

IV Giornate Italiane Mediche dell'Ambiente

INQUINAMENTO DEGLI AMBIENTI CONFINATI DI VITA

Impatto dell'inquinamento indoor sulla salute

Salsomaggiore, 4-6 NOVEMBRE 2009

**QUALITÀ ORIENTATA AL MERCATO ED
ALLA SALUTE**

le evidenze di efficacia degli strumenti per la
qualità e la sicurezza dei pazienti

Andrea Gardini
Presidente SIQUAS-VRQ
5 novembre 2009



Ospedale Gervasutta, Udine, 9 giugno 1985

WHO steering committee on Training for Quality Assurance

FONDAZIONE INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE



LE FONTI delle STRATEGIE per la QUALITA' e la SICUREZZA

•WHO - Europa:

- Objectives for Health for all in 2000, 1983, ;
- WHO working groups on Quality assurance (Utrecht, 1982),
- Training in Quality assurance (1985),
- Organisation of Quality Assurance (Copenhagen, 1987),
- Hospital quality planning (Madrid, 1988)
- Research Quality Needs (1998)
- Quality policies development, (Copenhagen, 1991),
- Carta di Lubiana (1996),
- Health 2010 (1999).....
- Quality of Health Systems Programme, Kalo e Shaw 2003.
- Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach (Klazinga & Ovretveit, 2008)

•**Consiglio d'Europa:** Raccomandazione N° R (97) 17, 30/9/97 su: Sviluppo e attivazione Sistemi di Miglioramento della Qualità (SMQ) dell' Assistenza Sanitaria

•Schools of HC MANAGEMENT e di PUBLIC HEALTH

(Harvard, Bethesda, Montreal, Stochkolm Karoliska, Amsterdam, NICE Londra, Parigi, Torino, Ancona, Padova, Siena, Pisa, etc...)

•**ISQua** (www.isqua.org) - **ISQua Accreditation Council (ex ALPHA)**

•**ESQH** (www.esqh.net)

•**Avedis Donabedian Institute**, Barcelona (www.fadq.es)

•ANAFS CBO AHRQ ASSR ARSS Emilia-Romagna ARS Marche Regione Toscana ARESS Piem

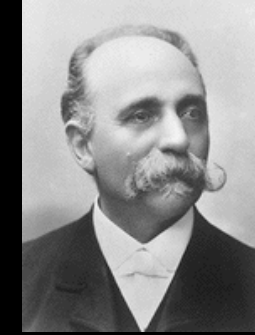
XIX secolo

"...le partorienti muiono perché io e i miei colleghi nell'assisterele, e gli studenti nel visitarle, le infettiamo portando a contatto dell'utero sanguinante la sostanza cadaverica che rimane sulle nostre mani dopo le sezioni anatomiche. Ecco perché la mortalità è molto minore dove ci sono soltanto le ostetriche, che non fanno sezioni anatomiche..."
(Semmelweis 1848)



Florence Nightingale: 1820-1910
Il primo requisito di un ospedale dovrebbe essere quello di non far del male ai propri pazienti.

Anni '10 - '60



Singolo medico Vs Singolo paziente

*"Nella Clinica bisogna avere un preconceito solo, ma inalienabile, il preconceito che tutto ciò che si afferma e che par vero può essere falso: bisogna farsi una regola costante di criticare tutto e tutti prima di credere".
Augusto Murri*

OBIETTIVO: CURARE LA MALATTIA

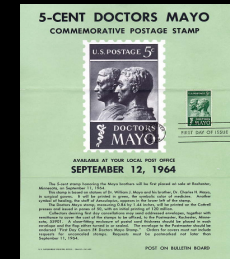
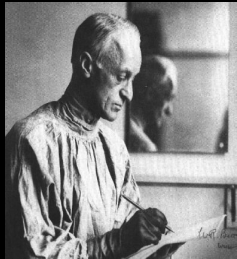
QUALITA' PROFESSIONALE : Sicurezza e affidabilità clinica



