

## **Percorso di formazione per SERT e strutture accreditate**

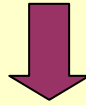
### **Processi e interfacce**

**Maria Ravelli**



**Bologna, 9 marzo 2009**

# Cosa sono le aziende



## *Organizzazioni*

- + insieme di persone e di mezzi, con definite responsabilità ed interrelazioni (**interfacce**)
- + insieme di risorse orientate al perseguimento di una **finalità comune**, in costante rapporto di evoluzione con l'ambiente di riferimento

**L'Azienda è  
un'insieme di persone e risorse che  
generano processi comuni di lavoro**

## **Processo** (glossario accreditamento)

successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato che ha valore per il cliente finale.



è determinato da attività e operazioni realizzate da professionisti, in contesti precisi utilizzando metodi e tecnologie definite.

## **Processo (glossario accreditamento)**

successione strutturata di attività finalizzate a produrre un risultato che ha valore per il cliente finale.

è determinata da attività e operazioni realizzate da professionisti, in contesti precisi utilizzando metodi e tecnologie definite.

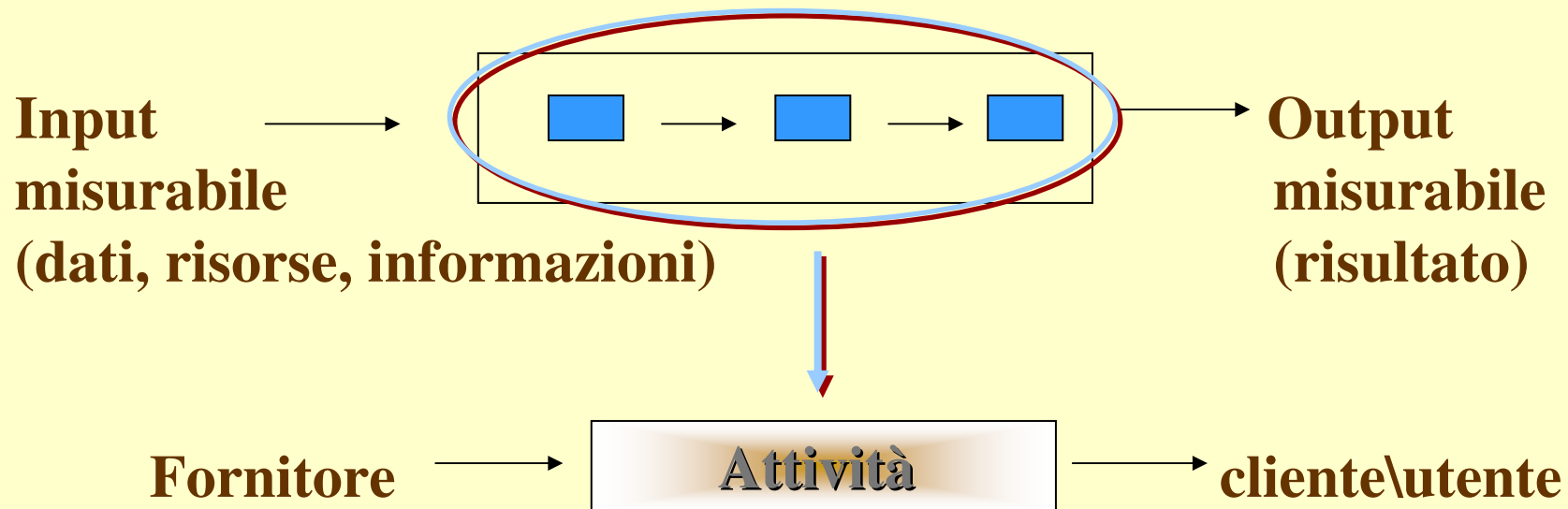
### **E' definito da 3 elementi**

- ✚ l'input,**
- ✚ la sequenza di eventi (o attività)**
- ✚ l'output (o risultato)**

# PROCESSO

=

**sequenza di attività\operazioni correlate e finalizzate ad uno specifico risultato finale**



N.B. Le informazioni sono di fondamentale importanza in quanto sono alla base di ogni passaggio di fase, ossia collegano ogni attività



Le **interfacce** sono i passaggi cruciali ( di informazioni, di consegna, di parti di processo) che avvengono nelle organizzazioni fra aree funzionali e tra azioni dei professionisti nello stesso processo, e rappresentano spesso i nodi critici dei processi.

