



Percorso di audit in Emilia - Romagna

Debora Canuti

Settore Prevenzione collettiva e Sanità pubblica
Direzione Generale Cura della Persona Salute Welfare



La sottoscritta Canuti Debora

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009,

dichiara

X *che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

☐ *che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:*



Perché un progetto di
audit

Il centro screening: la cabina di regia



Pianificazione dell'invio degli inviti, dei solleciti e delle sedute di I e II livello e follow up



Gestione appuntamenti e front office per la comunicazione



Sistema informativo: raccolta dati dai diversi livelli e restituzione



Approvvigionamento materiali e servizi (depliant, reagenti, gare per invio postale)



Coordinamento e interfaccia con i Servizi, con la Regione...



Invio dell'esito (anche su FSE), informazione e comunicazione



Perché un progetto di audit

- ❑ Proprio per questo il coordinamento regionale ha ritenuto opportuna una valutazione dell'attuale organizzazione dei centri screening con lo scopo di condividere esperienze e competenze e migliorare il «sistema screening».
- ❑ La modalità ritenuta più idonea è stata l'audit, inteso come momento di confronto tra pari.

Ricordiamo che



Il progetto "Audit" condivide attività presenti nell'accreditamento formale, ma **non si configura come accreditamento dei Centri Screening** visitati e tantomeno dei programmi.



L'audit può suggerire correttivi **per migliorare la qualità** di un programma.



L'audit può **fornire un supporto alle autorità sanitarie aziendali per la pianificazione di azioni migliorative** e di interventi atti al raggiungimento degli obiettivi fissati dal **PRP 2021-25** e gli standard di qualità nazionali.

Finalità degli audit

- ☐ Analizzare l'organizzazione di ciascun centro screening
- ☐ Valutare il percorso di screening e le attività implementate
- ☐ Individuare i punti di forza e quelli migliorabili
- ☐ Condividere le buone pratiche ed eventualmente uniformarle
- ☐ Identificare soluzioni applicabili al contesto locale
- ☐ Aumentare le conoscenze e la formazione degli operatori e favorire la condivisione tra loro



Costituzione del Gruppo di lavoro

	DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE																						
SERVIZIO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA PUBBLICA IL RESPONSABILE GIUSEPPE DIEGOLI																							
REG. CFR.FILE.SEGNATURA.XLM DEL CFR.FILE.SEGNATURA.XLM																							
	Ai Direttori Sanitari delle Aziende della Regione Emilia-Romagna e.p.c. ai componenti del gruppo di lavoro "Audit dei Centri Screening".																						
Oggetto: Istituzione gruppo di lavoro regionale in tema di audit dei Centri Screening																							
Con la presente nota si informano le Direzioni Sanitarie dell'avvio del gruppo di lavoro regionale per la definizione di strumenti utili all'effettuazione di audit ai Centri Screening. L'elaborazione di tali strumenti avrà come base di partenza il documento regionale del 2013 "Requisiti per l'accreditamento dei Programmi di screening per la prevenzione / diagnosi precoce dei tumori del colon - retto, della cervice uterina e della mammella", del quale dovrà essere valutata l'attualità e l'applicabilità dei requisiti in esso contenuti. Il tutor regionale di riferimento sarà la Dott.ssa Giovanna Mattei, il gruppo tecnico di lavoro è il seguente: ✓ Priscilla Sassoli de Bianchi per il coordinamento regionale screening ✓ Francesca Mezzetti in qualità di rappresentante dell'Area Vasta Emilia Centro e coordinamento regionale screening ✓ Cinzia Campani in qualità di rappresentante dell'Area Vasta Emilia Nord ✓ Debora Canuti in qualità di responsabile di programma per la Romagna ✓ Michele Dalpozzo - Agenzia Sanitaria Regionale ✓ Lucia Bonucci - Agenzia Sanitaria Regionale																							
Al completamento del percorso, il documento, elaborato secondo le procedure dell'Agenzia Sanitaria Regionale, diventerà strumento condiviso. Un cordiale saluto.																							
Giuseppe Diegoli (documento firmato digitalmente)																							
Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna - tel. 051.527.7453 - 7454 - 7456 seggranpubblica@regione.emilia-romagna.it seggranpubblica@costacert.regione.emilia-romagna.it																							
<table><tr><td>ANNO</td><td>NUMERO</td><td>INDICAZIONE</td><td>LV.1</td><td>LV.2</td><td>LV.3</td><td>LV.4</td><td>LV.5</td><td>ANNO</td><td>NUMERO</td><td>SUB</td></tr><tr><td>2020</td><td>3601</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>2020</td><td>2</td><td></td></tr></table>		ANNO	NUMERO	INDICAZIONE	LV.1	LV.2	LV.3	LV.4	LV.5	ANNO	NUMERO	SUB	2020	3601							2020	2	
ANNO	NUMERO	INDICAZIONE	LV.1	LV.2	LV.3	LV.4	LV.5	ANNO	NUMERO	SUB													
2020	3601							2020	2														