Ernest A. Codman (1869-1940)
From the American College of Surgeons, Bulletin, Volume 14, No. 1, January 1939

Mi si definisce eccentrico per aver detto che gli ospedali, se vogliono essere sicuri di migliorare, devono analizzare i loro risultati per accertare quali siano i punti forti e i punti deboli, confrontare i loro esiti con quelli degli altri ospedali, trattare solo i casi per i quali siano in grado di fare un buon lavoro, assegnare per il trattamento i casi ai medici sulla base di criteri migliori dell'anzianità o delle convenienze del momento, discutere non solo i loro successi ma anche i loro errori, collegare la loro carriera alla qualità del loro lavoro con i pazienti. Queste opinioni non saranno giudicate eccentriche fra qualche anno (Ernest Amory Codman, 1914)

*"... La giungla che mi si presentava davanti in quel momento era più affascinante di una foresta vergine: si trattava del sistema nervoso con i suoi miliardi di cellule aggregate in popolazioni le une differenti dalle altre e rinserrate nel viluppo apparentemente inestricabile dei circuiti nervosiche s'intersecano in tutte le direzioni nell'asse cerebro-spinale...".
Camillo Golgi*



STRUMENTI: Peer review -Accreditamento, Formazione clinica

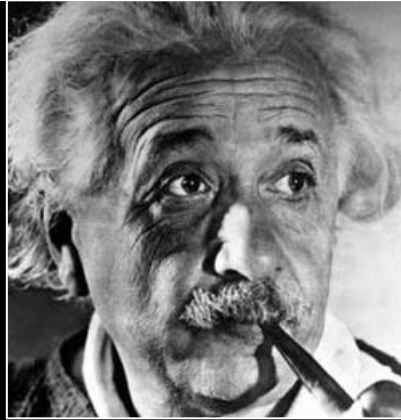
CONTESTO ORGANIZZATIVO ARTIGIANALE/MECCANICISTA

STRUTTURA-PROCESSO-PRODOTTO-PROFITTO (Taylor)

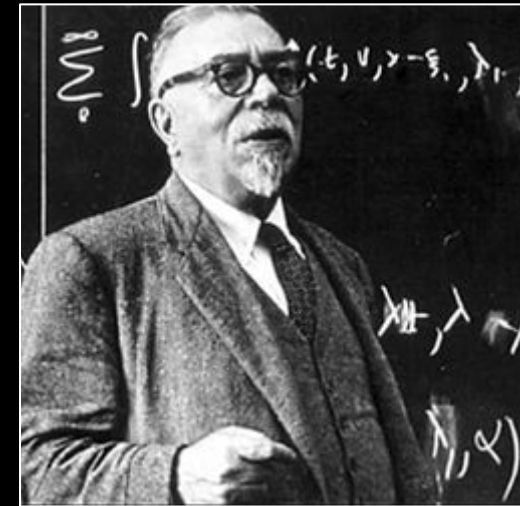




Heisenberg



Albert Einstein



Norbert Wiener



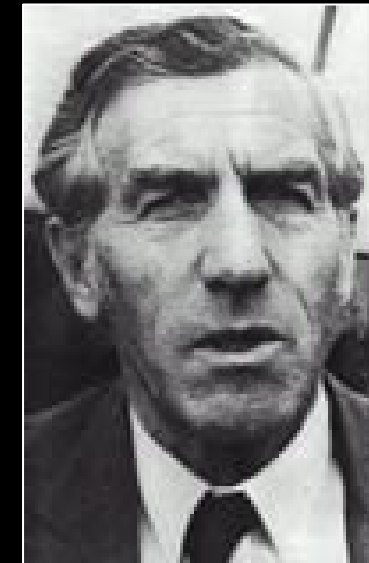
Gregory Bateson



Niels Bohr



Ludwig von Bertalanffy



Paul Watzlawick

Anni '70-'90

OBIETTIVO: CURARE LA MALATTIA E
LA SALUTE
TENER CONTO DEI COSTI

MIGLIORAMENTO CONTINUO

"Achievable benefits not achieved" (Williamson)