- ✚ **Si individuano nell'analisi di processo**

- ✚ E' importante analizzarle per la propria parte di competenza

- ✚ E' importante condividerle con i servizi di riferimento

- ✚ E' importante documentarle

- ✚ E' importante misurarle

***E' importante conoscerle***

## Tipologia di processi

- ❖ processi di management (o direzionali) e pianificazione;
- ❖ **core business** (processi operativi), es. erogare assistenza; processo primario che genera valore per l'utente finale
- ❖ processi di supporto (funzionali al *core business*), es. gestione risorse umane, formazione, gestione tecnologie

**1<sup>^</sup> fase**

**Individuare i processi prioritari**

**2<sup>^</sup> fase**

**Individuare obiettivi e indicatori**

**3<sup>^</sup> fase**

**Stesura del diagramma di flusso**

**4<sup>^</sup> fase**

**Individuazione e pianificazione  
azioni (correttive)**

**5<sup>^</sup> fase**

**Misurazione, standardizzazione e  
miglioramento**

**1<sup>^</sup> fase**

## **Individuare i processi prioritari**

- **numero di fasi del processo**
- **numero di persone coinvolte direttamente o indirettamente**
- **costo del processo**
- **criticità di eventuali errori e problemi o accadimenti avversi**
- **importanza del processo sul risultato dello stesso (impatto sul cliente interno o sul cliente/paziente)**

### 2<sup>^</sup> fase

## Individuare

- ✚ **gli obiettivi** (da politiche, dalle esigenze del cliente interno o esterno, da necessità di prestazione o di efficienza)
  - \_ gli obiettivi sono spesso collegati alle criticità \_
  - \_ gli obiettivi devono essere condivisi con i professionisti interessati
- ✚ **gli indicatori** più adatti
- ✚ **dati storici** per creare un punto di partenza

### 3<sup>^</sup> fase

#### Stesura del diagramma di flusso \_ individuare \_

- gli input e output del processo
- le interfacce (= punti di incontro) con altri processi o tra azioni dei professionisti nello stesso processo
- le responsabilità per ogni attività
- documenti di riferimento (regole, istruzioni, tabelle, protocolli, moduli per registrazioni)
- punti critici/anomalie
- Rivedere gli indicatori e loro collocazione nel processo e il sistema di misurazione del processo



## Strumenti

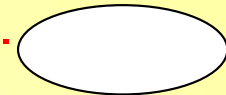
- ***Diagramma di flusso o flow chart:*** evidenzia la “logica” del processo (in toto o per sue parti critiche) (**fase 3**)



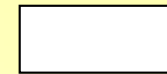
# Diagramma di flusso      Flow chart

**consente di descrivere le differenti operazioni sotto forma di uno schema in cui le diverse fasi del processo vengono rappresentati da simboli grafici.**

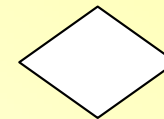
❖ I cerchi indicano l'inizio (input) e la fine (output) di un processo.



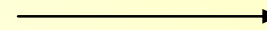
❖ Il rettangolo indica l'attività di cui è composto il processo



❖ Il rombo si utilizza quando c'è uno snodo decisionale.



