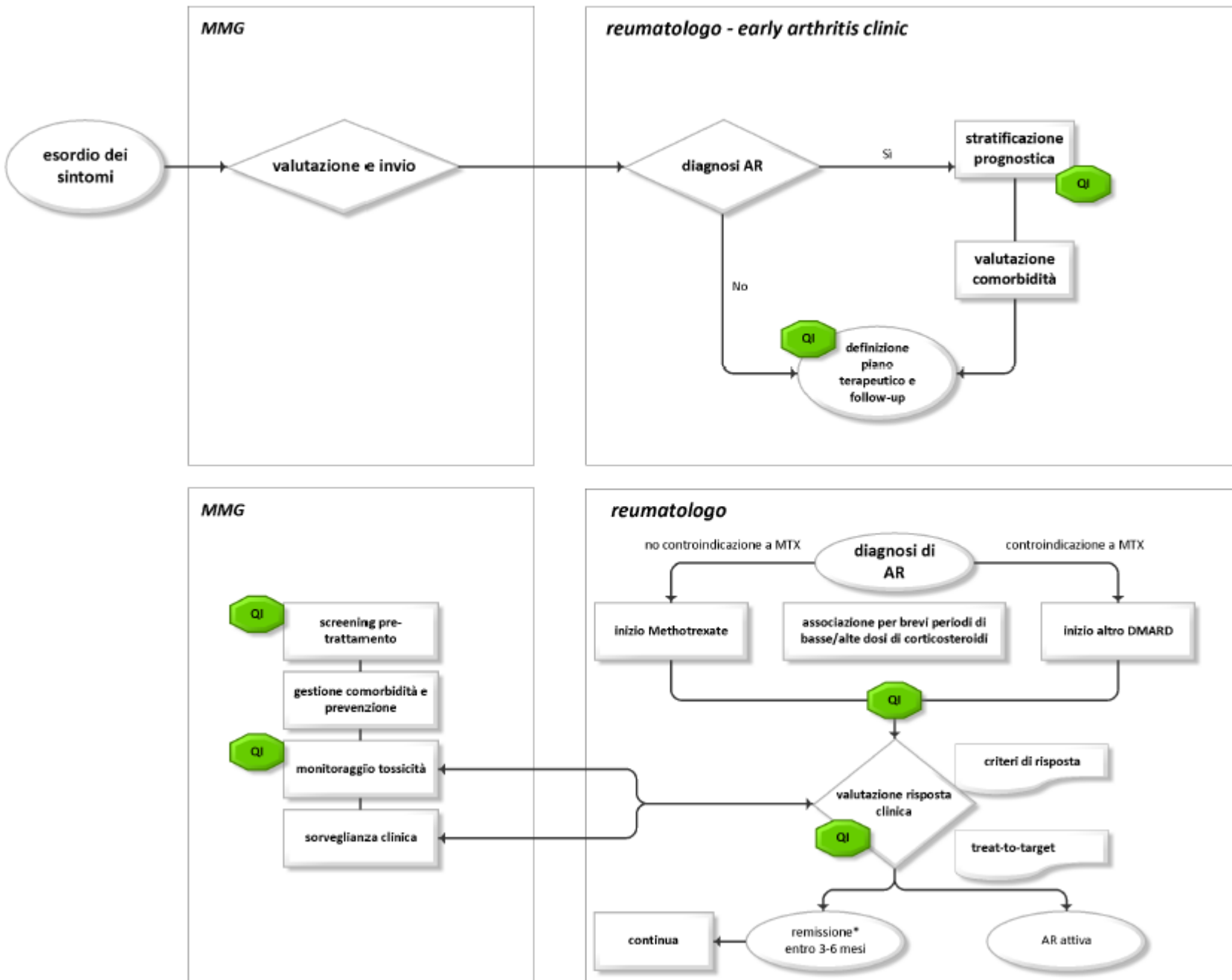
Obbligatoria? Facoltativa?

Gestione governativa?

