

Profilo organizzativo e clinico di una Struttura Complessa di Chirurgia Generale

*La ricerca della migliore
organizzazione e della best practice.*

L'esperienza al "Fatebenefratelli" di Milano

Organizational and Clinical

Aspects of a General Surgery Unit

A pursuit of best management and best practice.

The experience of "Fatebenefratelli" in Milan.



CLAUDIO LUNGHE

Since June 2010, the General Surgery Unit of Fatebenefratelli and Ophthalmological Hospital in Milan has begun a process of reorganization. What once were in fact the departments of Surgery I and Surgery II have been merged into a single complex structure of general surgery. Surgeons and Health Department, together, are working to give a new look to the department, principally for the benefit of patients. It began a process of total reorganization that

Da giugno 2010 la Chirurgia Generale dell'Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico di Milano ha intrapreso un percorso di riorganizzazione. Quelli che un tempo erano infatti i Reparti di Chirurgia I e Chirurgia II sono stati accorpati in un'unica Struttura Complessa di Chirurgia Generale. Chirurghi e Direzione Sanitaria, insieme, stanno lavorando per dare un nuovo assetto al reparto, a vantaggio soprattutto dei pazienti. È iniziato un processo di riorga-

nizzazione totale che vede coinvolti chirurghi e infermieri, con il consenso della Direzione Strategica Aziendale, in uno sforzo per raggiungere risultati di eccellenza non solo nella pratica professionale ma anche sotto il profilo organizzativo e gestionale. Negli ultimi anni la sanità è stato il settore delle amministrazioni pubbliche oggetto di maggiori attenzioni e di adozione di provvedimenti normativi che spesso stravolgevano la realtà preesistente.



Tale processo di cambiamento sembra tutt'altro che concluso e i processi di riorganizzazione, dettati da una nuova cultura, devono soprattutto attuarsi e consolidarsi alla base, cioè, per quanto riguarda la realtà ospedaliera, partecipando tutti gli operatori a quei sistemi di gestione atti a raggiungere i più alti standard qualitativi. È proprio in questa ottica che abbiamo intrapreso la riorganizzazione della S.C. di Chirurgia Generale del Fatebenefratelli di Milano.

Analisi della S.C. di Chirurgia Generale

La S.C. di Chirurgia Generale del Fatebenefratelli di Milano dispone di 40 posti letto per ricovero ordinario, mentre per la Day Surgery può contare sulla disponibilità di 45-50 ricoveri/mese presso il reparto polispecialistico dedicato. L'attività chirurgica consta di oltre 1.500 interventi l'anno di cui buona parte di chirurgia maggiore. È stata sviluppata grande esperienza nelle metodiche chirurgiche mini-invasive laparoscopiche

e toracoscopiche e nella chirurgia oncologica. Le tecniche mini-invasive sono utilizzate di routine non solo negli interventi di colecistectomia, appendicectomia e ernie della parte addominale ma anche nella chirurgia addominale maggiore (in particolare colon-retto e milza), nella chirurgia toracica resettiva e in appoggio ai colleghi neurochirurghi per la chirurgia del rachide dorsale. L'esperienza pluriennale fa sì che tali metodiche vengano sempre più utilizzate anche nell'urgenza.

L'attività ambulatoriale, che supera le 8.000 prestazioni specialistiche nell'arco dell'anno, è caratterizzata da tempi di attesa minimi nella quasi totalità e viene diversificata in base alle patologie. Oltre 500 sono le consulenze specialistiche erogate alle altre Unità Operative dell'Ospedale. È garantita da parte dei chirurghi la guardia attiva al Pronto Soccorso-DEA ed è sempre presente 24 ore su 24 un chirurgo "senior" che, insieme ad un chirurgo reperibile, è dedicato agli inter-

involves surgeons and nurses, with the consent of the Strategic Management Department, in an effort to achieve not only excellence in professional practice but also in the organizational and managerial sectors.

In recent years, health has been the sector of the public administration that has received increased attention and the adoption of legislative measures that often overwhelmed the existent reality. This process of change seems far from over and reorganization dictated by a new culture, should mainly be implemented and be consolidated at the base, that is, with regard to a hospital, sharing all the operators with those management systems capable of meeting the highest quality standards. It is in this context that we undertook the reorganization of the S.C. General Surgery of the Fatebenefratelli Milano.