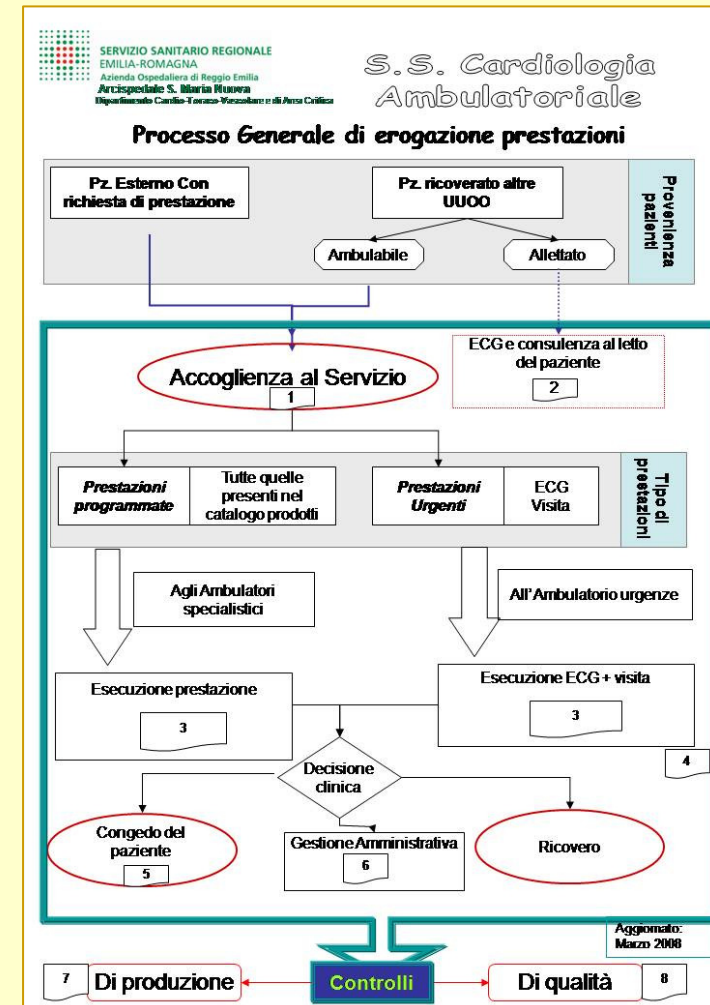
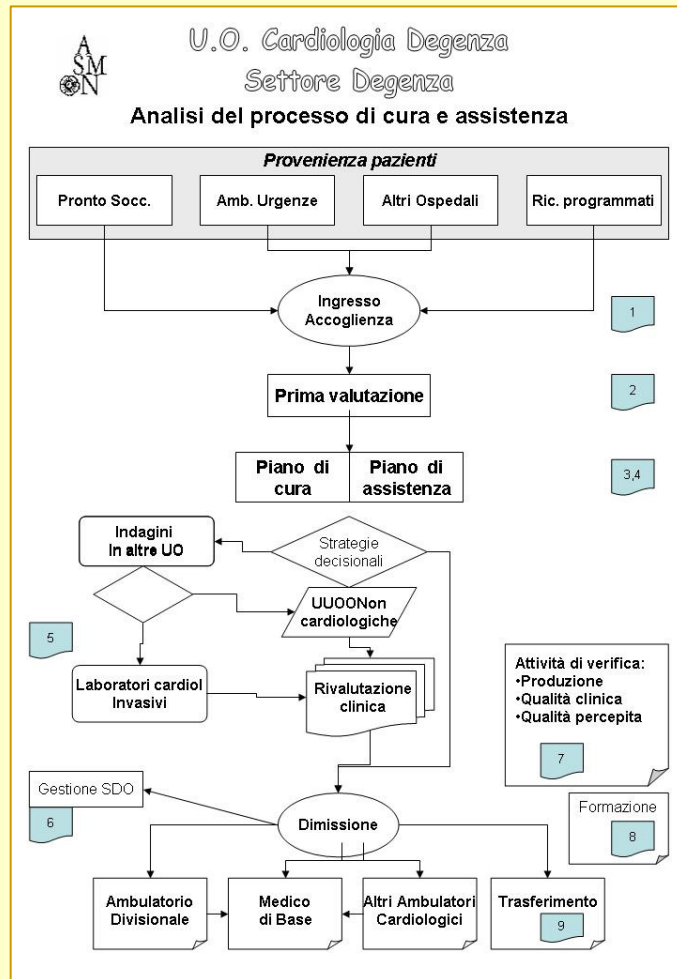
❖ La freccia indica il flusso/percorso del processo