Formazione clinica Clinical Audit

Spirale della Quality assurance, Criteri, indicatori, standard
Controllo dei costi, Organizzazione, Efficacia, Efficienza,
Appropriatezza

STRUMENTI: Epidemiologia clinica, Linee-guida cliniche,
PDCA Controllo di gestione, Budgeting,

DA CONTESTO ORGANIZZATIVO MECCANICISTA A
CONTESTO ORGANIZZATIVO A "SISTEMA CHIUSO"

STRUTTURA-PROCESSO-RISULTATO



Anni '90-2000

**OBIETTIVO: LA SALUTE?
GESTIONE/ORGANIZZAZIONE VS PROFESSIONE**

TOTAL QUALITY MANAGEMENT

Centralità del paziente/diritti del cittadino
Appropriatezza specifica



**STRUMENTI: Certificazione ISO/Accreditamento, Carte dei Servizi
Linee guida specifiche orientate dall'EBM, Indicatori.
Formazione continua (Vaccani)**



**DA UN CONTESTO ORGANIZZATIVO MECCANICISTA
E A "SISTEMA CHIUSO"**

**AD UN CONTESTO ORGANIZZATIVO A SISTEMA APERTO
DA : STRUTTURA-PROCESSO-RISULTATO**



**A
PROBLEMA-OBIETTIVO-(PROGETTO)-PROCESSO
-RISULTATO (Tonelli)**

Anni 2000-2010

**OBIETTIVO: SALUTE COME INVESTIMENTO PER LA
COMUNITA'**

TECNOLOGIE, SPECIALIZZAZIONE, COMPLESSITA'

STRATEGIE E POLITICHE PER LA QUALITA'

Sistemi complessi a rete, Consumerismo e Partnership con i cittadini
Sicurezza di sistema, Sopravvivenza economica VS investimenti

**STRUMENTI: Progetti di salute, Logica di processo, Partecipazione
Risk management, EFQM**

**LOGICA DI SISTEMI APERTI IN PROGETTI DI
PERCORSI ASSISTENZIALI
CON AL CENTRO IL PAZIENTE
INTEGRAZIONE E INCLUSIONE**

**PROBLEMA-OBIETTIVO-(PROGETTO)-PROCESSO-RISULTATO
E
ACCESSO-PROCESSO-SUCCESSO (Shaw)**



2010-2020....



STRATEGIE E POLITICHE PER LA QUALITA' E LA SICUREZZA

Unione Europea: CURE TRANSFRONTALIERE

WWW.MARQUIS.ORG



SOLUZIONI PER LA SICUREZZA: JCI, Global Alliance Patient Safety OMS

PATIENT CENTRAL: Picker Institute, Active Citizenship, Audit civico, CEREF,
Padova studies on participation

STRATEGIE PER LA QUALITA' PROFESSIONALE:

Formazione permanente, audit clinico, percorsi assistenziali

VALUTAZIONE ESTERNA DI QUALITA': accreditamento, EFQM, CAF
Certificazione ISO (?), INDICATORI DI PERFORMANCE (AHRQ, OSCE, IQIP, PATH)

**STRUMENTI: ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI
INDIPENDENTI DI TERZA PARTE**

HENRY MINTZBERG, MONTREAL, Mc Gill Univ. 2007:

Ci sono almeno 5 bisogni di riforma

1. Riformare la leadership e mutarla in management diffuso
2. Riformare lo stile di "care" delle istituzioni sanitarie (prendersi cura di) rispetto all'attuale attitudine alla "cure" (propinare loro dei "trattamenti"), prendendo spunto dallo stile degli infermieri (nursing care) più che dallo stile dei medici (treatment)...smetterla di "run hospitals" (gestire, letteralmente "farli correre"), ma **COMPRENDERLI** (understand them)...
3. Riformare l'organizzazione come "engaging" impegno, secondo le modalità consuete della scelta da parte di un essere umano di "impegnarsi" per la salute dell'uomo e delle comunità
4. Riformare la competizione nel senso che bisogna invece favorire la cooperazione
5. Riformare le pratiche con l'attenzione ai bisogni delle comunità