In ottobre 2020 è stato istituito un primo Gruppo di lavoro regionale in tema di audit dei centri screening

Il Gruppo ha definito e messo a punto gli strumenti utili all'effettuazione di audit ai centri screening. L'elaborazione di tali strumenti ha avuto come base di partenza il documento regionale "Requisiti per l'accreditamento dei Programmi di screening per la prevenzione / diagnosi precoce dei tumori del colon - retto, della cervice uterina e della mammella" (DGR 582/2013).

Il GdL ha prodotto una griglia di requisiti condivisa a partire dalla DGR 582/2013.

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno lunedì 13 del mese di maggio
dell'anno 2013 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Freda Sabrina	Assessore
4) Gazzolo Paola	Assessore
5) Lusenti Carlo	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Peri Alfredo	Assessore
11) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: REQUISITI SPECIFICI PER L'ACCREDITAMENTO DEL PROGRAMMA DI SCREENING PER LA
PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA, DEL PROGRAMMA
DI SCREENING PER LA DIAGNOSI PRECOCE DEL TUMORE ALLA MAMMELLA E DEL PROGRAMMA
PER LA PREVENZIONE /DIAGNOSI PRECOCE DEI TUMORI DEL COLON RETTO.

Cod.documento GPG/2013/407

Allegato parte integrante - 1

Agenzia sanitaria e sociale regionale



**Requisiti per l'accreditamento di Programmi di
screening per la prevenzione/diagnosi precoce dei
tumori
del colon-retto, della cervice uterina e della mammella**

Come vengono presentati i requisiti

- ❑ Requisiti trasversali per i 3 screening
- ❑ Alcuni requisiti specifici di ogni screening
- ❑ Requisiti di clinical competence

Requisiti trasversali

N	Requisito da DGR n. 582/2013	Esempi di evidenze documentali	Eventuali Note
1	E' individuato un centro screening (CS) che assicuri le funzioni organizzative, gestionali, amministrative e di sorveglianza dei percorsi?	Delibera, determina aziendale o atto formalizzato che includa un organigramma e funzionigramma con responsabilità delegate e descriva le funzioni del CS	Il CS deve essere individuato e formalizzato secondo le modalità individuate a livello aziendale. Unico? Screening specifico? Funzioni specificate a pag. 3 e 9.
2	La Direzione Aziendale individua formalmente il Responsabile del Programma individuato tra i professionisti della Ausl?(è auspicabile che ci sia un unico Responsabile dei programmi di screening)	Atto formale di nomina	Il responsabile di programma deve rispondere delle attività descritte nella DGR (pag. 4)
3	La Direzione Aziendale individua formalmente il Coordinatore tecnico-scientifico di ogni programma di screening (Viene individuato tra i professionisti delle UU.OO. coinvolte dal programma di screening)	Atto formale di nomina	Il coordinatore tecnico scientifico deve rispondere delle attività descritte nella DGR (pag. 4)