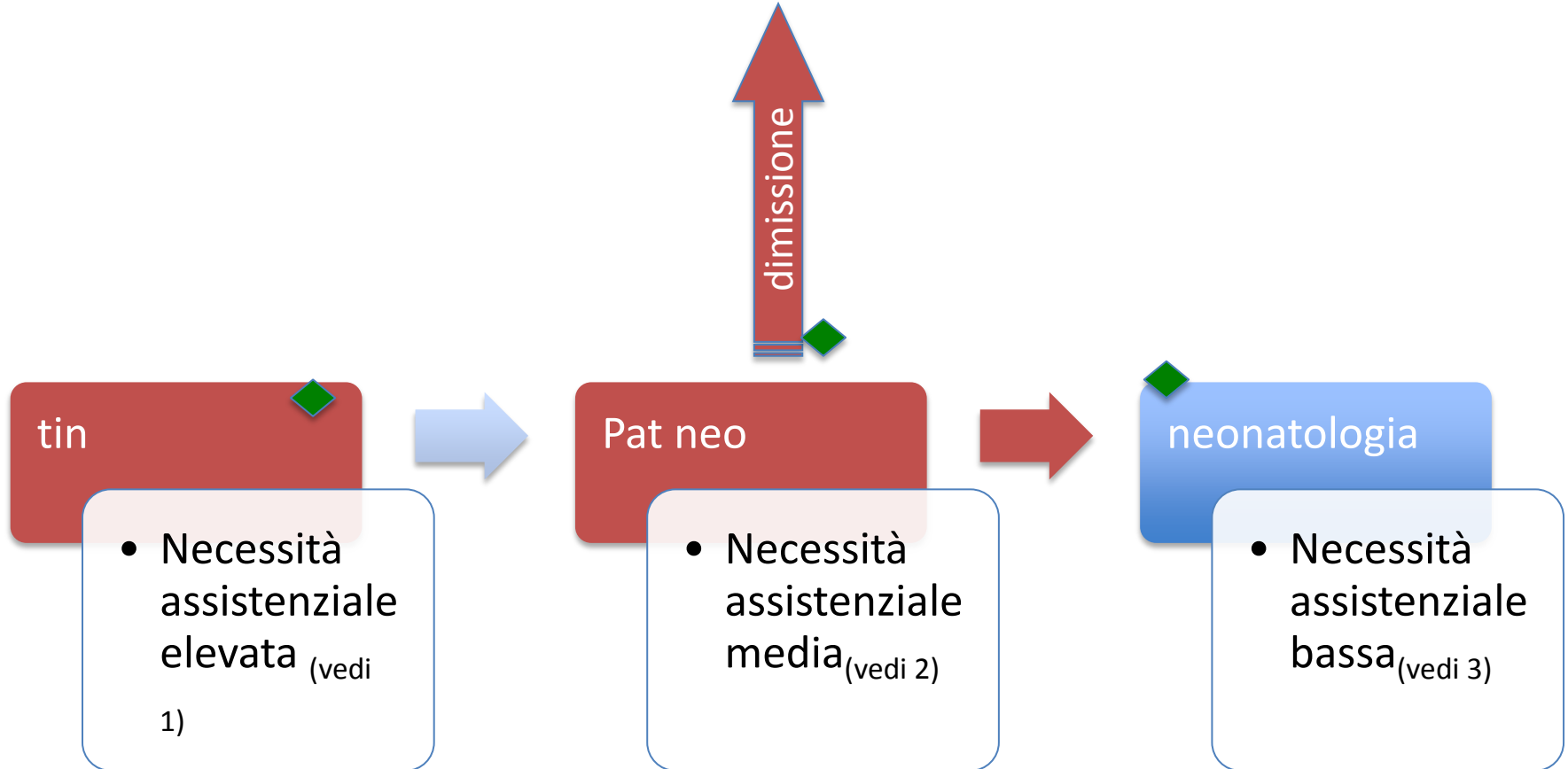


# Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari

# Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari



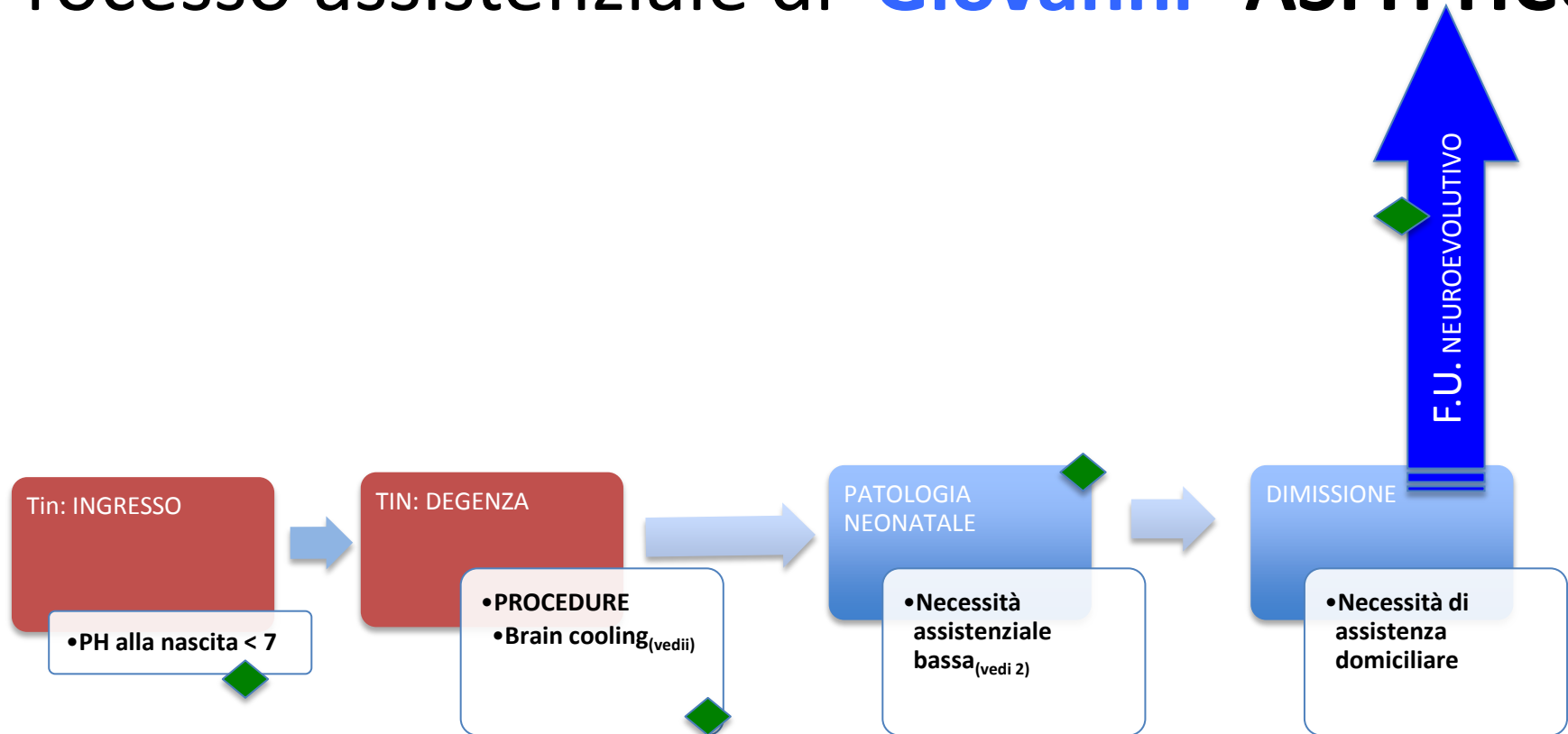
# Processo assistenziale **dei Neonati di VLBW**



Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari

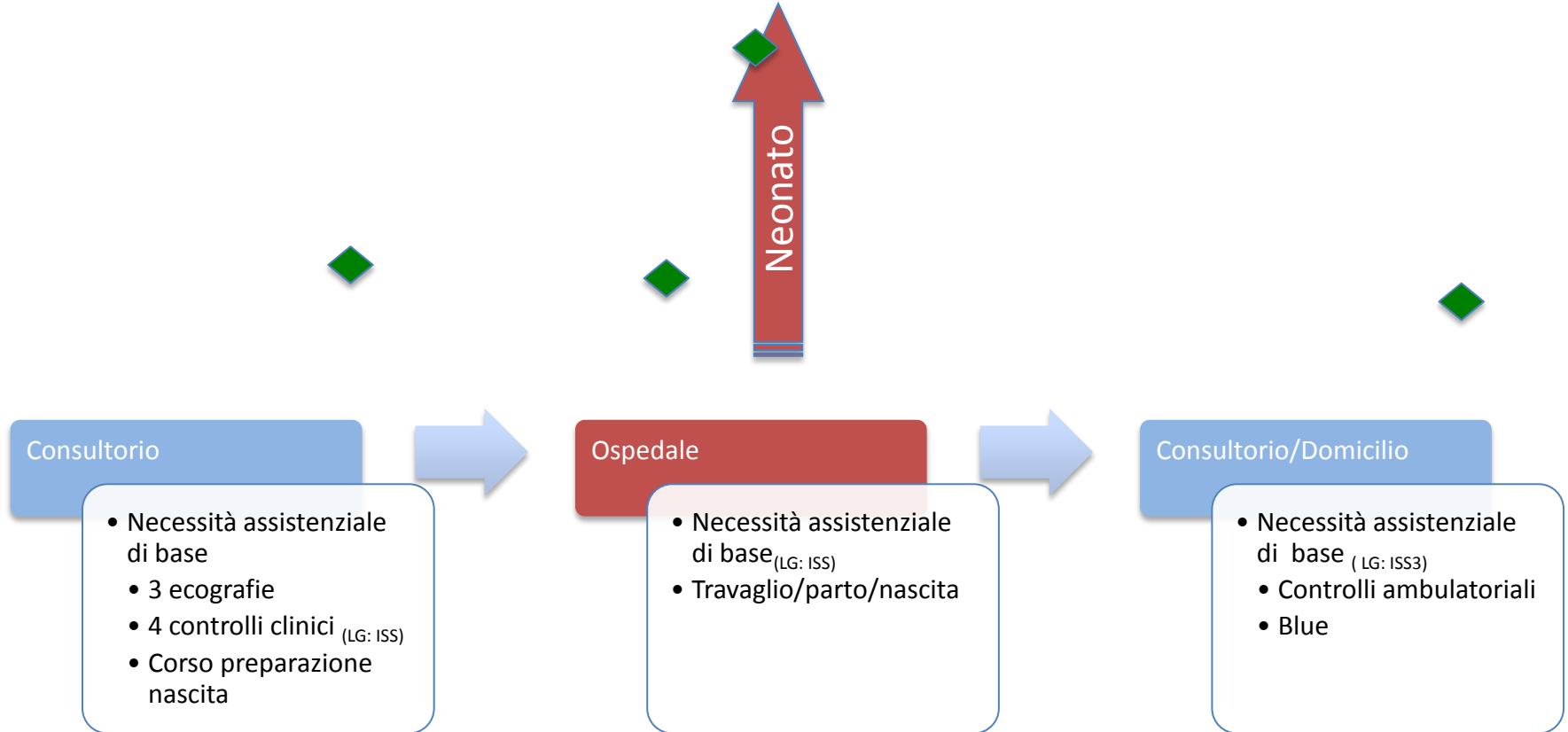


# Processo assistenziale di Giovanni “ASFITTICO”



Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari

# Processo assistenziale Gravidanza Fisiologica



Programmazione e Governo dei Servizi Sanitari

- 1 Assistenza respiratoria in neonato intubato e prime 24 ore dopo estubazione
- 2 Assistenza respiratoria con nCPAP e prime 24 ore dopo la sospensione
- 3 Neonato di età gestazionale < 29 settimane e meno di 48 ore di vita
- 4 Neonato con peso attuale < 1000 g
- 5 Necessità di chirurgia maggiore, nel periodo preoperatorio e per 24 ore dopo l'intervento
- 6 Procedure assistenziali complesse:
  1. Exsanguinotrasfusione (totale o parziale)
  2. Dialisi peritoneale
  3. Infusione di inotropi, vasodilatatori polmonari o prostaglandine, e successive 24 ore dopo la sospensione
  4. Catetere arterioso
  5. Drenaggio toracico/pleurico
  6. Tracheostomia (fino a supervisione da parte dei genitori)
  7. Ipotermia per asfissia
- 7 Neonato nel giorno del decesso
- 8 Neonato in nutrizione parenterale
- 9 Neonato con convulsioni
- 10 Neonato in ossigenoterapia e peso attuale < 1500 g
- 11 Neonato con sindrome d'astinenza in trattamento
- 12 Neonato che necessita di frequenti stimolazioni per apnee
- 13 Diagnosi prenatale di condizione che configura il rischio di una delle condizioni sopra elencate
- 14 Ogni altro neonato considerato instabile e bisognoso di assistenza diretta e continuativa da parte di un'infermiera

Già  
proposti  
da CPNr →  
regole  
2015

# Criteri di controllo 1

*I criteri sono utilizzati per determinare le modalità di ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) sia per neonati inborn che per neonati outborn; il venir meno dei suddetti criteri determina il cessare delle condizioni per il ricovero in TIN e quindi la possibilità di trasferimento amministrativo in Patologia Neonatale.*

## CRITERI PER RICOVERO

### IN PATOLOGIA NEONATALE "SPECIAL CARE" (Cod. 620)

- 1 Assistenza respiratoria di qualsiasi tipo, non compresa in "TIN" (es. ossigenoterapia, ossigenoterapia ad alti flussi)
- 2 Neonato di età gestazionale 29-33<sup>+6</sup> settimane, senza motivi di ricovero in TIN
- 3 Neonato < 29 settimane a più di 49 ore di vita, stabile
- 4 Neonato di peso 1000-1799 grammi
- 5 Neonati in assistenza postchirurgica, dopo 24 ore dall'intervento, stabili
- 6 Neonato con nutrizione enterale stabile (gavage continuo o intermittente ma prevalente)
- 7 Neonato con terapie parenterali in corso (antibiotici e qualsiasi farmaco somministrato e.v.)
- 8 Neonato con infusione di liquidi
- 9 Neonato asfittico, con EII di qualsiasi grado (in valutazione o no per eventuale ipotermia)
- 10 Neonato con sindrome malformativa o segni dismorfici, che non richiedano ricovero in TIN ma che richiedano accertamenti complessi (RMN, prelievi ematici frequenti, controlli ecografici multipli e seriati)