❖ Gestione documenti



# Diagramma di flusso





## Processo Generale di cura e assistenza in Cardiologia

### Descrizione degli step e documenti di riferimento

	documenti disponibili	Responsabile	Descrizione step del processo e Note
1	<a href="#">Processo di accettazione</a>	IP in turno	<b>Accettazione</b>
2	<a href="#">Protocollo trattamento IMA con PTCA facilitata</a>  Linee guida ANMCO su IMA e A. inst	Medico di turno nel settore	<b>Prima valutazione:</b> inquadramento caso clinico, Formulazione sospetto diagnostico e prima diagnosi, Prescrizione terapia urgente, Prescrizione indagini integrative, Coinvolgimento mirato di consulenti
3	<a href="#">Linee guida ANMCO IMA e A. inst</a> Linea Guida endocardite Protocollo ricezione ECG	Equipe medica del settore	<b>Piano di cura:</b> Gestione clinica del caso nella sua completezza al di fuori delle fasi di emergenza-urgenza:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Raccolta anamnesi</li> <li>•Visita medica giornaliera</li> <li>•Compilazione cartelle cliniche</li> <li>•Inquadramento diagnosi</li> <li>•Prescrizione terapia</li> <li>•Colloquio coi familiari</li> <li>•Manovre invasive</li> <li>•Richieste indagini laboratorio</li> <li>•Coinvolgimento consulenti</li> <li>•Raccolta consensi informati</li> </ul>
4	<a href="#">Istruzioni operative per IMA</a> <a href="#">Istruzioni operative per dolore toracico</a> Protocollo infermieristico sincopi Protocollo uso monitoraggi Protocollo reperimento accessi venosi ed utilizzo set da infusione <a href="#">Procedura gestione OTA</a> Linee guida contenzione in cardiologia	Capo Sala	<b>Piano di assistenza:</b> Le attività svolte routinariamente nel reparto sono riportate nel piano di attività del personale infermieristico e OTA.



# ESEMPIO

## **PROCESSO**

PRESA IN CARICO DEL POLITRAUMATIZZATO DA PARTE DEL PS

## **OBIETTIVO:**

Rendere sicura la presa in carico del paziente politraumatizzato attraverso la definizione del percorso e delle responsabilità del ps e dei consulenti

## **INDICATORI:**

Tempi di presa in carico

Tempi di risposta dei consulenti

.....

.....

**PRESA IN CARICO DEL POLITRAUMATIZZATO DA PARTE DEL PS**

Tempo	Diagramma di flusso (azioni e responsabilità)	Criticità	Documentazione
6 ore	<pre> graph TD     1[Allertamento (118)] --&gt; 2[Arrivo accoglienza (Triage)]     2 --&gt; 3{Valutazione Primaria (Trauma Team)}     3 --&gt; 4[RX di base Ecofast (Trauma Leader-TL)]     3 --&gt; 5[Consulenti (TL)]     4 --&gt; 6{Intervento chirurgico? (TL + Consulente)}     5 --&gt; 6     6 -- NO --&gt; 7a[Indagini di II° livello Monitoraggio e trattamento continuo]     6 -- SI --&gt; 7b[Sala Operatoria]     </pre>	<p>1 Allertamento del Ps ortopedico a fronte di Lesioni muscolo scheletriche gravi</p> <p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reperimento e avviso telefonico ai familiari da parte del servizio di polizia di stato (?)</li> <li>• Gestione della sala d'attesa ortopedica</li> <li>• invio in procedura breve ortopedica un trauma grave</li> </ul> <p>3 Omogeneità del team</p> <p>4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Indagini radiologiche non previste dai protocolli</li> <li>•Refertazione rapida</li> <li>•Indagini ripetute per problemi operativi</li> </ul> <p>5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Rintracciabilità</li> <li>•Autonomia decisionale del consulente nella sua disciplina (Chirurgo – Radiologo)</li> </ul> <p>6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Richiesta di ulteriori indagini</li> </ul> <p>7</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnamento del politraumatizzato</li> <li>• scheda medico\infermieristica dalla strada al reparto</li> <li>• posti letto dedicati ed attrezzati</li> <li>• Completamento della diagnostica in PS</li> <li>• trasferimento da ospedali provinciali</li> <li>• uso promiscuo della sala operatoria (ortopedia ?)</li> <li>• sala operatoria e anestesisti impegnati</li> </ul>	<p>Procedure di riferimento</p> <p>•Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso</p> <p>•Procedure di accoglienza del PS</p> <p>Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso</p> <p>Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso</p> <p>Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso</p> <p>Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso</p> <p>Linee Guida sulla Gestione del Grave Traumatizzato in Pronto Soccorso</p> <p>Protocollo di centralizzazione</p>

