

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

seconda parte

Requisiti di qualità di una buona pratica

Come dovrebbe essere un buona pratica?

Le risposte potrebbero essere molteplici e in alcuni casi addirittura confondenti; anche in questo caso ci viene in aiuto la metodologia (che altro non è che l'esplicitazione di un processo logico basato sulle evidenze scientifiche).

Utilizzare una metodologia corretta serve quindi a fare le cose al meglio, ma anche a parlare lo stesso linguaggio e a rendere tali esperienze confrontabili e quindi più fruibili.

I principali aspetti metodologici diventano quindi implicitamente i requisiti di qualità di una buona pratica.

Per essere definita buona pratica o *best practice*, l'esperienza condotta deve pertanto possedere alcuni e ben definiti contenuti di qualità, che devono essere dimostrati oggettivamente ed utilizzabili anche da soggetti esterni all'organizzazione.

L'assenza di alcuni di essi o la presenza incompleta ne riduce la qualità e quindi ne compromette la stessa efficacia e l'implementazione in altri contesti sanitari, condizionandone anche la valutazione. Diretta conseguenza è che queste esperienze non possono essere considerate buone pratiche e tanto meno *best practice*.

In base a questo razionale i requisiti sono indirettamente anche una guida ad una corretta progettazione e realizzazione delle buone pratiche.

L'aspetto economico delle buone pratiche: cenni

In un momento storico quale l'attuale, caratterizzato da una progressiva riduzione delle risorse disponibili per gli investimenti in sanità pubblica, pur considerando imprescindibile la garanzia della qualità e della sicurezza delle cure nei confronti dei cittadini a cui queste vengono erogate, si ritiene doveroso, anche in un'ottica di *accountability*, affrontare le implicazioni di carattere economico che le azioni di miglioramento possono avere a livello micro, meso e macro. In letteratura esistono numerosi studi che evidenziano gli alti costi per le organizzazioni sanitarie e più in generale per i

REQUISITI DI QUALITÀ DI UNA BUONA PRATICA

N. n.	REQUISITO DI QUALITÀ
1	Informazioni generali
1.1	Titolo
1.2	Regione
1.3	Azienda sanitaria
1.4	Unità Operativa/Struttura sanitaria
1.5	Città
1.6	Indirizzo
1.7	Referente
1.8	Telefono, fax ed e-mail del referente
1.9	Altre informazioni
1.10	Punti e tappe principali del progetto della buona pratica
1.11	Anno di riferimento
2	Tipologia della buona pratica
3	Problematica
3.1	Descrizione del problema locale/evento avverso che l'esperienza ha inteso affrontare e come è stato individuato
3.2	Descrizione di eventuali altre problematiche correlate e come sono state individuate
4	Contesto
4.1	Descrizione delle caratteristiche principali dell'organizzazione della struttura in cui l'esperienza è stata attuata (con particolare riferimento alla gestione della qualità e del rischio clinico)
4.2	Descrizione di eventuali altre rilevanti iniziative di gestione della qualità e del rischio clinico a livello di UO, aziendale
4.3	Descrizione dei principali aspetti del contesto che anche indirettamente possono aver influito alla creazione ed alla soluzione del problema
4.4	Descrizione del livello della cultura di base sulla qualità e rischio clinico nella struttura interessata
4.5	Descrizione di eventuali altre iniziative analoghe in atto nella stessa azienda
4.6	Descrizione dell'eventuale coinvolgimento dei portatori di interesse ('stakeholders')
5	Soluzione
5.1	Descrizione esaustiva della soluzione adottata con la buona pratica
5.2	Citare altre esperienze analoghe da cui è stato eventualmente preso qualche elemento
5.3	Se trattasi dell'implementazione di un'altra esperienza, descrivere quale ed i riferimenti
5.4	Descrizione dello stato dell'arte della letteratura relativamente alla buona pratica attuata