- 11 Diagnosi prenatale di condizione che configura il rischio di una delle condizioni sopra elencate
- 12 Diagnosi prenatale o patologia della gravidanza che configura il rischio di una delle condizioni sopra citate; in particolare:
  1. Diagnosi di restrizione di crescita fetale / IUGR con peso previsto <1800 grammi, oppure con flussimetria gravemente patologica
  - ✓ Diagnosi di malformazione che richiede accertamenti o interventi multipli

Già  
proposti  
da CPNr  
→ regole  
2015

# Criteria di controllo 2

*Il venir meno dei suddetti criteri determina il cessare delle condizioni per il ricovero in Patologia Neonatale "Special Care" e quindi la possibilità di dimissione trsferimento in Neonatologia*

# Il Governo Clinico è un progetto molto articolato finalizzato al miglioramento della qualità del National Health Service in UK (anni '90)

Un sistema concettuale che consente al Sistema Sanitario (N,R,L):

- di assumere la responsabilità del miglioramento continuo della qualità;
- di salvaguardare standard di cura elevati;
- di creare un ambiente favorevole alla eccellenza nell'assistenza sanitaria
- **Di garantire la sostenibilità dell'insieme**

DGR 3976/2012

(allegato 5) – da SDO  
e CEDAP – per il  
Governo Clinico

- Numero neonati con APGAR < 5 A 5'
- pH del cordone
- Numero neonati rianimati
- Numero tagli cesarei classi di Robson
- Numero parti indotti
- Monitoraggio distribuzione dell'orario di nascita
- Numero donne con emorragie post-partum
- Numero applicazioni di ventosa
- Numero parti operativi
- Mortalità materna
- Ammissione in terapia intensiva delle madri
- Numero neonati ricoverati in terapia intensiva neonatale
- Numero trasferimenti STAM
- Rapporto tra parto-analgesie e parti vaginali
- Tempo intercorso tra accettazione ed espletamento del parto (gravidanza fisiologica)
- Percentuale neonati dimessi con alimentazione esclusiva al seno

# 1) Le procedure per iniziare a individuare gli strumenti per il Governo Clinico

- Cateterizzazione arteria ombelicale
- Cateterizzazione vena ombelicale
- Cateterizzazione venosa centrale (anche catetere centrale inserito per via percutanea)
- Cistouretrografia
- CPAP
- Dialisi peritoneale
- Drenaggio addome percutaneo
- EEG
- EEG (video registrazione)
- EMG
- Emodiafiltrazione
- Endoscopia bronco (broncoscopia a fibre ottiche)
- Endoscopia stomaco
- Endoscopia trachea
- Exanguinotrasfusione
- Fundus oculi
- Fotografia del fundus (RET CAM)
- Ipotermia
- Inserzione drenaggio intercostale a torace chiuso
- Intubazione tracheale
- Nutrizione parenterale totale
- Pericardiocentesi
- Potenziali evocati visivi
- RMN addome
- RMN encefalo
- RMN torace cuore
- RMN muscolo-scheletrica
- Scintigrafia tiroidea
- Scintigrafia epatica
- Scintigrafia renale
- TAC addome
- TAC cerebrale
- TAC torace
- Terapia con Ossido Nitrico
- Toracentesi
- Trasfusione di sangue intero
- Trasfusione di GRC
- Trasfusione di piastrine
- Trasfusione di plasma
- Valutazione audiologica
- Ventilazione meccanica < 96 ore
- Ventilazione meccanica ≥ 96 ore