IL PROBLEMA PRINCIPALE, in alcuni Paesi d' EUROPA

(XIX ISQua Conference, UNESCO, Paris, 5-8.11.2003)

AGGIORNARE LO STILE DI LEADERSHIP DEI DIRIGENTI

VECCHIO, DANNOSO

- Carenza di strategia sostituita da pianificazione improvvisata
- Gestione per routine burocratiche
- Paternalismo/familismo (paradigma culturale imperante)
- Autoritarismo latente
- Autoreferenzialità di tutti, anche dei politici
- Parlare non ascoltare
- Budget persistentemente sulla spesa (nonostante molti input e molto tutoraggio, ovunque)
- Divide et impera
- **COMANDARE, RIDIPINGERE, ASPETTARE, PUNIRE**



Richard Grol, 2003

INNOVATIVO, UTILE

- Strategia di gestione per problemi, obiettivi, risultati supportata da una progettazione partecipata da tutti gli attori del processo
- Visione di sistema
- Tessitura di reti per processi orientati ai cittadini
- Condivisione e partecipazione alle scelte sulla base della migliore evidenza
- Ascoltare e negoziare
- Budget su attività e spesa
- Costruire ponti fra diversi,
- Premiare i risultati di salute.
- **GUIDARE, INNOVARE, SCEGLIERE, AIUTARE**

SIQUAS-VRQ: PROGRAMMA 2004-2009

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO



WWW.SIQUAS.IT

RICERCA / RACCOMANDAZIONI
ALLEANZE cittadini, altri operatori
società scientifiche
GIOVANI / UNIVERSITA'
SUD

SICUREZZA
RISK MANAGEMENT
Luciana Bevilacqua

VALUTAZIONE
ESTERNA
QUALITA'
Pierluigi Deriu

INDICATORI
Leonardo La Pietra

FORMAZIONE
PER LA
QUALITA' E LA
SICUREZZA
Paolo Mastrogiovanni

MEDICINA GENERALE
E CURE PRIMARIE
Mario Baruchello

ALLEANZE CON
I CITTADINI
Piera Poletti

PROFILI
D'ASSISTENZA
Massimiliano Panella
Alberto Deales

SICUREZZA
IN SALUTE
MENTALE
Elvi Chiaia

NUOVE ATTIVITA' 2007-2009

AUDIT CLINICO
Ulrich Wienand

DAL 2005: OSSERVATORIO BUONE PRATICHE IN SANITA'
Giorgio Banchieri www.osservatoriosanita.it

AUTORIZZAZIONE-ACCREDITAMENTO

QUALITA' organizzativa

Sviluppo organizzativo Q oriented; Leadership, Analisi organizzativa sistemica, Progettare, misurare, valutare, feedback, budget per obiettivi di salute e risorse, sistemi formativo, informativo, e premiante

DISEASE MANAGEMENT (percorsi assistenziali)
RISK PREVENTION - APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

QUALITA' centralità cittadino

Carta servizi: Partecipazione alla progettazione, per particolari patologie, tutela, comfort /accoglienza, Monitoraggio esperienze / reclami

SICUREZZA E PREVENZIONE DEL RISCHIO CLINICO:

Monitoraggio Regionale Reclami, PROGETTI per: lesioni decubito, Infezioni ospedaliere, cadute, chirurgia, farmaci, emoderivati/emocomponenti, suicidi, contenzione fisica, trasmissione HIV/epatite fra cittadini/pazienti/personale. Lotta al dolore

