

# BUONE PRATICHE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ E DELLA SICUREZZA DELLE CURE

prima parte

## Concetti introduttivi

Due sono gli approcci logici per affrontare un problema o una situazione ritenuta di insufficiente qualità o a rischio di errore:

1. mettere in atto le iniziative ritenute, in base alla propria esperienza e conoscenza, più idonee al superamento del problema;
2. mettere in atto le iniziative già utilizzate con successo da altri in situazioni e contesti analoghi.

Il primo approccio è quello più comune e in un certo senso 'istintivo', ma in realtà, in sistemi molto complessi come quello sanitario, non sempre rapido ed efficace ed a volte senza una ragionevole probabilità di reale efficacia delle misure adottate (le quali devono essere di fatto 'sperimentate').

Il secondo approccio è per alcuni aspetti più 'razionale', perché è già stato sperimentato in altri contesti; anche se questo non dà la certezza matematica di ottenere gli stessi risultati, una volta applicato in condizioni anche molto simili, è però, in termini di fattibilità, verosimilmente migliore dell'approccio istintivo.

È un concetto noto da sempre, anche se troppo poco applicato nella prassi comune, che nell'approccio alla soluzione di alcuni problemi bisognerebbe tener conto anche delle esperienze di altri che hanno affrontato e risolto problemi analoghi.

La logica di questo comportamento è elementare, ma non sempre ciò che è razionalmente evidente, per vari e più o meno giustificati motivi, viene attuato. Assistiamo così non raramente al reiterarsi di tentativi infruttuosi ed ampiamente prevedibili (e quindi evitabili) per risolvere alcuni problemi già affrontati positivamente da altri. Da un punto di vista eminentemente pragmatico è proprio la prevenzione di questi errori il maggior vantaggio di questo tipo di approccio; aggiungere un insuccesso ad una condizione di per sé già a rischio e problematica ne accentua infatti le difficoltà, sperpera preziose risorse ed aspettative e ne rallenta la soluzione.

In realtà però far tesoro delle esperienze altrui è spesso meno

facile ed immediato di come possa sembrare. Contenuti e valori esperienziali di altri sono infatti utilizzabili solo se sono presenti alcune specifiche condizioni che possono essere sinteticamente così definite.

1. In primo luogo è necessario venire a conoscenza delle esperienze di questi 'altri' (molti possono aver affrontato e brillantemente risolto quel dato problema, ma se non siamo informati della loro stessa esistenza ovviamente non potremo usufruire della loro esperienza).
2. Essere sicuri che il problema da affrontare sia esattamente lo stesso (problemi apparentemente analoghi, a parità di contesto, possono avere soluzioni anche piuttosto diverse).
3. Le esperienze devono essere basate, ove presenti, su evidenze scientifiche della letteratura. Qualora ciò non fosse possibile, perché non ancora disponibili, queste stesse esperienze devono essere la base per costruirle o per rafforzarle se deboli (cioè dimostrando in modo metodologicamente corretto la loro efficacia).
4. Disporre di informazioni sufficientemente precise su come sono state condotte e su alcuni fondamentali elementi del contesto (è una fase indispensabile per capire se possiamo applicare la stessa soluzione anche a casa nostra). Diversi possono essere i modi impiegati per superare lo stesso problema; conoscerli adeguatamente è indispensabile per scegliere quello che più si adatta alla nostra situazione. Il contesto inteso soprattutto come organizzazione, strutture, tecnologia, conoscenze e cultura svolge infatti (a parità di esperienza) un ruolo determinante ai fini della trasferibilità delle esperienze.
5. Essere sicuri che queste esperienze siano state effettivamente efficaci; che abbiano cioè cambiato in meglio i comportamenti degli operatori sanitari, modificando l'organizzazione, e che tutto ciò abbia portato ad un miglioramento misurabile della qualità e della sicurezza (che abbiano cioè veramente, concretamente ed in modo definitivo o quantomeno duraturo risolto o ridotto il problema di partenza). Un errore sistematico, a volte inconsapevolmente commesso in questa fase, è focalizzarsi essenzialmente sul fare e non *anche* sui risultati (oggettivi) che dimostrino che ciò che è stato fatto è stato

## IL CICLO DELLE BUONE PRATICHE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI



effettivamente efficace. Iniziare a fare qualche cosa può essere molto più facile, immediato e visibile che portarla *bene* a termine.