Già proposti  
da CPNr →  
regole 2015

## 2) Le procedure per iniziare a individuare gli strumenti per il Governo Clinico

### Interventi Chirurgici/Procedure

- Biopsia cutanea
- Biopsia muscolare
- Legatura dotto arterioso pervio
- Fotocoagulazione laser (ROP)
- Cateterismo cardiaco
- Valvuloplastica percutanea
- Settostomia di Rashkind
- Correzione trasposizione dei grossi vasi
- Correzione coartazione aortica
- Inserzione di stent vascolare
- Shunt sistemico-polmonare
- Intervento di Norwood primo stadio
- Iniezione intravitale
- Ventricolopuntura
- Derivazione ventricolo-peritoneale
- Derivazione ventricolare esterna
- Chiusura fistola tracheo-esofagea
- Anastomosi esofagea t-t
- Ernia diaframmatica (riparazione)
- Gastroschisi (riparazione)
- Onfalocoele (riparazione)
- Duodeno-duodeno o duodeno-digiunostomia
- Anastomosi tenue-tenue
- Anastomosi tenue-crasso
- Gastrostomia
- PEG
- Ileostomia
- Colostomia
- Volvolo (derotazione)
- Resezione endoscopica valvole uretra
- Tracheostomia temporanea

Già  
proposti  
da CPNr  
→ regole  
2015

✓ Gravidanza fisiologica.

✓ Taglio Cesareo una scelta consapevole

Lg  
LINEA GUIDA

Sistema nazionale  
per le linee guida







# *Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA  
UFFICIO III

Raccomandazione per la prevenzione  
della morte o disabilità permanente  
in neonato sano di peso > 2500 grammi  
non correlata a malattia congenita

**La morte neonatale o la disabilità permanente sono eventi molto gravi che possono essere determinati anche da standard assistenziali inappropriati e richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione**



# *Ministero della Salute*

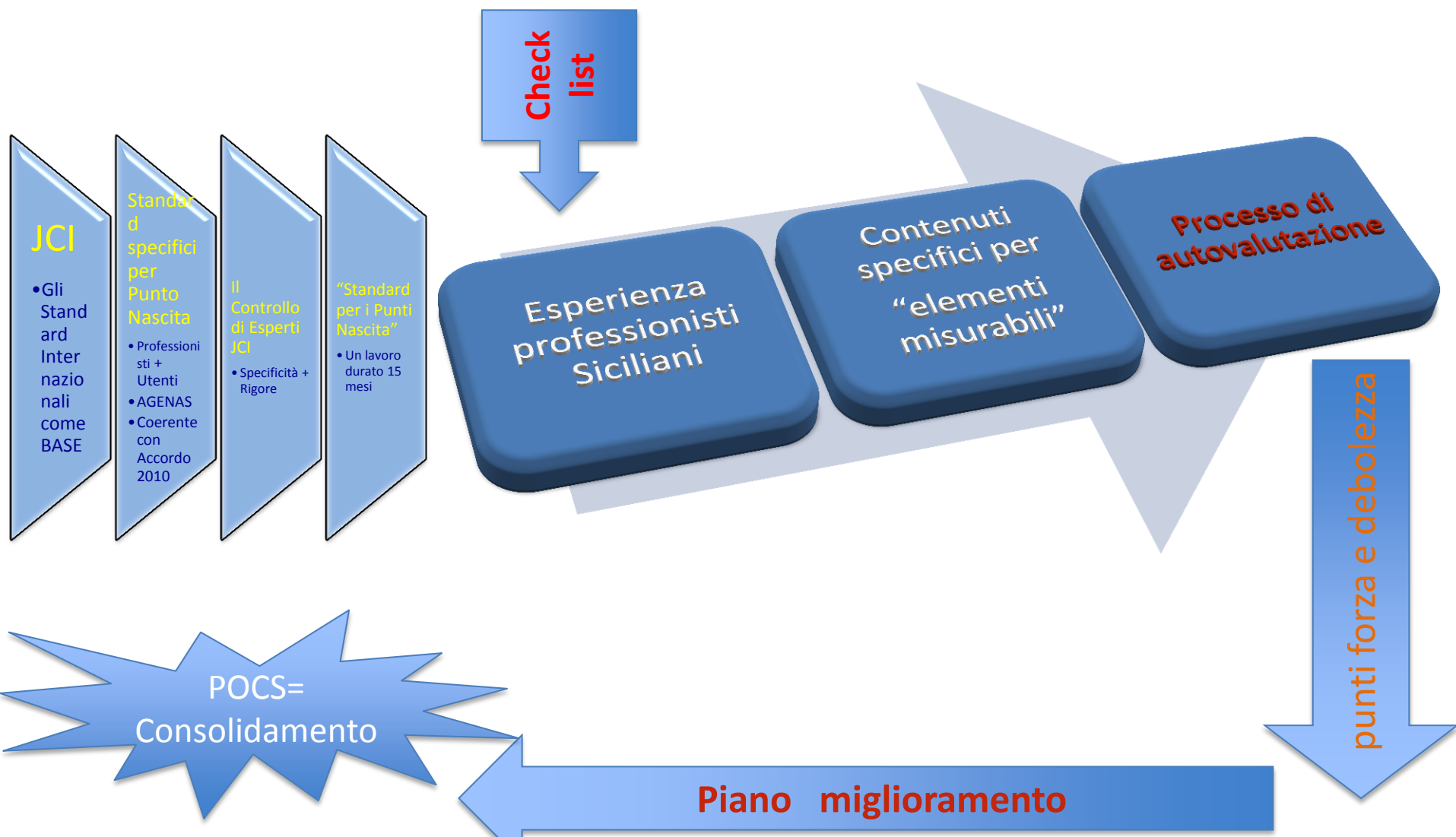
DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI  
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III