Analysis of the S.C. General Surgery

The S.C. General Surgery of the Fatebenefratelli Hospital in Milan

FIG. 1: QUALITY INDICATORS FOR ORDINARY HOSPITALIZATION, DAY SURGERY, AMBULATORY ACTIVITY.

ORDINARY HOSPITALIZATION INDICATORS
<p>DRG AVERAGE WEIGHT It is the ratio between the sum of DRG weights and the number of patients discharged. It shows the complexity of cases treated.</p>
<p>AVERAGE STAY IN HOSPITAL (HOSPITALIZATION > 1 DAY) Average stay in hospital considered for hospitalization longer than 1 day. It can indicate the need of a reorganization of welfare path.</p>
<p>SURGICAL DRG / TOTAL DRG It indicates the appropriateness of hospitalization.</p>
<p>NUMBER OF REPEATED HOSPITALIZATION IN 30 DAYS Patients discharged and then readmitted again (in 30 days from the discharged) because of causes connected with the past hospitalization. It shows an early and inappropriate discharge.</p>
<p>DAYS OF HOSPITALIZATION LOST It is the difference between the operation date and the admission date. It underlines an unjustified hospitalization.</p>
<p>ADVERSE EVENT MONITORING The collection of incident reporting gives the possibility to identify and analyze those events which could be due to an appropriate management of diagnostic and therapeutic path.</p>
<p>CARD OF SATISFACTION LEVEL SURGERY A questionnaire to survey custode satisfaction.</p>
DAY SURGERY INDICATORS
<p>NON-PERFORMED OPERATIONS 1. Non presented patients (n° non arrived patients / n° programmed hospitalization); 2. non-possible operations, otherwise operations defer to a later date because of non-observation of prescribed behaviours or intercurrent illnesses (n° admitted but non-operated patients / n° programmed hospitalization); 3. Non-performed operations (n° deferred patients because of technical and organization reasons / n° programmed hospitalization.</p>
<p>RE-OPERATIONS n° re-operated patients due to a complication / n° operated patients.</p>
<p>DELAY DISCHARGE n° patients admitted to an ordinary hospitalization / n° operated patients.</p>
<p>RE-ADMISSION n° patients with an emergency hospitalization due post-operative complication in 24 hours from the discharge / n° operated patients</p>
<p>CARD OF SATISFACTION LEVEL SURGERY A questionnaire to survey custode satisfaction.</p>
WAIT OF SPECIALISTIC EXAMINATION
WAIT FOR AMBULATORY SURGERY
AMBULATORY ACTIVITY INDICATORS

venti chirurgici d'urgenza.

Lo staff medico conta di 18 Dirigenti Medici, oltre il Direttore, e lo staff infermieristico è composto da un coordinatore infermieristico, 20 infermieri professionali, 5 operatori socio-sanitari e 2 operatori tecnici ausiliari.

La struttura è convenzionata con la Scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale dell'Università di Milano e si fa carico, ogni anno, della formazione professionalizzante di tre specializzandi.

La nostra mission è quella di fornire adeguate risposte alle richieste dei pazienti in tema di gestione (prevenzione, diagnosi, presa in carico e cura) delle malattie chirurgiche, nel rispetto dei principi di scientificità e qualità e avendo come obiettivi la massima efficienza, che consentirà di ottenere la migliore efficacia, e la massima attenzione agli aspetti relazionali e di umanizzazione con il paziente.

Riorganizzazione della S.C. di Chirurgia Generale

Consci che la qualità dell'assistenza sia uno dei problemi principali per i servizi sanitari e non dipenda soltanto dalla competenza e abilità dei singoli professionisti, ma sia il risultato finale di più fattori-governo clinico, razionalità nell'uso delle risorse disponibili, controllo delle innovazioni tecnologiche, incanalamento dei comportamenti professionali verso scelte diagnostico-terapeutiche efficaci ed appropriate abbiamo intrapreso questo percorso riorganizzativo.

I dati disponibili in letteratura rendono conto di quanto sia faticoso e complesso garantire una buona

has 40 beds for hospitalization, while for the Day Surgery it can count on the availability of 45-50 admissions per month at the dedicated multi-specialized department.