QUALITA' professionale

Epidemiologia, Ricerca, EBM - Revisioni sistematiche
Technology assessment- Linee-guida, profili d'assistenza
Audit clinico infermieristico e organizzativo, Commissioni professionali, Sistemi formativo, informativo, premiante

CENTRO DOCUMENTAZIONE Avedis Donabedian

(www.ars.marche.it/cdq)

LA BUONA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA E' COSTITUITA DA QUATTRO FATTORI IMPORTANTI



AVEDIS DONABEDIAN,
1986

**Buone prestazioni professionali da parte dei medici
e degli altri operatori**

Uso efficiente delle risorse

**Minimo rischio, per il paziente, di danno o di malattia
conseguente o associata al processo assistenziale**

Soddisfazione del paziente

I TRE DIVERSI GRADI DI COMPLESSITA' DELLA QUALITA' IN SANITA'

GARANTIRE UN'ASSISTENZA MINIMALE DI FONDO E
MONITORARE CHE SIA FATTA BENE

INDIVIDUARE I PROBLEMI PRIORITARI, SOTTOPORLI
A VALUTAZIONE E MIGLIORARE, CON PROGETTI
PARTECIPATI

COSTRUIRE UN SISTEMA IN CUI LA PROGETTAZIONE DI
DI CURE MIGLIORI PER LA SALUTE DEI CITTADINI
SIA L'AZIONE ORGANIZZATIVA PIU' IMPORTANTE

TONELLI, 1998



DI TUTTO CIO'
CHE COSA E' UTILE
PER MIGLIORARE
LO STATO DI SALUTE
DELLE PERSONE?

Intervento per la sicurezza	Forte evidenza di efficacia (E1)	Debole evidenza di efficacia (E2)	Rapporti di esperienze ed osservazioni (O)	Discussioni concettuali ©
Azione specifica	<i>Ad esempio: uso appropriato della profilassi per prevenire tromboembolia venosa nei pazienti a rischio</i>	<i>Ad esempio: team medico di emergenza (o team per la risposta rapida</i>	<i>Ad esempio: Usare un etichetta per ricordare agli infermieri di controllare la sicurezza di un passaggio assistenziale</i>	<i>Molti metodi di ingegnerizzazione e dei fattori umani utilizzati in altre industrie</i>
Metodo o strategia usata da una organizzazione	<i>Nessuno</i>	<i>Ad esempio la strategia VHA</i>	<i>Ad esempio analisi causale profonda Creare una cultura della sicurezza</i>	<p>Vedi: J.OVRETVEIT Interventi per La sicurezza www.ars.marche.it www.siquas.it</p>
Intervento a livello regionale o nazionale	<i>nessuno</i>	<i>nessuno</i>	<i>Ad esempio: Sistema d reporting degli eventi avversi del NHS</i>	

INTERVENTI PER LA SICUREZZA EBM DA FARE SUBITO

(AHPQ 2001)

Profilassi
appropriata
tromboembolia
venosa

beta bloccanti
perioperatori
nei pazienti
a rischio

Materiali e procedure
sterili
nel posizionare
sotto guida ultrasonica
cateteri centrali
medicati con antibiotici.

profilassi antibiotica
appropriata in
chirurgia

Informare i pazienti
Verificarne la comprensione
Stimolarne l'alleanza.