**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE  
MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL  
TRAVAGLIO E/O PARTO**

**La morte materna rappresenta un evento drammatico che  
può essere determinato anche da standard assistenziali  
inappropriati**



# Gli standard per la sicurezza dei Punti Nascita, Un bell'esempio di coinvolgimento dei professionisti Regione Sicilia





Autovalutazione 1° semestre 2014

A B C D E F G H I J

competenze

A01	clinical competence	Probabilità	0	Danno	0	Media	55	
A02	fabbisogno del personale	Probabilità	0	Danno	0	Media	0	
A04	valutazione del personale	Probabilità	0	Danno	0	Media	25	
A05	formazione sulle tecniche rianimatorie	Probabilità	0	Danno	0	Media	4	
A06	identificazione di madre e neonato	Probabilità	0	Danno	0	Media	100	
A07	accettazione/trasferimento dal punto nascita	Probabilità	0	Danno	0	Media	100	
A08	PDTA in coerenza con livelli assistenza	Probabilità	0	Danno	0	Media	68	

Chiudi

Report e Stampa

Sblocca

# Autovalutazione 1° semestre 2014



A B C D E F G H I J

## competenze

### A01 clinical competence

Probabilità 0

Danno 0

Media 90



*Tutto lo staff clinico è qualificato, competente ed appropriatamente addestrato*

- |   |  |   |    |    |    |     |   |
|---|--|---|----|----|----|-----|---|
| a | E' presente per il punto nascita la definizione della clinical competence, coerente con il livello delle prestazioni da erogare  | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | ⋮ |
| b | Nei piani organizzativi e nella composizione dei turni di servizio è presa in considerazione la clinical competence, in modo coerente con il livello delle prestazioni da erogare                                      | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | ⋮ |
| c | Esiste un programma di aggiornamento per tutte le figure professionali del punto nascita   | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | ⋮ |
| d | Vengono periodicamente organizzati, per tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza, corsi di addestramento-mantenimento per le procedure/tecnologie di non frequente applicazione e di nuova introduzione | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 | ⋮ |
| e | Sono definite, formalizzate e condivise le responsabilità assistenziali professionali coinvolta nell'assistenza e se ne tiene conto nella composizione del piano di formazione dei singoli operatori                   |   |    |    |    |     |   |

### CheckList

- Vengono organizzati corsi di addestramento-mantenimento per le procedure/tecnologie di non frequente applicazione?
- e di nuova introduzione?
- per tutte le figure professionali del punto nascita?
- con cadenza periodica?

### A02 fabbisogno del personale

### A04 valutazione del personale

Probabilità 0

Danno 0

Media 75



### A05 formazione sulle tecniche rianimatorie

Probabilità 0

Danno 0

Media 75





# Autovalutazione 1° semestre 2014

- A
- B
- C
- D
- E
- F
- G
- H
- I
- J

## travaglio e parto

### D02 travaglio parto vaginale

Probabilità 0 Danno 0 Media 100

*Il punto nascita è orientato a consentire il travaglio/parto con modalità sicure ed appropriate*

a	Esistono protocolli e procedure per il corretto funzionamento organizzativo delle sale travaglio-parto e protocolli validati per la gestione di percorsi clinico-assistenziali	0	25	50	75	100	⋮
b	Sono definite, formalizzate e condivise le modalità assistenziali diversificate in funzione dei livelli di rischio ostetrico	0	25	50	75	100	⋮
c	Sono definite, formalizzate e condivise le modalità di gestione del travaglio/parto a basso rischio da parte delle ostetriche	0	25	50	75	100	⋮
d	Sono definite, formalizzate e condivise le modalità di gestione del travaglio/parto ad alto rischio	0	25	50	75	100	⋮
e	Sono definiti, formalizzati e condivisi strumenti atti a documentare l'andamento del parto, le manovre assistenziali effettuate, i tempi e gli operatori coinvolti	0	25	50	75	100	⋮
f	Esistono procedure che guidano l'assistenza durante il parto strumentale	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>CheckList</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orari</li> <li>- Battito cardiaco fetale (BCF)</li> <li>- Attività contrattile</li> <li>- Dilatazione collo uterino</li> <li>- Integrità delle membrane</li> <li>- Caratteristiche del liquido amniotico</li> <li>- Livello parte presentata e posizione</li> <li>- Eventuali prescrizioni (inclusa la terapia farmacologica)</li> <li>- Rintracciabilità annotazioni</li> </ul> </div>					
g	Gli operatori che assistono sono in grado di applicare in maniera tempestiva						
h	Sono definite, formalizzate e condivise le indicazioni per attivare un eventuale emergenza						
i	Esiste un processo di raccolta dati che consentono di valutare numero e tipologia assistenziali con riferimento agli esiti materno-neonatali.						
j	Sono definite, formalizzate e condivise le procedure di collegamento con le unità ospedaliere						