Segue

Segue - REQUISITI DI QUALITÀ DI UNA BUONA PRATICA

N.	n.	REQUISITO DI QUALITÀ
	5.5	Data della effettiva conclusione della buona pratica
	5.6	Data prevista per la conclusione
	5.7	Descrizione degli obiettivi specifici della buona pratica
	5.8	Descrizione dei punti di forza della buona pratica
	5.9	Descrizione dei punti di debolezza della buona pratica
	5.10	Descrizione dei fattori di contesto che hanno reso possibile o facilitato la realizzazione della buona pratica
	5.11	Descrizione di eventuali criticità riscontrate e come sono state risolte
6		Interventi formativi
7		Risultati
	7.1	Descrizione completa della metodologia di valutazione e degli indicatori utilizzati
	7.2	Descrizione completa dei risultati definitivi della valutazione
8		Cambiamenti avvenuti nell'organizzazione
9		Risorse, costi ed analisi economica
	9.1	Descrizione delle eventuali fonti di finanziamento e della loro entità
	9.2	Descrizione dell'analisi economica che è eventualmente stata effettuata
	9.3	Descrizione dei costi parziali o totali, diretti o indiretti, calcolati o stimati della buona pratica
10		Trasferibilità ed eventuale trasferimento della buona pratica
11		Informazioni complementari
12		Conclusioni
13		Abstract della buona pratica
		• Italiano
		• inglese
14		Abstract per i cittadini
15		Allegati
16		Comunicazione

‘risparmio potenziale’ che tali interventi determinano. Né risultano riportati in letteratura i metodi utilizzati per il calcolo dei costi che solo raramente utilizzano dati di costo provenienti da fonti empiriche.

È opportuno sottolineare che i costi, così come l’efficacia degli interventi di miglioramento della qualità, risultano fortemente condizionati dalle caratteristiche organizzative delle strutture sanitarie in cui vengono realizzati e dai fattori di contesto interni ed esterni (per esempio, presenza dell’*expertise* all’interno dell’azienda o necessità di acquisirlo all’esterno). L’efficacia e il costo di una soluzione implementata in un determinato setting non comporta pari efficacia e pari costi se implementata altrove. Sebbene in letteratura risulti ancora dibattuta la trasferibilità dei metodi e dei dati economici utilizzati nelle analisi di costo-efficacia (Drummond et al 2009) in un approccio alle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti che si pone come obiettivo la diffusione e il trasferimento delle stesse non può essere trascurata la rilevazione e la diffusione di informazioni basilari di carattere economico, che possono pregiudicare l’effettiva trasferibilità dell’esperienza.

Ancor più necessaria appare, anche sulla base delle risultanze di alcune recenti revisioni della letteratura (Øvreitveit 2009) e dell’esperienza dell’Osservatorio Buone Pratiche dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), riportata nel paragrafo successivo, la promozione della cultura della valutazione economica degli interventi di miglioramento della qualità e della sicurezza. In questa direzione sono da considerarsi alcuni aspetti del caso dell’Osservatorio Buone Pratiche laddove viene sviluppato e proposto uno strumento web per la stima del costo che l’organizzazione sanitaria ha sostenuto per la realizzazione dell’intervento di miglioramento della sicurezza dei pazienti (buona pratica).