Aspirare secrezioni
tracheobronchiali
prevenire
polmoniti
da ventilazione

presidi antidecubito per
prevenire
lesioni da decubito

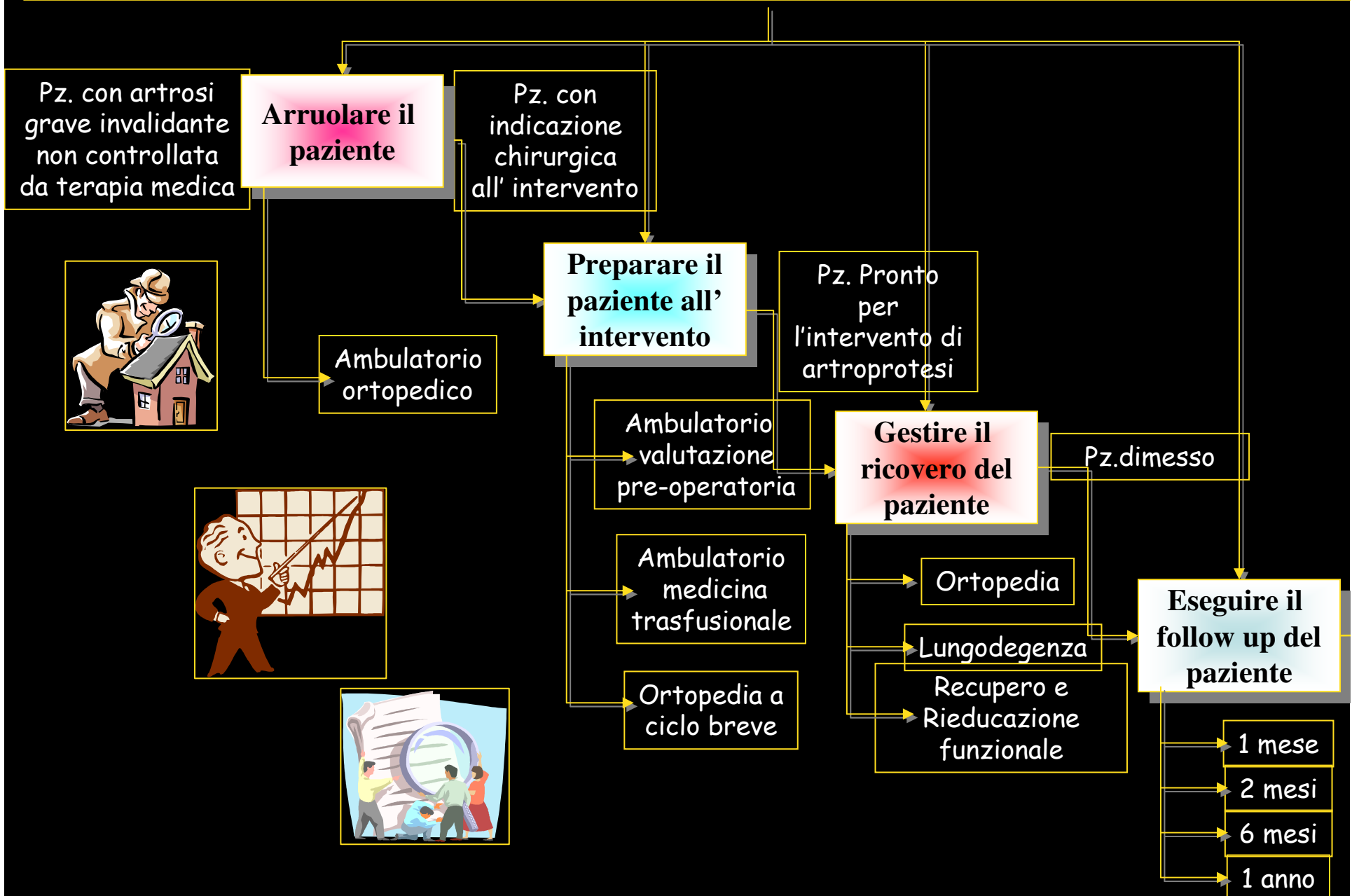
nutrizione enterale
precoce
ai pazienti critici
e chirurgici.

LAVARSI
LE MANI

ATTUARE
RACCOMANDAZIONI
MINISTERO SALUTE:
PREVENZIONE
CADUTE
SUICIDI
GARZE/PINZE IN
CHIRURGIA
KCI

FARMACI:
PRESCRIZIONI APPROPRIATE
SCRITTE BENE
PREPARAZIONE DOSAGGI
IN FARMACIA
NON DISTURBARE
GLI INFERMIERI
FARMACISTA IN CORZIA

Profilo di assistenza per artroprotesi



118

Pronto Soccorso

UTIC

Chiamata al 118 per dolore toracico

Ambulanza medica?