Requisiti specifici screening colon retto

N	Requisito da DGR n. 582/2013	Esempi di evidenze documentali	Eventuali Note
1	L'esito negativo del test viene inviato all'utente entro 15 giorni?	Lettera di esito	- Vedere se contiene gli elementi base condivisi a livello regionale. - L'esito viene espresso in forma qualitativa?
2	Esiste un' istruzione operativa per il colloquio informativo che precede la colonscopia?	I.O. che contenga esplicitati i contenuti del colloquio che comunica la positività	Elementi che rendono il colloquio informativo Chi lo esegue? Ambulatoriale o telefonico?
3	Viene consegnato all'utente materiale informativo che spiega la modalità di esecuzione dell'esame (consenso informato)?	Consenso informato	In quale momento del percorso viene consegnato?

Requisiti specifici screening colon retto

N	Requisito da DGR n. 582/2013	Esempi di evidenze documentali	Eventuali Note
4	Viene consegnato all'utente materiale informativo sulla preparazione all'esame (istruzioni per la corretta pulizia intestinale)?	Materiale informativo	
5	Esiste un'istruzione operativa per la consegna della preparazione all'utente?	I.O.	U.O. Endoscopia Digestiva, Centro Screening
6	Esiste un collegamento in rete con la U.O. di Endoscopia?	Procedura o I.O.	Integrazione software? Inserimento manuale?

Requisiti specifici screening colon retto

N	Requisito da DGR n. 582/2013	Esempi di evidenze documentali	Eventuali Note
7	Esiste un collegamento in rete con la U.O. di Anatomia Patologica?	Procedura o I.O.	Integrazione software? Inserimento manuale?
8	Il Centro Screening riceve dall'U.O. Endoscopia tutte le informazioni utili per la corretta programmazione del percorso del paziente, del follow up e per il monitoraggio degli indicatori di risultato e di percorso?	Procedura o I.O.	▪ Vedi scheda colonscopia e sua completezza ▪ Indicazioni conclusive ▪ Modalità trasmissione dati esame ▪ Vedi completezza debito informativo

Requisiti clinical competence

N	Requisito da DGR n. 582/2013	Esempi di evidenze documentali	Eventuali Note
1	Ogni medico endoscopista operante nello screening del colon retto deve eseguire almeno 300 colonscopie/anno 	Evidenza documentale	CS, Gastroenterologia Controllo di Gestione
2	Il personale tecnico TSRM è formato e dedicato alla senologia e commisurato all'attività programmata e ai controlli di qualità?	Evidenza documentale	Coordinatore TSRM
3	Ogni radiologo operante nello screening deve leggere almeno 5000 mammografie di screening/anno	Evidenza documentale	CS

Il team



- ❑ Successivamente sono stati identificati gli auditor per condurre gli audit presso i centri screening aziendali.
- ❑ I team sono composti da **esperti di screening e valutatori accreditati** che hanno seguito una formazione specifica prima di iniziare la conduzione degli audit.
- ❑ Percorso formativo di 12 ore

Percorso Formativo per i componenti del team

- ❑ Il «sistema screening»
- ❑ Analisi della DGR 582/2013
- ❑ I contenuti dei requisiti presenti nella check list e le caratteristiche che le evidenze fornite durante la visita di audit devono avere per soddisfare ciò che il requisito richiede
- ❑ Modalità di svolgimento dell'audit (prima, durante, dopo)
- ❑ Gruppi di lavoro per analisi requisiti