L’Osservatorio buone pratiche di Agenas: un esempio di approccio sistemico

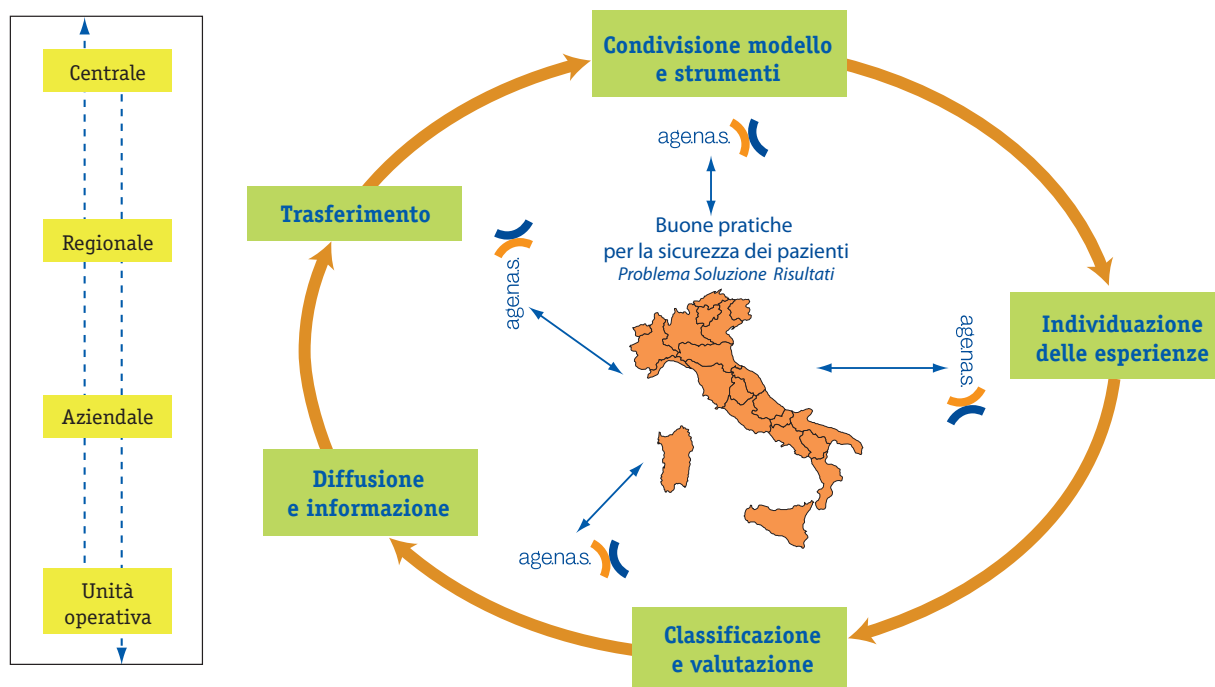
Sulla base del mandato ricevuto da un’Intesa tra lo Stato e le Regioni¹ e di un accordo di collaborazione con il Ministero della Salute, l’Agenas ha sviluppato ed implementato, a partire dal 2008, un modello sistemico di gestione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti a livello nazionale. L’approccio metodologico dell’Osservatorio, descritto sinteticamente nella figura, si inserisce nell’ambito delle

sistemi sociosanitari, derivanti da una scarsa qualità e sicurezza delle cure (Øvreitveit 2009, Mayor 2000, Pirmohamed et al 2004, Compass 2008).

Alcune evidenze esistono anche in relazione ai ‘risparmi potenziali’ determinati dagli interventi di miglioramento della qualità realizzati dalle organizzazioni sanitarie (Øvreitveit 2009, Øvreitveit 2000, Øvreitveit e Granberg 2006) risultanti essenzialmente dalla riduzione delle prestazioni erogate per recuperare il danno prodotto e dall’abbattimento delle spese per i risarcimenti conseguenti ad azioni legali.

Poco documentati risultano invece i costi collegati alla realizzazione degli interventi di miglioramento della qualità e della sicurezza, anche qualora sia dimostrata l’efficacia e il

IL CICLO DELLE BUONE PRATICHE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI



teorie del trasferimento della conoscenza (Argote 2000), dell'innovazione in sanità (Berwick 2003, IOM 2001), della diffusione dell'innovazione (Rogers 1995), del *knowledge network* (Nonaka 2005), con particolare riferimento alla "no blame culture" (Berwick 1989) in un'ottica di miglioramento sistemico della qualità e della sicurezza (Øvretveit 2009, Reason 2000). Costituiscono fondamentali riferimenti per le attività dell'Osservatorio Buone Pratiche le Direttive e le Raccomandazioni emanate a livello europeo e a livello di governo nazionale.

Per ciascuna delle fasi che caratterizzano il 'ciclo delle buone pratiche' sono stati sviluppati, condivisi e sperimentati appositi strumenti.