## Autovalutazione 1° semestre 2014

A B C **D** E F G H I J

## travaglio e parto

D02	travaglio parto vaginale	Probabilità	0	Danno	0	Media	79	
D03	monitoraggio materno e fetale	Probabilità	0	Danno	0	Media	88	
D04	osservazione post-partum	Probabilità	0	Danno	0	Media	83	
D05	analgesia	Probabilità	0	Danno	0	Media	85	
D08	valutazione anestesiológica pre-parto	Probabilità	0	Danno	0	Media	81	
D09	pianificazione parto-analgesia	Probabilità	0	Danno	0	Media	81	
D10	monitoraggio materno e fetale durante parto-analgesia	Probabilità	0	Danno	0	Media	83	
D11	osservazione post-partum dopo parto-analgesia	Probabilità	0	Danno	0	Media	67	
D12	appropriatezza taglio cesareo	Probabilità	0	Danno	0	Media	88	
D13	valutazione anestesiológica TC programmato	Probabilità	0	Danno	0	Media	79	
D14	valutazione anestesiológica TC urgenza/emergenza	Probabilità	0	Danno	0	Media	92	
D16	tipo anestesia	Probabilità	0	Danno	0	Media	100	
D17	monitoraggio durante TC	Probabilità	0	Danno	0	Media	75	
D18	ipotermia del neonato	Probabilità	0	Danno	0	Media	38	
D21	verbale operatorio	Probabilità	0	Danno	0	Media	100	
D22	assistenza post-TC	Probabilità	0	Danno	0	Media	70	

Chiudi

Report e Stampa

Sblocca



### Piano di Miglioramento 1° semestre 2014



Responsabilità

Direttore U.O. Ostetricia e Ginecologia  
Direttore U.O. UTIN

Azioni

Predisposizione di programma specifico di Risk management coerente con quello del miglioramento della Qualità  
Predisposizione di apposita scheda di segnalazione di Eventi Sentinella, Eventi avversi, Near Miss coerente con la già esistente scheda di segnalazione eventi avversi aziendale

Tempi

3 mesi

Altro

Il Programma verrà redatto ed implementato con il Coordinamento del Risk Manager Aziendale