The activity consists of over 1,500 surgical operations per year, much of which is major surgery. An extensive experience has been developed in minimally invasive laparoscopic surgical techniques, tho-

qualità delle prestazioni sanitarie, indipendentemente dal grado di professionalità e sofisticazione tecnologica raggiunte. Secondo una stima fatta negli USA, circa il 40% dei pazienti non riceverebbe trattamenti efficaci mentre circa il 25% verrebbe sottoposto a trattamenti inappropriati¹. Il miglioramento della qualità delle cure è reso possibile attraverso azioni coordinate e coerenti: la formazione continua dei professionisti (life-long learning), il monitoraggio dei processi assistenziali (audit clinico), la gestione dei rischi clinici connessi all'assistenza sanitaria (risk management)²⁻³.

Allo svolgimento di tali azioni, che corrispondono alla implementazione del governo clinico nel contesto assistenziale, si interpongono principalmente due ostacoli: l'eventuale carenza di risorse, soprattutto in termini di persone e di tempo per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza, e la necessità di un cambiamento della cultura organizzativa e professionale⁴. La riorganizzazione della nostra unità operativa indirizzata principalmente, come già detto, all'incremento qualitativo delle cure erogate è caratterizzata schematicamente da tre interventi:

1. un nuovo approccio "metodologico" alle attività;
2. la suddivisione delle attività in relazione alle competenze professionali;
3. una nuova turnazione per l'attività assistenziale di reparto indirizzata al miglioramento dell'appropriatezza e della soddisfazione dell'utenza.

1. Riorganizzazione di tipo metodologico

Tale approccio organizzativo ha lo scopo di rendere efficiente la

gestione, di liberare energie soffermate, di favorire la partecipazione, di dinamizzare la struttura verso obiettivi dichiarati e si basa sull'adozione di un sistema di rilevazione di indicatori di qualità. Sono stati individuati e definiti degli indicatori di qualità per il ricovero ordinario, per la Day Surgery e per le prestazioni ambulatoriali (Fig.1). Con questo sistema di rilevazione di indicatori di qualità si può ottenere un monitoraggio costante delle tre "dimensioni" della qualità (manageriale, tecnica, percepita) e pertanto conoscere meglio le proprie attività potendo così intraprendere un processo di miglioramento continuo. In pratica i prefissati indicatori di qualità per il ricovero ordinario e la Day Surgery dovrebbero aiutarci ad una costante ridefinizione dei percorsi diagnostico-terapeutici declinati secondo le più attuali linee guida suggerite dalla letteratura scientifica; in secondo luogo ci indicheranno, laddove necessario e opportuno, una "reingegnerizzazione" dei processi (percorsi organizzativi clinico-assistenziali). Ci è sembrato più opportuno l'adozione di un sistema di indicatori di qualità idoneo ad investigare l'esistente e a selezionare le "best practices" piuttosto che progettare a priori percorsi ideali, separati dal contesto reale di vincoli esistenti. Il percorso delineato necessita assolutamente di un ulteriore strumento: l'audit interno. Solo attraverso un programma pianificato di audit è possibile l'analisi degli indicatori di qualità e la conseguente rilevazione di eventi critici da cui possono generare adeguati correttivi procedurali (ridefinizione dei percorsi diagnostico-terapeutici, reingegner-

scopy and oncologic surgery. The minimally invasive techniques are routinely used not only in cholecystectomy, appendectomy and hernia of the abdominal area but also in major abdominal surgery (in particular colon-rectum and spleen), in thoracic surgery resection and in support of neurosurgeon colleagues for the surgery of the thoracic spine. Due to the many years of experience, these methods are increasingly used also in the urgency. The outpatient services unit exceeds the 8.000 patients over the year, it is characterized by minimal waiting time and is almost entirely diversified based on the pathologies. About 500 specialist visits are sent to the other units of the hospital. There are at all times surgeons on shift in the Emergency Room-DEA and a "senior" general surgeon is available in the hospital 24 hours a day that together with an on call surgeon are dedicated to emergency surgery.

The medical staff is composed of 18 medical directors, as well as of the Director, and the nursing staff is composed of a nurse coordinator, 20 nurses, 5 medical social workers and 2 technical auxiliary workers. The hospital has an arrangement with the Postgraduate School of General Surgery, University of Milan and is responsible each year for the professional training of three interns.