- Essere ragionevolmente sicuri che le esperienze altrui possano essere applicate anche in contesti parzialmente diversi o, specularmente, se e quanto il nostro contesto è assimilabile a quello preso come riferimento.

Come è facile intuire non è detto che queste condizioni (in realtà è un percorso logico e quindi metodologico) possano sempre verificarsi tutte e contemporaneamente.

La loro presenza/assenza condiziona sia la qualità delle esperienze che la loro trasferibilità.

Nei sistemi complessi l'esperienza, l'intuizione, la buona volontà e le competenze tecnico-professionali e la stessa disponibilità di risorse sono strumenti necessari, ma non sempre sufficienti a risolvere veramente alcuni problemi. L'applicazione di una corretta metodologia è l'unico strumento che consente di razionalizzare i comportamenti e meglio districarsi in questo a volte non facile percorso verso il miglioramento delle prestazioni sanitarie e della sicurezza dei pazienti.

Le esperienze cui abbiamo sinora fatto riferimento non sono tutte buone pratiche; per essere definite tali devono soddisfare una serie di requisiti, tra cui i più importanti sono la correttezza metodologica, la presenza di risultati positivi e la trasferibilità in altri contesti.

Considerando le buone pratiche dal punto di vista della metodologia scientifica, potrebbero essere considerate una tecnica cosiddetta *'evidence-based'* nel senso che sono basate sulla dimostrazione oggettiva della loro efficacia (evidenza di varia forza e peso in base al metodo di ricerca adottato ed alla tipologia di risultati ottenuti) e che abbiano utilizzato una metodologia di ricerca metodologicamente corretta (come, ad esempio, la Checklist dell'OMS per la sicurezza in chirurgia). Evidenze possono però anche essere considerate (pur con molta minore forza e peso) le esperienze empiriche in un contesto non sperimentale ma reale, non pubblicate in letteratura ma che comunque abbiano adottato una corretta metodologia di esecuzione e di oggettivazione dei risultati (tornando così ancora al concetto di metodologia scientifica). Altro elemento in comune tra questi due percorsi (paralleli ed alla fine spesso convergenti) è l'imprescindibile necessità di un sistema dedicato per far conoscere alla comunità dei

professionisti queste esperienze e per garantirne la qualità: nel primo caso la letteratura scientifica ed altri canali di informazione, nel secondo caso i database e gli osservatori per le buone pratiche.

Specularmente da questo punto di vista *l'evidence-based medicine* (EBM) altro non è che un sistema di supporto decisionale basato su 'buone pratiche' condotte con metodologia scientifica e scientificamente provate come efficaci e finalizzato ad implementare delle appropriate modalità comportamentali sia professionali che organizzative (cioè concettualmente, come si è detto, delle buone pratiche); la ripetitività del concetto di scientificità è per stressare la sua analogia concettuale con metodologia.

### Buona pratica o *best practice*?

Le definizioni di buona pratica sono molte e a volte anche abbastanza diverse; una caratteristica è che la definizione può in parte cambiare in relazione all'uso che se ne fa; comune denominatore è che sono quasi sempre inquadrare nell'ambito del miglioramento continuo della qualità e basate, ove possibile, sulle evidenze scientifiche. Per 'pratica' si intende comunemente, in forma molto semplice e sintetica, un modo particolare (spesso una procedura o una attività) di fare qualche cosa, il cui obiettivo è migliorare la qualità e la sicurezza di una data condizione fonte di un problema o di un rischio. La buona pratica è quindi un cambiamento positivo ed efficace nel comportamento degli operatori sanitari.