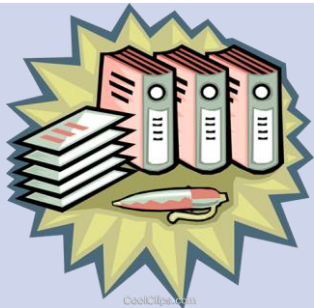
I gruppi di lavoro



Gruppi	1	2	3	4
Esperti CS	Esposito Pasqualina (MO)	Palmonari Caterina (FE)	Mezzetti Francesca (BO)	Serafini Monica (Romagna)
	Caroli Stefania (RE)	Signorelli Dario (PC)	Codeluppi Claudia (RE)	Piazza Nicoletta (PR)
	Caprara Licia (Imola)	Bazzani Carmen (BO)	De Lillo Margherita (Imola)	Rossi Federica (MO)
		Sardonini Laura (Romagna)		
Valutatori	Canali Catia (PR)	Bruschi Caterina (FE)	Ferraro Flaminia (PC)	Baravelli Lorena (Romagna)
	Pavesi Cristiana (PC)	Nanni Simona (Romagna)	Dalpozzo Michele (FE)	Fanelli Marcella (Romagna)
Tutor	Canuti Debora (RER)	Mattei Giovanna (RER)	Campari Cinzia (RE)	Sassoli Priscilla (RER)
Supporter	Bonucci Lucia (ASSR)	Nervuti Giuliana (ASSR)	Naldi Daniela (ASSR)	Neri Sonia (ASSR)

ORGANIZZAZIONE DELL'AUDIT

**DOCUMENTI DA RICHIEDERE
ALLA STRUTTURA**



ANALISI DOCUMENTALE



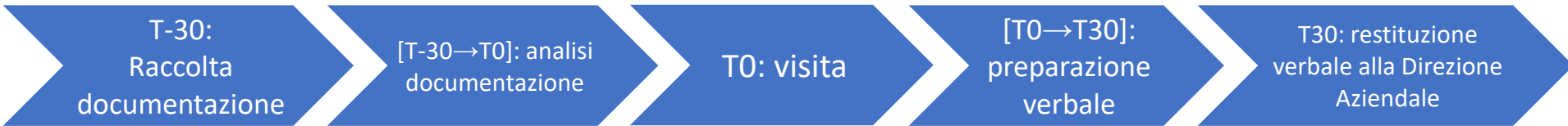
AUDIT



ESITO DELL'AUDIT



Tempogramma dell'audit



Raccolta documentazione inviata dal Coordinamento Screening Regionale

Un mese prima della data della site visit il Coordinamento Regionale Screening invia al team:

- ☐ Schede di rilevazione puntuale (ultimi due invii)
- ☐ Schede GISCi, 2019 e 2020
- ☐ Schede GISMa, 2019 e 2020
- ☐ Schede GISCOR, 2019 e 2020

relativi ad ogni Azienda Sanitaria.

T-30→T0: Analisi documentale

- ❑ Verifica completezza documentazione e completezza rispetto la normativa
- ❑ Valutazione in merito all'esaustività della documentazione
- ❑ Analisi degli indicatori (performance del programma)
- ❑ Eventuale richiesta di integrazione di documentazione mancante



T0: Visita di audit

- ❑ Visita durante lo svolgimento delle attività di routine
- ❑ Check-list requisiti selezionati
- ❑ A fine intervista il team esprime una macrovalutazione a cui seguirà l'elaborazione del verbale di audit.

DURATA DELL'AUDIT	
09.00-09.30	Briefing del team
09.30-13.00	Intervista
13.00-14.00	Pausa Pranzo
14.00-17.00	Proseguimento intervista
17.00-17.30	Briefing del team
17.30-18.00	Restituzione di macrovalutazione da parte del team

ORGANIZZATIVI

PERSONALE

QUALITA'

FORMAZIONE

COMUNICAZIONE

TRASVERSALI AI TRE PERCORSI

AMBITI DELL'AUDIT

Focus:

- ❑ Funzioni organizzative del programma (formalizzazione responsabilità, funzionigramma, organigramma).
- ❑ Requisiti dei Centri Screening (organizzativi, programmazione, pianificazione, gestione inviti, integrazioni con UU.OO. coinvolte negli screening).
- ❑ Qualità dell'informazione e trasparenza verso i cittadini.
- ❑ Lettere invito, sollecito, esito, richiamo al follow up.
- ❑ Gestione e valutazione della qualità del programma (clinical competence, applicazione PDT regionali, debiti informativi, analisi delle criticità e azioni conseguenti, formazione).