Valutazione pz a domicilio: ECG, anamnesi, es.obiettivo, incannulamento vena e prelievo

ECG ST sopra?

Stratificazione del rischio

Trombolisi ?

PTCA?

Dolore toracico che arriva da solo o con ambulanza non medicalizzata

Valutazione pz : ECG, anamnesi, es.obiettivo, incannulament o vena e prelievo

ECG ST sopra?

invio in UTIC

Trombolisi

Trombolisi

Trattamento intensivo
Monitoraggio continuo
Valutazione riperfusione

Trombolisi efficace?

PTCA salvataggio?

Trattamento intensivo
Monitoraggio continuo
Stratificazione precoce

Coronarografia urgente?

PTCA?

Emodinamica

a

Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies

KIERAN WALSH Health Policy and Management Group, Herbert Simon Institute, Manchester Business

School, Booth Street West, Manchester M15 6PB, UK

International Journal for Quality in Health Care 2009; Volume 21, Number 3: pp. 153 - 159 [10.1093/intqhc/mzp012](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp012) Advance Access Publication: 21 April 2009



Valutare i metodi per migliorare la qualità		
Tipi di prove di efficacia	Domande chiave sui metodi per migliorare la qualità	Fonti delle prove di efficacia
Evidenza teorica	Come e perché funziona?	Descrizione dei meccanismi e delle azioni comprese nei metodi desiderati
	Qual è la teoria sottostante?	Descrizione delle logiche interne ai programmi d'attività o delle sequenze causali e fondate su solide teorie appartenenti alle scienze sociali
Evidenza empirica	Quando, per chi e come funziona?	Valutazione quantitativa e qualitativa dell'implementazione del metodo, usando, per quantificarne gli effetti rigorosi e robusti metodi comparativi utilizzati in maniera indipendente
	Quali sono i suoi effetti?	
	Quanto costa?	
Evidenza sperimentale	What is it like to use?	Relazioni descrittive sui metodi impiegati
	Che cosa abbiamo appreso sulla sua applicazione in una vasta quantità di situazioni e contesti?	Sintesi dell'esperienza e del feedback dell'operatore, raccordo sulle cose apprese e scambio fra networks di utilizzatori



Ogni anno si possono risparmiare 700.000\$ riducendo il tasso di infezioni da ferita chirurgica dall'1,8% allo 0,4%(Classen et al 1992, James 1993).

Ogni anno la clinica Mayo può risparmiare 470.000 \$ riducendo le variazioni nella pratica dei by pass periferici (Mayo Alumni 1995)

Ogni anno un reparto di terapia intensiva può risparmiare Circa il 30 % dei costi totali per paziente partecipando Ad uno studio collaborativo sull'appropriatezza nelle cure intensive(Clemmer et al 1998, 1999).

Ogni anno si possono risparmiare 2.400.000\$, 20.000\$ per caso clinico migliorando l'approccio multidisciplinare per le cure dei pazienti dipendenti da ventilatore (Young et al 1998).

NEI PROSSIMI ANNI

QUALITA'

potrà essere :

LEGGEREZZA

RAPIDITA'

ESATTEZZA

VISIBILITA

MOLTEPLICITA'

CONSISTENZA

Italo Calvino (Lezioni americane), 1985

RETE
ITALIANA
RICERCATORI
RESPONSABILITA'
AMBIENTALE e
SOCIALE

CONOSCENZA
SOBRIETA'
SOSTENIBILITA'
SICUREZZA
SALUTE

"SLOW MEDICINE"

ANDREA GARDINI

FLUFLU@TISCALI.IT

www.siquas.it

www.isqua.org.

Riviste: QA

www.rivistaQQ.it

WWW.OSSERVATORIOSANITA.IT