Uno degli errori a volte commessi per imprecisa informazione è la non esatta distinzione, anche in questo caso niente affatto accademica, tra 'buona pratica' e '*best practice*' (termine inglese che potrebbe essere tradotto come '*migliore pratica*'). Il bias concettuale, e quindi comportamentale, è in questi casi la scarsa distinzione o addirittura l'equivalenza tra i due concetti; buona pratica e *best practice* non sono affatto la stessa cosa.

Un altro concetto base è che l'obiettivo di miglioramento può spesso essere raggiunto in vari modi cioè con varie 'pratiche' (nel testo denominate come 'esperienze' sino alla loro valutazione che le definisca, se in possesso dei requisiti di qualità, come 'buone' o '*best*').

Un'ulteriore variabile del sistema è che il miglioramento ottenuto può essere di varia entità, spaziando anche ampiamente in un *range* che va da livelli assolutamente

insufficienti a risolvere il problema sino ad un livello massimo che risolve definitivamente il problema nel modo idealmente migliore possibile.

A questo punto subentra necessariamente il concetto di *standard*, cioè una grandezza (in genere un numero) presa come riferimento e che individua il livello minimo di qualità stabilito per definire una pratica come buona (standard minimo). Lo standard massimo è invece il livello più elevato di qualità di esperienze conosciute o descritto in letteratura.

Il punto più critico di tutto il sistema (perché esposto ad alcune valenze soggettive che ne potrebbero inficiare l'obiettività) è però la modalità di valutazione della qualità delle esperienze; essa deve infatti essere metodologicamente corretta (cioè su basi scientifiche) ed utilizzare degli strumenti (*indicatori e standard*) noti a priori, validati, ripetibili ed oggettivi.

In sintesi quindi l'elemento che distingue le 'buone' dalle '*best*' pratiche è, a parità di corretta metodologia, lo standard di riferimento, cioè il livello di qualità.

- **Lo standard della '*best practice*'** può essere definito ex ante a tavolino adottando il criterio che deve essere il più alto possibile, ma teoricamente raggiungibile (quindi in condizioni di contesto quasi ottimali). In alcuni casi tale standard potrebbe anche essere definito ex post, prendendo come riferimento quello raggiunto da una esperienza i cui risultati sono ritenuti, da esperti o istituzioni no profit prestigiose ed indipendenti, migliori possibili rispetto ad altre esperienze analoghe conosciute. La letteratura scientifica svolge un ruolo molto importante nella definizione di questo tipo di standard. È evidente che se, per una data tipologia di esperienza, lo standard è veramente massimo, la *best practice* può essere una – oppure molto poche – diventando in tal modo una sorta di ideale e di status da raggiungere e verso cui tendere. Se consideriamo che per '*eccellenza*' si intende il raggiungimento di uno standard dinamico (cioè che per definizione si innalza ogni volta che si raggiunge) di qualità noto, condiviso, predefinito e più elevato possibile nell'ambito della fattibilità, è evidente che *best practice* ed *eccellenza* possono essere considerati, per questo aspetto, sinonimi. In base a quanto detto, dal punto di vista concettuale una *best practice* è comunque anche e sempre una buona pratica, ma di massimo livello. Definire con precisione lo standard

### TAPPE PRINCIPALI PER LA COSTITUZIONE DI UN SISTEMA DI RACCOLTA, VALUTAZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE

N.	Tappa
1	Progettazione del sistema
2	Reperimento fondi
3	Costituzione di un comitato organizzativo deputato alla gestione del progetto e alla valutazione metodologica
4	Costituzione di un comitato scientifico deputato alla valutazione tecnica delle esperienze
5	Condivisione del progetto al massimo livello amministrativo ed istituzionale possibile
6	Presentazione ufficiale del progetto a tutti gli stakeholder
7	Attuazione di iniziative rivolte a far conoscere nel contesto di riferimento (nazionale, regionale, aziendale, di specialità, etc.), che è stato attivato un sistema di raccolta delle buone pratiche
8	Raccolta delle esperienze inviate e costituzione del database
9	Raggruppamento delle esperienze inviate per tipologia di contenuto
10	Valutazione metodologica delle esperienze inviate e suddivisione in buone pratiche e 'non ancora buone pratiche'
11	Valutazione, ove necessario, tecnico-professionale delle buone pratiche
12	Pubblicazione delle buone pratiche
13	Attivazione di un percorso/programma (facoltativo) di valutazione esterna tra pari delle buone pratiche
14	Attivazione di un programma di implementazione delle buone pratiche nelle strutture sanitarie che ne facciano richiesta
15	Chiamata pubblica periodica ( <i>call for good practice</i> ) all'invio delle esperienze da parte delle strutture sanitarie interessate
16	Rivalutazione periodica della condizione di buona pratica
17	Organizzazione almeno annuale di simposi/convegni/workshop di comunicazione delle esperienze raccolte e di scambio di idee e suggerimenti tra tutti gli stakeholder ed i centri che hanno inviato le esperienze al database (modello di 'rete della conoscenza')
18	Presentazione e pubblicazione di un report annuale sull'attività del progetto
	<i>Ricorsività del ciclo</i>

massimo, le modalità e gli indicatori per misurarlo e rendere tutto ciò pubblico è inoltre un'efficace barriera per proteggersi dalle insidiose, interessate e pericolose tentazioni dell'autoreferenzialità, che quando si parla di eccellenza raggiunge il massimo della sua virulenza (anche le *best practice* sono quindi comprese in questa classe di rischio); l'osservazione non è pedante o maliziosa; credere di implementare una *best practice* quando invece è qualcos'altro può creare ulteriori problemi di qualità e sicurezza; chiamare le cose con il loro vero nome ha dei significati non solo semantici.

- **Per la buona pratica lo standard** è di un livello minore ed è in genere definito dagli obiettivi di qualità e sicurezza che l'esperienza si era proposta. In altri termini lo standard (minimo) di una buona pratica può essere considerato quello il cui raggiungimento la rende efficace nel risolvere il problema di origine (cioè per essere una buona pratica

l'esperienza deve aver funzionato). In considerazione del fatto che lo standard è più basso, è verosimile che possa essere raggiunto in un numero maggiore di casi, anche in modi diversi a parità di problema affrontato. Ovviamente ci possono essere delle buone pratiche il cui standard è superiore a quello minimo di riferimento e sino al livello 'best'. Ogni osservatorio di buona pratica può ovviamente porre, in base ai suoi obiettivi, gli standard che più ritiene opportuni rispettando però i principi generali di cui sopra.

L'ambito di applicazione di buone e *best* pratiche è estesissimo e, trattandosi di aspetti inerenti qualità e sicurezza, comprende praticamente tutti gli aspetti clinici, assistenziali ed organizzativi delle attività sanitarie sia a livello micro (procedure locali) sia meso/macro (procedure e modelli organizzativi e gestionali a livello aziendale o regionale). La trasferibilità non è automaticamente connessa allo status di buona pratica o di *best*, ma dipende da diversi altri fattori

tra cui il più vincolante è il contesto con la sua capacità di favorire o ostacolare i cambiamenti.

I concetti di 'buona' e 'migliore' non hanno però solo una valenza semantica e concettuale, ma anche delle implicite, anche se non immediatamente evidenti, conseguenze pratiche. Diverso è infatti per alcuni aspetti il percorso, l'impegno e la fattibilità, se un'organizzazione sanitaria si pone come obiettivo di implementare una buona pratica o una *best practice*.