Fase conclusiva

- ❑ In questa fase il team illustra e condivide quanto rilevato nel corso della visita
- ❑ Si delinea la strutturazione della relazione conclusiva
- ❑ Il verbale deve essere consegnato entro 30 giorni al Coordinamento Regionale.



Verbale di audit

La valutazione avviene sulla base di :

- ☐ coerenza con i documenti preparatori alla visita di audit e intervista
- ☐ coerenza con i documenti presi in visione durante l'audit
- ☐ dichiarazioni rilasciate della struttura auditata
- ☐ stesura condivisa in riunione on line

 Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	GESTIONE DEL SISTEMA DI AUDIT	Allegato n. 3 PROCEDURA N. 1 Rev. 03/ novembre 2016														
RAPPORTO DI AUDIT CENTRO SCREENING DELL'AZIENDA																
DATA DELL'AUDIT:																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%;">ORA INIZIO: 09.30</td><td style="width: 33%;">ORA FINE: 18.00</td><td style="width: 33%;"></td></tr></table>			ORA INIZIO: 09.30	ORA FINE: 18.00												
ORA INIZIO: 09.30	ORA FINE: 18.00															
Obiettivi dell'Audit: audit CENTRO SCREENING L'obiettivo generale dell'audit, trasmesso dallo scrivente servizio con nota Prot. PG. N. xxxxx del xxxx (vedi lettera notifica audit), è: - la verifica dell'implementazione e il livello di avanzamento dei centri screening secondo le linee di indirizzo Regionali e le indicazioni previste nei PDTA e dalla normativa di accreditamento della Regione Emilia-Romagna (DGR n. 582/2013) dei programmi di screening per la prevenzione/diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, della cervice uterina e della mammella. - Monitoraggio della formazione e delle clinical competence del personale - Modalità di controllo degli inviti e loro gestione ...																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="2">Componenti del gruppo di audit:</td></tr><tr><td style="width: 70%;">Nome e Cognome</td><td style="width: 30%;">Ruolo</td></tr><tr><td></td><td>Valutatore Team Leader</td></tr><tr><td></td><td>Auditor</td></tr><tr><td></td><td>Valutatore</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>			Componenti del gruppo di audit:		Nome e Cognome	Ruolo		Valutatore Team Leader		Auditor		Valutatore				
Componenti del gruppo di audit:																
Nome e Cognome	Ruolo															
	Valutatore Team Leader															
	Auditor															
	Valutatore															
Sono presenti del Servizio prevenzione collettiva della DG Sanità e dell'Organismo tecnicamente accreditante dell'Assr.																
Identificazione dell'organizzazione sottoposta ad Audit:																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>AUSL di</td><td>Dipartimento di sanità Pubblica/Dipartimento Cure Primarie/...</td></tr><tr><td colspan="2">Unità Organizzativa:</td></tr><tr><td colspan="2"></td></tr></table>			AUSL di	Dipartimento di sanità Pubblica/Dipartimento Cure Primarie/...	Unità Organizzativa:											
AUSL di	Dipartimento di sanità Pubblica/Dipartimento Cure Primarie/...															
Unità Organizzativa:																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Partecipanti: Vedi foglio firme allegato</td><td></td></tr></table>			Partecipanti: Vedi foglio firme allegato													
Partecipanti: Vedi foglio firme allegato																

Verbale di audit

□ Il verbale di audit richiama:

- i punti di forza
- le aree di miglioramento
- le criticità riscontrate

 Servizio Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	GESTIONE DEL SISTEMA DI AUDIT	Allegato n. 3 PROCEDURA N. 1 Rev. 03/ novembre 2016		
<table border="1"><tr><td>Elenco dei principali documenti esaminati ai fini della pianificazione dell'Audit (riportare i documenti che il CS ha inviato preventivamente all'audit)</td></tr></table>			Elenco dei principali documenti esaminati ai fini della pianificazione dell'Audit (riportare i documenti che il CS ha inviato preventivamente all'audit)	
Elenco dei principali documenti esaminati ai fini della pianificazione dell'Audit (riportare i documenti che il CS ha inviato preventivamente all'audit)				
Attività di Audit presso l'organizzazione: <table border="1"><tr><td>Documenti esaminati durante la conduzione dell'Audit</td></tr><tr><td>...</td></tr></table>			Documenti esaminati durante la conduzione dell'Audit	...
Documenti esaminati durante la conduzione dell'Audit				
...				
Considerazioni generali e riscontri: Breve descrizione delle caratteristiche/elementi dell'organizzazione del CS e del suo contesto, significativi per le valutazioni prodotte dal team (non riportare solo dati già presenti in altri documenti presentati, ma le considerazioni del team derivanti dalla verifica, non oltre mezza pagina)				
Punti di forza/Elementi qualificanti: (descrivere in sintesi gli elementi qualificanti, le buone pratiche del CS – valutazioni SI della check list)				
Aree/Ambiti di miglioramento: (descrivere, possibilmente per punti, gli ambiti di miglioramento – valutazioni 'si' della check list - cercando di essere espliciti e chiari riportando quanto visto senza dare indicazioni di 'soluzioni').				
Criticità (descrivere, possibilmente per punti, le criticità – valutazioni no e NO della check list - cercando di essere espliciti e chiari riportando quanto visto senza dare indicazioni di 'soluzioni')				
<u>Conclusioni dell'audit:</u>				
Luogo e data _____ il Team Leader _____				

Primo audit sperimentale

- ❑ Centro Screening di Reggio Emilia
- ❑ 3 dicembre 2021



Centro Screening di Modena, 9 giugno 2022



Calendario 2022

- ❑ 27 gennaio: Centro Screening Ausl di **Imola**
- ❑ 24 febbraio: Centro Screening Ausl di **Ferrara**
- ❑ 14 aprile: Centro Screening Ausl di **Bologna**
- ❑ 24-25-26 Maggio: Centro Screening Ausl della **Romagna**
- ❑ 9 giugno: Centro Screening Ausl di **Modena**
- ❑ 23 giugno: Centro Screening Ausl di **Piacenza**
- ❑ 6-7 luglio: Centro Screening Ausl di **Parma**

Futuri propositi

- ❑ Momento restitutivo finale dell'esperienza (seminario autunno 2022)
- ❑ Condivisione di buone pratiche
- ❑ Supporto per azioni di miglioramento
- ❑ Le azioni di miglioramento dovranno essere implementate dalle Aziende Sanitarie nel biennio 2023-24, come da PRP 2021-25
- ❑ Revisione ed aggiornamento della DGR 582/2013.

Le aspettative in fase di avvio

- ❑ L'audit dovrebbe far tornare a pensare a tutte le figure a 360 ° che fanno parte di un sistema
- ❑ I processi partecipativi dove uno scopre il suo pezzettino di percorso, non solo sono utili, sono indispensabili!
- ❑ Riuscire ad avere un filo comune
- ❑ Fotografare la realtà e cercare di capirla per apportare un miglioramento

I riscontri

«Colgo l'occasione per ringraziare infinitamente tutto il team per il tempo, l'attenzione, la disponibilità e la gentilezza che ci avete dedicato durante tutta la giornata; per noi è stata una grande opportunità di confronto e di crescita»



Grazie per l'attenzione