Our mission is to provide adequate responses to requests from patients about the management (prevention, diagnosis, care and treatment) of surgical diseases, the principles of sound science and quality with the objective of maximum efficiency, allowing to obtain the best efficiency and maximum

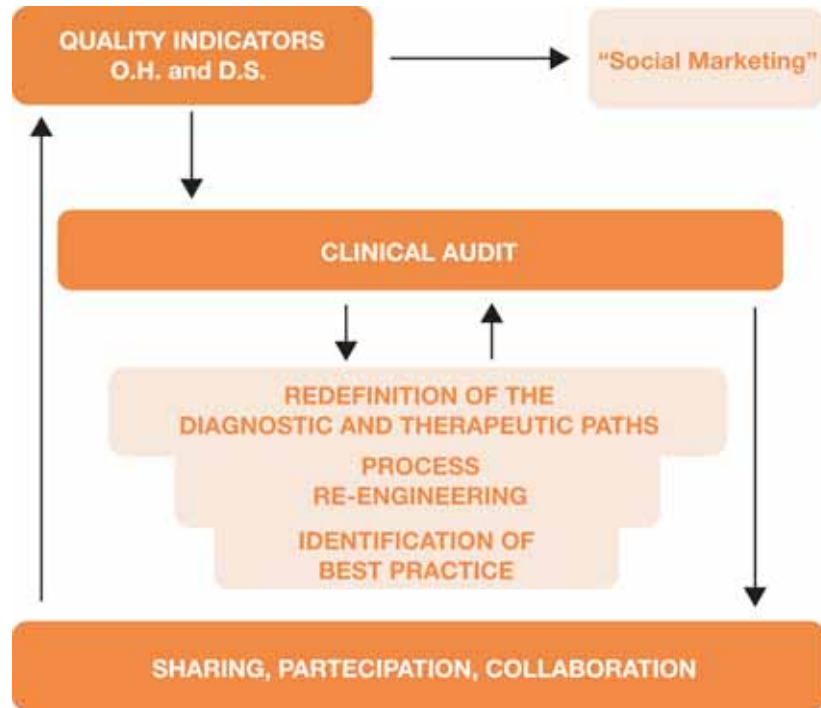
attention to the relational aspects of a more humane relationship with the patient.

Reorganization of S.C. General Surgery

We have taken this reorganization path, aware that the quality of care is a major problem for health services and do not depend only on the competence and skills of individual professionals, but the end result of several factors - clinical governance, rational use of available resources, control of technological innovations, channeling professional behavior toward effective and appropriate diagnostic and therapeutic choices-

The available data in the literature show how difficult and complex it is to ensure a good quality of health services, regardless of the degree of professionalism and technological sophistication achieved. According to an estimate made in the USA about 40 per cent of patients do not receive effective treatment, while about 25 per cent would be inappropriately treated. 1 Improving the quality of care is made possible through coordinated and consistent actions: the continuing education of professionals (lifelong learning), monitoring of care processes (clinical audit), the management of clinical risks related to health care (risk management). 2 3 There are two main obstacles when carrying out these actions, which correspond to the implementation of clinical governance in the context of welfare: the possible lack of resources, especially in terms of people and time to evaluate and monitor the quality of care, and the need for a change in organizational and professional

FIG. 2: EFFECTS OF RE-ORGANIZATION



rizzazione dei processi). Da non sottovalutare, inoltre, che l'audit crea buoni presupposti per facilitare condivisione, partecipazione e collaborazione fra i professionisti.

È stato pianificato quindi un programma di quattro audit al mese con cadenza settimanale; ogni incontro sarà caratterizzato da temi specifici. L'incontro della prima settimana riguarderà la discussione di casi clinici e l'individuazione delle "best practices"; alla seconda settimana l'audit verrà dedicato a problemi di tipo organizzativo e inerenti gli obiettivi di budget; alla terza il tema sarà il governo clinico (qualità e risk management); alla quarta settimana ci si dedicherà a tutto ciò che riguarda la formazione professionale e la

produzione scientifica. A questi audit sono invitati i colleghi di altre unità operative, il personale infermieristico, dell'ufficio qualità e del controllo di gestione ogni qual volta si riterrà utile la loro attiva partecipazione per una più esauriente disamina degli argomenti. In un secondo tempo il sistema di rilevazione di indicatori di qualità potrebbe portare anche alla pianificazione di un programma di azioni rivolte all'educazione sul paziente e/o sul Medico di Medicina Generale ovvero ad un programma di cosiddetto "social marketing". Nella figura 2 sono sintetizzate le connessioni e gli effetti che ci attendiamo da queste nostre azioni.