Una struttura sanitaria che voglia affrontare un problema implementando esperienze già sperimentate in altre organizzazioni sanitarie può quindi utilizzare due strade. Seguire il percorso della *best practice* di riferimento, e cercare di raggiungere il miglior livello descritto come possibile di qualità e sicurezza per quella data soluzione al suo problema, oppure seguire il tragitto delle buone pratiche scegliendo di raggiungere un livello di qualità e sicurezza minore, ma comunque buono ed efficace. Il primo caso è un lodevolissimo ed auspicabile percorso verso l'eccellenza, che necessita però di adeguate risorse e soprattutto di condizioni culturali, metodologiche ed organizzative non minimali oltre ad una concreta e forte partecipazione delle leadership. In genere nel caso delle buone pratiche il percorso è teoricamente più fattibile perché necessita di un background culturale, organizzativo e di risorse di minore entità.

Il tema si sposta quindi sulla fattibilità del percorso da scegliere in termini di disponibilità di risorse non solo economiche ma anche, e spesso soprattutto, in termini di background culturale e metodologico dell'organizzazione. Optare per una *best practice* presuppone infatti anche una capacità dei componenti dell'organizzazione di assorbire cambiamenti anche importanti ed utilizzare metodologie a volte sofisticate.

La scelta di implementare una 'buona pratica' è invece più concretamente fattibile soprattutto in quei contesti che sono nella fase iniziale del percorso di valutazione e miglioramento della qualità e della sicurezza ed in cui conseguentemente si prevede (da parte di un numero significativo di operatori sanitari e spesso anche di una parte della leadership) una significativa resistenza oppure una non meno problematica inerzia soprattutto culturale e comportamentale al cambiamento. In questi contesti, ai fini della fattibilità dell'implementazione, diventa cruciale la cosiddetta 'massa critica', cioè un numero sufficientemente grande di operatori sanitari competenti e motivati in grado di supportare e mantenere i cambiamenti e coinvolgere altri componenti del gruppo.

### L'approccio sistemico alle buone pratiche

Per poter usufruire al meglio del grande ed ancora poco conosciuto ed ancor meno utilizzato potenziale innovativo delle buone pratiche è necessario, ma non sufficiente, che siano corrette dal punto di vista metodologico. È fondamentale inserirle in un sistema aperto e dedicato che, con una tecnica appropriata, le raccolga, le classifichi, ne faciliti la conoscenza, ne supporti il trasferimento e valuti l'efficacia dell'implementazione in altri contesti sanitari. È cioè necessario applicare un modello cosiddetto 'sistemico'. Per sistematicità dell'approccio si intende la progettazione e la messa in atto di un modello organizzativo che, avendo come obiettivo finale il miglioramento stabile della qualità e della sicurezza delle attività sanitarie, tenga conto dell'intero percorso che porta all'attuazione della buona pratica, degli attori, degli stakeholder e di tutti quegli aspetti del contesto che possono, anche indirettamente, incidere sulla sua conoscenza, sulla sua qualità, sulla sua efficacia e sulla sua implementazione.

In quest'ottica, e rispetto all'approccio tradizionale, la buona pratica non è più il centro, ma uno strumento tecnico del sistema.

Il baricentro del sistema è la sua implementazione.

L'obiettivo specifico del sistema è la diffusione della buona pratica.

L'obiettivo strategicamente implicito e più importante è però la trasmissione delle conoscenze e della cultura che, cambiando i comportamenti degli operatori sanitari, ha consentito di realizzare la buona pratica. In altri termini, si implementa la buona pratica per diffondere una conoscenza che, una volta introiettata, diventerà background culturale e sarà in grado di migliorare autonomamente la qualità e la sicurezza della struttura sanitaria. È il classico ciclo del miglioramento continuo della qualità.

Gli attori principali del sistema diventano quindi gli operatori sanitari.

In quest'ottica tale modello di sistema può anche essere considerato, di fatto, un particolarissimo modello formativo. Le tappe principali di questo percorso sono elencate nel riquadro a pagina 27.

#### Quinto Tozzi

*Dirigente cardiologo, consulente Agenas*