# Responsabilità del trauma leader

- Team leader (TL) è chi accoglie il politraumatizzato all'interno del PS e che abbia fatto il corso ATLS anche nei PS di Provincia.
- Il trauma leader è responsabile del malato fino a quando rimane in PS, il TL può affidare il malato ad altro collega con delega totale per un periodo limitato e/o per indagini ad hoc.
- La decisione delle indagini strumentali è responsabilità del TL.
- E' responsabilità del PS fare la 1<sup>a</sup> diagnosi per il ricovero.
- L'allertamento dei consulenti deve essere fatto dopo la 1<sup>a</sup> valutazione dai medici del PS dell'ASMN tenuto conto dei criteri previsti dall'ATLS.
- I radiogramma standard (torace, bacino) eseguiti subito in sala urgenze devono essere a disposizione del consulente.

**Tipologie di esami RX da effettuarsi nella prima valutazione in sala urgenza del PS (fase 4a)**

<b>Tipologia</b>	<b>Responsabilità</b>
Rx torace Rx bacino	Team leader del Pronto Soccorso.
Eventuale rachide cervicale in LL Eventuale segmenti di ossa lunghe solo per prevedere un eventuale danno vascolare .	Team leader del Pronto Soccorso.

**Modalità di attivazione del servizio di radiologia da parte del Pronto Soccorso**

La radiologia è attivata da un membro del team del PS telefonicamente ai numeri **6136 o 6133** e per **via informatica** (attivazione dell'esame richiesto da parte del medico di PS)

**Analisi  
interfacce**



**Descrizione delle modalità di esecuzione e refertazione degli esami radiologici**

<b>Modalità</b>	<b>Responsabilità</b>
Il politraumatizzato effettua i radiogrammi standard in sala urgenza con l'utilizzo del supporto per la cassetta radiografica. Non è consentito eseguire le radiografie mettendo la cassetta a contatto con il paziente poiché, seppur minimo, il paziente sarebbe sottoposto a movimento.	Medico radiologo In turno nella Diagnostica di PS
<b>La Refertazione viene eseguita per via informatica (PACS)</b>	Medico radiologo In turno nella Diagnostica di PS
<b>indicatori: rilevazione del TAT sul Pacs</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>tempo intercorso tra l'attivazione dell'esame e la refertazione leggibile sul PACS</li> </ul>	

## **Individuazione e pianificazione azioni (correttive)**

**4<sup>^</sup> fase**

**.....a fronte delle criticità riscontrate nell'analisi del processo**

**Individuare azioni (correttive) atte a risolvere le criticità**

**Ove necessario analizzarne le cause**

**Pianificare le azioni da mettere in atto per risolvere le  
criticità**

**(incluse le responsabilità, il tempo di realizzazione e la verifica)**

# Strumenti

- ***Gantt***: evidenzia la cronologia delle attività e può essere usato per la pianificazione delle azioni "correttive" (**fase 4**)