Da ultimo gli indicatori per le prestazioni ambulatoriali (Fig.1) rile-

vati in modo costante ed in tempo reale potranno orientare, qualora si rendesse necessario, ad una riorganizzazione delle risorse e/o dei servizi accessori così da soddisfare le aspettative sul servizio da parte dell'utenza.

2. Riorganizzazione per attività chirurgiche e competenze professionali

Fermo restando che il Dirigente Medico della S.C. di Chirurgia Generale deve essere in grado di

culture.

The reorganization of our business unit is primarily addressed, as mentioned above, to the enhancement of quality of care provided and is schematically characterized by three measures:

- 1. A new methodological approach to the activities;*
- 2. The division of activities in relation to professional competence;*
- 3. A new work schedule for the ward aimed at improving the appropriateness and user satisfaction.*

technical and perceived) and therefore better understand the activities and be able to undertake a process of continuous improvement. In practice the set of quality indicators for the hospitalization and the Day Surgery should help us to redefine the processes of the diagnostic and therapeutic paths interpreted according to the most current guidelines suggested by the scientific literature, and secondly they will indicate re-engineering processes (organiza-



compiere, in relazione alle proprie capacità e all'esperienza maturata, una gamma di prestazioni chirurgiche di tipo "generalista" soprattutto nell'espletamento delle attività di Pronto Soccorso e di Chirurgia d'Urgenza, è opportuno che ciascuno si dedichi anche a un settore specifico della Chirurgia così da aumentare (o acquisire ove non le avesse) competenze super-specialistiche, oggi ritenute indispensabili per raggiungere risultati di qualità e aumentare l'attrazione dell'utenza con beneficio della produttività. La riorganizzazione prevede che

1 . M e t h o d o l o g i c a l Reorganization

This organizational approach is designed to facilitate the efficient management, to release suppressed energy, to encourage participation, boost the unit to the stated objectives and is based on the adoption of a system for collecting quality indicators. Quality indicators have been identified and defined for hospitalization, for day surgery and for outpatient services (Fig. 1). With this detection system of quality indicators it is possible to constantly monitor the three "dimensions" of quality (managerial,

tional and clinical care pathways) where necessary and appropriate. It seemed more appropriate to adopt a system of quality indicators such as to investigate the existing and select the "best practices" rather than designing a priori ideal paths, far from the real context of existing constraints. A further instrument is essential for the roadmap: internal audit. Only through a planned program of auditing, the analysis of quality indicators and the subsequent detection of critical events which can generate appropriate corrective procedure (redefinition of the dia-

gnostic and therapeutic process re-engineering) is possible. Not to underestimate also that the audit establishes good conditions to facilitate sharing, participation and collaboration among professionals.

A program of four audits per month on a weekly basis has been planned and each meeting will feature specific topics.

The first week meeting will cover the discussion of clinical cases and the identification of "best practices", the second week, the audit will be devoted to organizational problems and objectives relating to the budget, the third theme will be the clinical governance (quality and risk management), in the fourth week we will focus on everything related to vocational training and scientific production. To these audits are invited colleagues from other units, nurses, and office quality management control whenever it is judged necessary for their active participation in a more comprehensive examination of the arguments.

In a second phase the detection system of quality indicators could also lead to the planning of a program of actions aimed at educating the patient and / or the General Practitioner, that is a program of so-called "social marketing".

Figure 2 summarizes the connections and the effects that we expect from these actions.

Finally, indicators for outpatient services (Fig. 1) collected in a consistent manner and in real time can guide, if it becomes necessary, a reorganization of resources and / or other services so as to meet the service expectations on the part of users.

siano assegnati settori di attività in base alle proprie competenze così che il miglioramento continuo porti a prestazioni di sicura efficacia e appropriatezza.

Gli ambiti delle attività chirurgiche sono state così suddivisi:

- chirurgia senologica
- chirurgia colo-rettale
- chirurgia proctologica
- chirurgia gastro-enterologica
- chirurgia epato-bilio-pancreatica
- chirurgia toracica
- chirurgia della parete addominale
- chirurgia d'urgenza e trauma
- day-surgery e week-surgery.