Caratteristiche peculiari del 'modello Agenas' sono:

- stretto rapporto con le istituzioni sanitarie regionali che coordinano la raccolta e la selezione delle esperienze a livello locale;
- utilizzo di un formato condiviso (ispirato alle linee guida SQUIRE² per la presentazione dei progetti di miglioramento della qualità) per la rappresentazione delle esperienze corredato da un software a supporto del calcolo dei costi;
- sviluppo di un programma di valutazione esterna tra pari delle buone pratiche ad adesione volontaria;

- database accessibile e consultabile online sul sito dell'Agenas, finalizzato allo scambio di informazioni, conoscenze e know-how tra i professionisti e all'informazione al cittadino;
- monitoraggio delle esperienze realizzato tramite la classificazione in Buone Pratiche (BP), Buone Pratiche Potenziali (BPP) ed Iniziative (INIZ) in relazione alla adesione ai criteri definiti nelle *call for good practice* e analisi periodica dell'evoluzione;
- ruolo di Agenas di supporto metodologico ed ente terzo di valutazione esterna.

Lo strumento per l'identificazione e la raccolta delle esperienze è la '*call for good practice*' lanciata con cadenza annuale. Sono state ad oggi realizzate due '*call for good practice*' (2008 e 2009) ed è stata recentemente avviata la *call* 2010 (vedi riquadro a pagina seguente).

Le edizioni 2008 e 2009 della *call* hanno consentito di alimentare l'archivio web con 749³ esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti realizzate da 315 professionisti operanti nelle organizzazioni sanitarie del territorio nazionale. L'archivio web è consultabile in base a diversi criteri di ricerca quali Regione di provenienza,

CALL FOR GOOD PRACTICE 2010

I destinatari

I destinatari della call sono tutte le strutture accreditate, pubbliche e private

Le finalità

- Promuovere e divulgare le esperienze di miglioramento della sicurezza dei pazienti ampliando la base di conoscenza dell'archivio web disponibile per la consultazione sul sito dell'Agenas
- Favorire il monitoraggio regionale delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti
- Promuovere e favorire il trasferimento delle buone pratiche
- Promuovere azioni volte a diffondere la cultura dell'autovalutazione e della valutazione esterna della qualità e della sicurezza
- Informare gli utenti/cittadini circa le iniziative attivate per il governo del rischio clinico sul territorio nazionale, nonché sulla localizzazione e l'impatto di esse.

Quali esperienze presentare

- Pertinenti alla tematica "gestione del rischio clinico e sicurezza del paziente"
- Attuate a livello regionale, aziendale o di unità di produzione
- Fondate, ove presenti, su evidenze da letteratura
- Valutate (anche dal punto di vista dell'efficacia e dei costi)

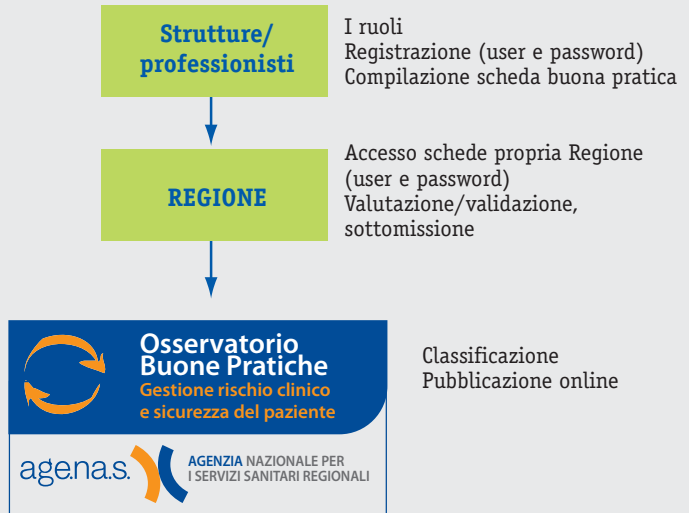
INOLTRE

- Esperienze già inviate all'Osservatorio in risposta alle call 2008 e 2009 che presentino aggiornamenti/integrazioni principalmente in termini di:
 - raggiungimento degli obiettivi prefissati e/o più puntuale valutazione dei risultati
 - trasferimento ad altre strutture sanitarie
 - realizzazione/approfondimento analisi economica