# GANTT

## PIANO OPERATIVO DELL'AUDIT CIVICO A LIVELLO LOCALE

FASI	TEMPI	ATTORI COINVOLTI
Adesione della direzione al progetto di audit	Marzo 2005	Direzione Aziendale
Comunicazione del progetto a livello locale (Direzione, CCM)	Maggio 2005	Ufficio Qualità
Costituzione del comitato promotore	Maggio 2005	Ufficio Qualità, CCM, TDM
Formazione regionale del comitato promotore	Giugno 2005	Regione, comitato promotore
Reclutamento valutatori èquipe locale	Luglio-Novembre 2005	Ufficio qualità, CCM
Campagna informativa (internet, intranet, newsletter)	Gennaio 2006	Ufficio Qualità, Ufficio Comunicazione
Formazione èquipe locale	Gennaio 2006	Comitato promotore
Definizione campo di applicazione	Gennaio 2006	Èquipe locale
Rilevazione dati	Febbraio-Marzo 2006	Èquipe locale
Elaborazione dati e restituzione report finale	Aprile-Maggio 2006	Cittadinanza attiva
Valutazione finale aziendale	Giugno 2006	Èquipe locale e Direzione aziendale
Benchmarking e utilizzo dei risultati	Da Giugno 2006	Direzione e professionisti a vari livelli, altre aziende coinvolte nel progetto di audit civico regionale



## GANTT PIANO OPERATIVO DELL'AUDIT CIVICO A LIVELLO LOCALE

FASI	TEMPI	ATTORI COINVOLTI
Adesione della direzione al progetto di audit	Marzo 2005	Direzione Aziendale
Comunicazione del progetto a livello locale (Direzione, CCM)	Maggio 2005	Ufficio Qualità
Costituzione del comitato promotore	Maggio 2005	Ufficio Qualità, CCM, TDM
Formazione regionale del comitato promotore	Giugno 2005	Regione, comitato promotore
Reclutamento valutatori èquipe locale	Luglio-Novembre 2005	Ufficio qualità, CCM
Campagna informativa (internet, intranet, newsletter)	Gennaio 2006	Ufficio Qualità, Ufficio Comunicazione
Formazione èquipe locale	Gennaio 2006	Comitato promotore
Definizione campo di applicazione	Gennaio 2006	Èquipe locale
Rilevazione dati	Febbraio-Marzo 2006	Èquipe locale
Elaborazione dati e restituzione report finale	Aprile-Maggio 2006	Cittadinanza attiva
Valutazione finale aziendale	Giugno 2006	Èquipe locale e Direzione aziendale
Benchmarking e utilizzo dei risultati	Da Giugno 2006	Direzione e professionisti a vari livelli, altre aziende coinvolte nel progetto di audit civico regionale

# Oggetto: GESTIONE DEI CAMPIONI PER GLI ESAMI ISTOLOGICI/CITOLOGICI

## Soggetti: Sale operatorie \_ Anatomia Patologica

MODALITA' DI GESTIONE E GARANZIE		Evidenze documentali
<b>Sale operatorie</b>	<b>Anatomia patologica</b>	
Trasporto dei campioni •entro le 15.00 per gli interventi effettuati al mattino dello stesso giorno; •tra le 8.00 e le 9.00 del giorno successivo i campioni degli interventi effettuati al pomeriggio\notte	•attestazione del ricevimento dei colli contenenti i campioni; •il controllo dei campioni entro 3 ore dal ricevimento per verificare: oLa corrispondenza tra i dati anagrafici apposti nel contenitore e richiesta inviata oLa corrispondenza tra i pezzi inviati e la richiesta inviata. •la segnalazione alla sala operatoria in caso di non conformità	PR27 direzione operativa

### Indicatori

n° campioni inviati\nn° campioni ricevuti dal Servizio di anatomia patologica  
(standard 100%)

Rispetto dei tempi di invio e di controllo

**1<sup>^</sup> fase**

**Individuare i processi prioritari**

**2<sup>^</sup> fase**

**Individuare obiettivi e indicatori**

**3<sup>^</sup> fase**

**Stesura del diagramma di flusso**

**4<sup>^</sup> fase**

**Individuazione e pianificazione  
azioni (correttive)**

**5<sup>^</sup> fase**

**Misurazione, standardizzazione e  
miglioramento**

## Rappresentare i propri processi per

- + conoscere meglio il proprio lavoro**
- + individuare le interfacce**
- + individuare le criticità**
- + riferire le procedure a precisi punti dell'iter del lavoro**

Lavoro di gruppo

**Disegnate il processo (flow chart)**

**Per ogni fase\attività, individuate:**

- ✚ le responsabilità
- ✚ le interfacce
- ✚ I punti critici delle interfacce