Tali settori di competenza potranno essere organizzati come unità semplici o far capo a referenti "professionali". L'attribuzione delle competenze ai Dirigenti Medici rispecchia il meccanismo dei "privileges" degli ospedali statunitensi: ogni chirurgo presenta la propria casistica operatoria degli ultimi cinque anni sulla base della quale verranno effettuate le assegnazioni. Questo meccanismo permette anche di riconoscere obiettivamente chi ha un'esperienza tale da poter essere considerato idoneo all'attività di tutoraggio e quindi farsi carico della crescita professionale dei chirurghi non ancora completamente formati.

3. Riorganizzazione dell'attività assistenziale di reparto

Per la buona qualità delle cure due bisogni sono essenziali:

- garantire continuità assistenziale;
- garantire figure di riferimento certo, non solo per i pazienti, ma anche per i loro parenti e per i colleghi dei servizi e delle altre unità operative.

Nei reparti di chirurgia, come il nostro, l'avvicendamento per i turni di

Pronto Soccorso, per i turni di guardia interdivisionale e per l'attività di sala operatoria rende spesso non riconoscibile la figura medica di riferimento per l'attività assistenziale di reparto. Ciò è frequentemente fonte di disagio nei pazienti, che percepiscono l'avvicinarsi dei medici come discontinuità della loro cura, e di impossibilità, da parte del medico, di instaurare un rapporto empatico con il paziente. Il turn-over dei medici, talvolta addirittura giornaliero, comporta altri non trascurabili inconvenienti: possibilità che le informazioni date dai medici siano percepite dai pazienti e/o dai parenti come differenti o addirittura contrastanti; malinterpretazioni nella comunicazione con i servizi e/o gli altri reparti dovute all'alternanza dei medici; possibili disguidi organizzativi nelle dimissioni; notevoli perdite di tempo per le necessarie "consegne" fra un medico e l'altro. Sulla base di queste considerazioni si è attuata una modifica dei turni di lavoro. Il nuovo piano di turnazione prevede che due Dirigenti Medici (di cui uno "senior") si occupino esclusivamente dell'attività assistenziale di reparto per un periodo ininterrotto di una settimana; in tale periodo i due medici saranno esentati da qualunque altra attività (Pronto Soccorso, guardie interdivisionali, sala operatoria, ambulatori) così da potersi dedicare unicamente ai pazienti.

Tale sistema, eliminando gli inconvenienti precedentemente elencati, non solo garantisce la continuità assistenziale ma perfeziona l'omogeneità nelle procedure e nella gestione delle problematiche cliniche. Ciò contribuisce positivamente all'immagine del gruppo, facendo migliorare la percezione -cosa non sempre facile che i singoli problemi so-



no elaborati in accordo, in condivisione e in uniformità metodologica.

Conclusioni

Se è certo che uno degli obiettivi per i servizi e i sistemi sanitari è quello di garantire una buona qualità delle prestazioni è altrettanto certo che i sistemi sanitari moderni, pur nel loro alto grado di sofisticazione tecnologica, fanno fatica a garantire una buona qualità delle loro prestazioni con la non infrequente possibilità di generare sfiducia dei cittadini nei loro confronti.

In questo contesto la nostra riorganizzazione mira al costante miglioramento della qualità mediante strumenti già ampiamente conosciuti (indicatori di performance clinica e di appropriatezza, audit, linee-guida) e la costruzione di relazioni, all'interno del team di operatori, che favoriscano una cultura della responsabilizzazione verso la qualità come dovere istituzionale.

Prof. Claudio Lunghi

2. Reorganization by surgical activities and surgical skills

Understanding that the Medical Director of the S.C. General Surgery should be able to make in relation to their ability and experience, a range of surgical services such as "generalist" in the performance of particular activities and emergency department of emergency surgery, it is appropriate that each also be devoted to a specific area of the surgery so as to increase (or gain if he had not) super-specialized skills, necessary to achieve quality results and increase the attraction of users with the benefit of productivity.

The reorganization provides for the assigned business areas according to their skills so that continuous improvement will lead to the provision of safe effectiveness and appropriateness.