Per chiarimenti e/o informazioni scrivere a: call@agenas.it

Elementi di novità

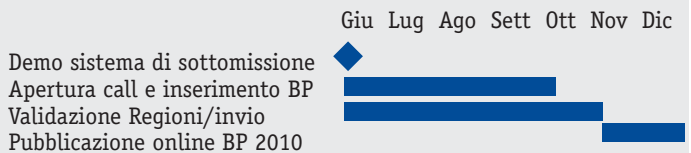
Procedura per la partecipazione alla call



Contenuti della scheda di rilevazione

Aggiunta di alcuni campi, definiti in collaborazione con esperti di comunicazione al cittadino, destinati ad informare il cittadino/paziente

Tempistica



Apertura call: 15 giugno

Termine fase di inserimento: 15 ottobre

Termine fase validazione regionale e chiusura call: 15 novembre

tipologia di buona pratica⁴, evento avverso che l'intervento si propone di prevenire.
Tra le azioni per la diffusione e la valorizzazione delle esperienze realizzate dall'Osservatorio ricordiamo la presentazione delle buone pratiche nei principali convegni nazionali e internazionali sul tema della qualità e della sicurezza e la realizzazione di specifiche pubblicazioni generali e monotematiche.
Particolare attenzione l'Osservatorio si propone di prestare nel

2010 alla promozione del trasferimento delle buone pratiche tramite la sperimentazione di un programma di valutazione tra pari che, focalizzato inizialmente sugli interventi di miglioramento della sicurezza in chirurgia, è in corso di condivisione con le principali società scientifiche di riferimento.

Barbara Labella*, Giovanni Caracci*, Quinto Tozzi[§]

*Agenas, [§]Dirigente cardiologo, consulente Agenas

NOTE

1. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, 8 marzo 2008.
2. www.squire-statement.org.
3. Oltre a 59 aggiornamenti alle esperienze inviate nel 2008 ricevuti in risposta alla call 2009.
4. Macrocategorie tipologiche definite sulla base della letteratura edita in materia: raccolta dati, ruolo paziente, cambiamenti specifici, interventi integrati.

BIBLIOGRAFIA

- Øvreitveit J (2009)
Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers
London: the Health Foundation
- Mayor S (2000)
Hospital acquired infections kill 5,000 patients at year in England
BMJ, 321: 1370; doi: 10.1136/bmj.321.7273.1370/a
- Pirmohamed M et al (2004)
Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18.820 patients
BMJ, 329: 15; doi: 10.1136/bmj.329.7456.15
- Compass
Adverse drug reactions wastes NHS £2bn reveals Compass
Disponibile online al seguente indirizzo:
www.compassonline.org.uk/news/item.asp?n=1551.
Ultima consultazione: agosto 2010
- Øvreitveit J (2000)
The economics of quality: a practical approach
Int J Health Care Qual Assur, 13 (4-5): 200-207
- Øvreitveit J, Granberg C (2006)
Testing quality costing models: a report of the 16-months experience of 5 projects
Karolinska Institutet, Medical Management Centre
- Drummond M et al (2009)
Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR Good Research Practices Task Force Report
Value Health, 12 (4): 409-418
- Argote L et al (2000)
Knowledge transfer in organizations: learning from the experience of others
Organizational Behavior and Human Decision Processes, 82: 1-8
- Berwick DM (2003)
Disseminating innovations in health care
JAMA, 289:1969-1975
- Institute of Medicine (2001)
Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century
Washington, DC: National Academy Press
- Rogers EM (1995)
Diffusion of innovations, 4th ed, New York
NY: Free Press
- Nonaka I, Takeuchi H (1995)
The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation
New York: Oxford University Press
- Berwick DM (1989)
Continuous improvement as an ideal in health care
NEJM, 320: 53-56
- Reason J (2000)
Human error: models and management
BMJ, 320 : 768; doi: 10.1136/bmj.320.7237.768



**LA SALUTE
È UN DIRITTO
DI TUTTI**

**Un blog sulla salute
internazionale con**
Gavino Maciocco
Maurizio Marceca
Enrico Materia
Sabina Nuti
Walter Ricciardi

**L'importanza di approfondire
Il piacere di condividere**

www.saluteinternazionale.info