Standards

J01, J04

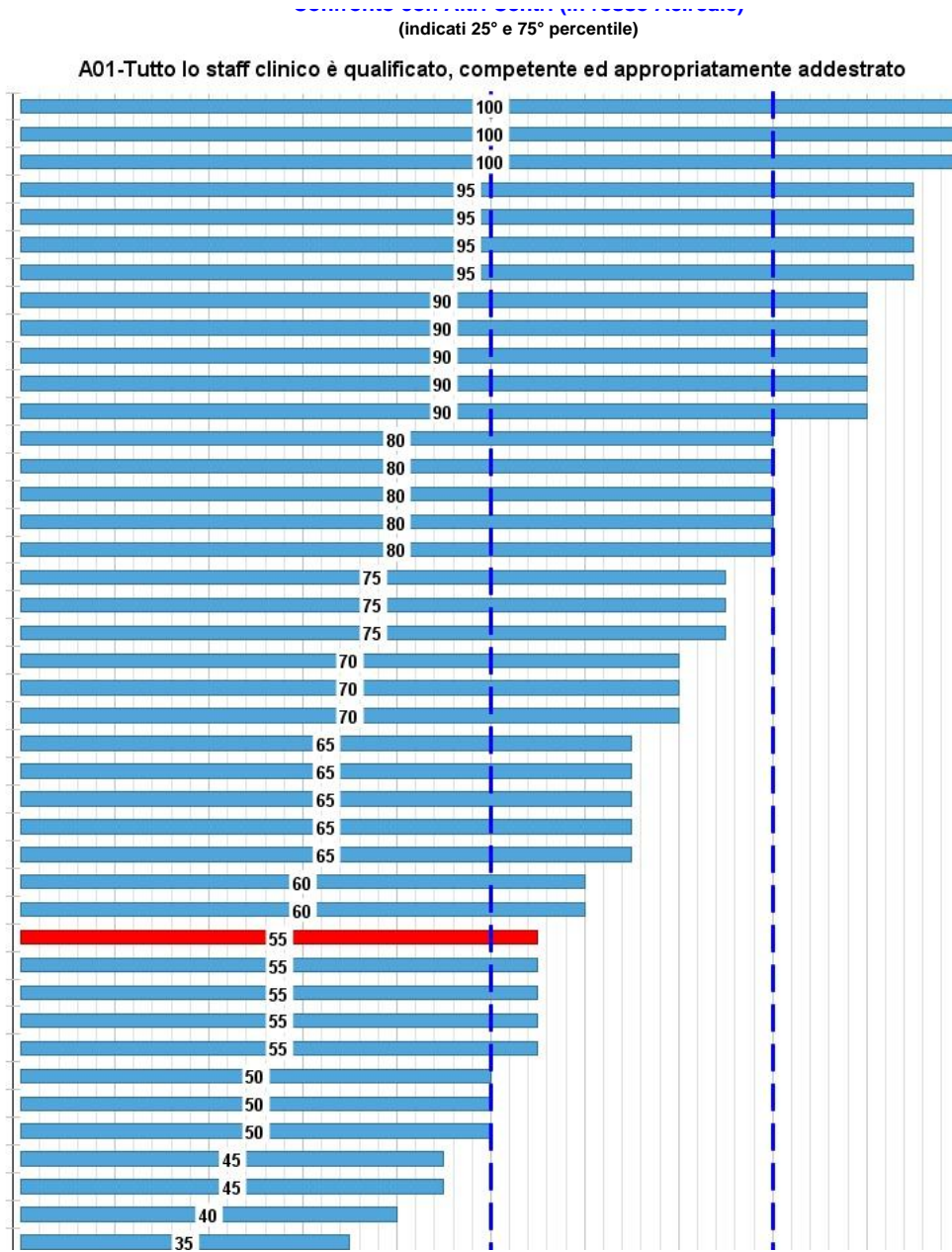
Chiudi

Stampa

Sblocca



# La mia posizione



# Le posizioni di tutti

Visualizzatore Report



Visualizza pagina 1 di 18

## Autovalutazione Punti Nascita

1° semestre 2014

(Istruzioni per download archivio e link ai grafici di confronto tra centri in ultima pagina)

A01	clinical competence	Tutto lo staff clinico è qualificato, competente ed appropriatamente addestrato
a	E' presente per il punto nascita la definizione della clinical competence, coerente con il livello delle prestazioni da erogare	64,8
b	Nei piani organizzativi e nella composizione dei turni di servizio è presa in considerazione la clinical competence, in modo coerente con il livello delle prestazioni da erogare	71,4
c	Esiste un programma di aggiornamento per tutte le figure professionali del punto nascita	57,7
d	Vengono periodicamente organizzati, per tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza, corsi di addestramento-mantenimento per le procedure/tecnologie di non frequente applicazione e di nuova introduzione	52,6
e	Sono definite, formalizzate e condivise le responsabilità assistenziali e le competenze per ogni figura professionale coinvolta nell'assistenza e se ne tiene conto nella composizione dei turni di servizio e nel piano di formazione dei singoli operatori	72,4

Media Esito Standard A01 **63,8**

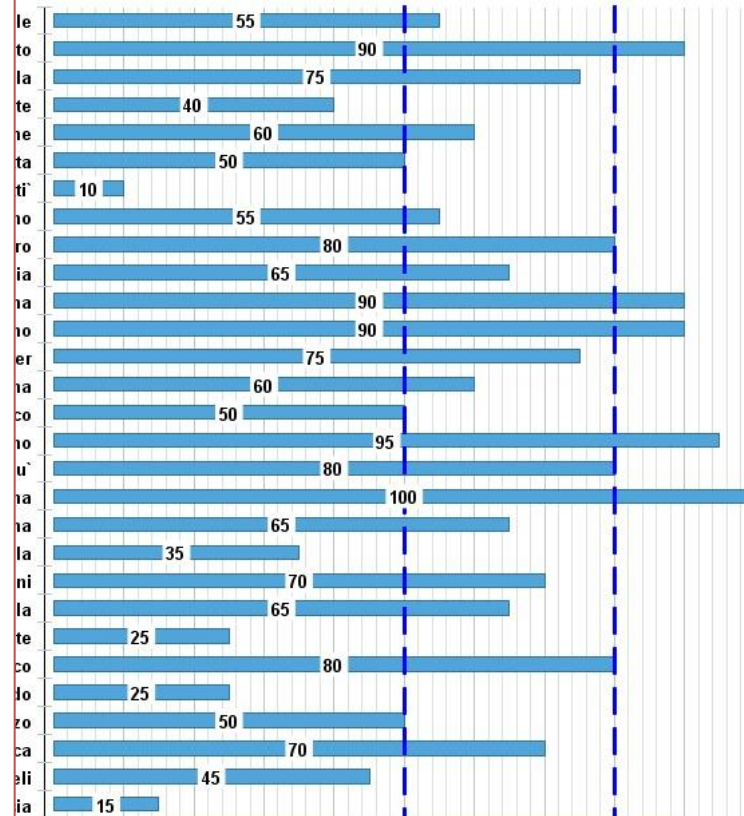
A02	fabbisogno del personale	Il fabbisogno del personale è definito
a	È definito il fabbisogno del personale del punto nascita in relazione al livello assistenziale previsto e alle prestazioni erogate	67,3
b	Il numero, il tipo e le qualifiche richieste del personale sono identificate usando metodi riconosciuti di definizione dei fabbisogni nel rispetto dei regolamenti e della normativa di legge per quanto riguarda almeno gli standard minimi del personale	63,3
c	Il fabbisogno viene valutato in relazione alla capacità di risposta ai bisogni di madre e neonato nel rispetto dei regolamenti e della normativa di legge	66,8

Media Esito Standard A02 **65,8**

### 1° semestre 2014 - Confronto tra Centri

(Indicati 25° e 75° percentile)

Staff clinico è qualificato, competente ed appropriatamente addestrato



# L'UTILIZZO



# Formare i professionisti

- Audit
- Indicatori
- Misura della qualità
- Coinvolgimento dei Professionisti/Colleghi/Comparto
- Valutazione degli errori
- Trigger tool
- Ecc.

3 agosto 522 anni fa ??????

..... certo il 3 agosto poteva anche non salpare, ma ..... in America ci sarebbe arrivato qualcun altro.