The areas of surgical activities were divided as follows:

- Breast Surgery

- Colorectal Surgery
- Proctological Surgery
- Surgical gastro-enterology
- Hepato-biliary-pancreatic surgery
- Thoracic Surgery
- Abdominal wall surgery
- Emergency surgery and trauma
- Day-surgery and week-surgery

These areas of expertise may be organized as a unit or simply refer to "professionals." The allocation of responsibilities among the medical directors reflects the mechanism of the "privileges" of U.S. hospitals: each surgeon presents his own surgery cases of the last five years and will be given the assignments on the basis of experience.

This mechanism also points out who can be regarded as appropriate to the activity of tutoring and then take on the professional development of surgeons who are not yet fully formed.

3. Reorganization of the care activities in the ward

For good quality of care are two

essential needs:

- Ensuring continuity of care
- Ensure reliable figures of reference not only for patients but also for their relatives and colleagues of the services and other business units.

In departments of surgery such as ours, the turnover for emergency room shifts, shifts in the ward and the activities of divisional operating room often turns the doctor in an unrecognizable figure of reference for the medical care activity department.

This is frequently a source of discomfort in patients who see the succession of doctors as a discontinuity of their care and inability for the physician to establish an empathetic relationship with the patient.

The turn-over of doctors, sometimes even daily, has other considerable drawbacks: the possibility that the information given by doctors are perceived by patients and / or relatives as diverse and sometimes conflicting, misunderstood in communication with the servi-

ces and / or other departments due to the alternation of doctors, possible disruption in the organization of the dismissal, considerable loss of time needed for deliveries between one doctor and another.

Based on these considerations, a change of work shifts has been implemented.

The new plan calls for two shifts of medical directors (one "senior ") dealing exclusively with the ward care processes for a continuous period of one week, in this period these two doctors will be exempt from any other activity (emergency room, interdivisional shifts, operating room, outpatient clinics) in order to dedicate himself exclusively to the patients.

This system, eliminating the drawbacks listed above, not only ensures the continuity of care but perfect uniformity in procedures and management of clinical problems. This contributes positively to the image of the group, by improving the perception - which is not al-

ways easy - that individual problems are developed in accordance, in sharing and methodological uniformity.

Conclusion

If it is certain that one of the objectives for services and health systems is to ensure a good quality of services is equally certain that the modern health systems, even though their high degree of technological sophistication, are struggling to ensure good quality of their performance with the not infrequent possibility of generating public distrust towards them. In this context our reorganization aimed at continually improving the quality of tools already widely known by (performance indicators and clinical appropriateness, audit, guidelines) and the building of relationships within the team of operators, which promotes a culture accountability for quality as an institutional duty.

References

1. Schuster MA, McGlynn EA, Brook RH. How good is quality of health care in the United States? *Milbank Q* 1998; 76(4): 517-63
2. Lugon M, Secker-Walker J. clinical governance: making it happen. London: The Royal Society of medicine Press Ltd, 1999
3. Donaldson LJ, Gray JAM. Clinical governance: a quality duty for health organizations. *Qual Health Care* 1998; 7(Suppl): S37-S44
4. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organizational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Qual Saf Health Care* 2001; 10: 76-82

Curriculum vitae Bruno Battiston

- ❖ Born in Milan (Italy) on January 23th 1951, living in Milan. Ph. +39.3483853538 - email: claudio.lunghi@fbf.milano.it
- ❖ Graduated in Medicine in 1975. Specialization in General Surgery from 1980 and in Thoracic Surgery from 1986
- ❖ Professor of the School of Specialization in Thoracic Surgery at University of Pavia from 1990 to 1997
- ❖ Professor of the School of Specialization in General Surgery at University of Pavia from 1999 to 2004
- ❖ Professor of the School of Specialization in General Surgery at University of Milan from 2004 and member of the Teaching Board
- ❖ Chief of the General Surgery and Emergency Unit at ICCS of Milan from 1994 to 2001
- ❖ Chief of the General Surgery Unit at A.O. of Pavia from 2001 to 2003
- ❖ Chief of the General Surgery Unit at A.O. of Desio e Vimercate from 2003 to 2008
- ❖ Chief of the General Surgery Unit at A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico in Milan since 2008
- ❖ Scientific production: more than 52 papers have been published
- ❖ Member of Società Italiana di Chirurgia (SIC) and Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI)
- ❖ Personal experience: over 6,000 procedures have been performed in different surgical fields