



© Can Stock Photo - csp7807493



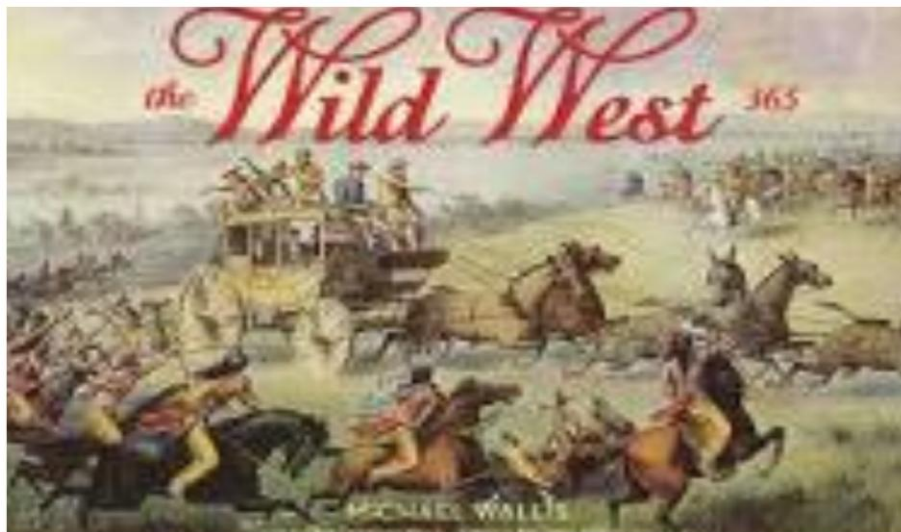
## **LE NUOVE FRONTIERE DELLA QUALITA' IN SANITA'**

***Cosenza 25.03.2013  
Dr.ssa Monica Loizzo***

[monica.loizzo@tiscali.it](mailto:monica.loizzo@tiscali.it)



# Le “vecchie” frontiere



- 1) Epoca dell'espansione dei servizi sanitari a fasce sempre più ampie della popolazione
- 2) Epoca del necessario contenimento della spesa

# EVOLUZIONE



Culturale

Economica

Organizzativa

TECNOLOGICA

Dei Sistemi Sanitari

# EVOLUZIONE



Dei Sistemi  
di Valutazione  
e Miglioramento  
dei  
Servizi Sanitari



**III congresso dei chirurghi del Nord America  
1912**

**Hospital Standardization Program ,  
1919**

**Nascita della Joint Commission on  
Accreditation of Hospitals,  
1951**

**Con Medicaid e Medicare gli Usa riconoscono  
la validita' dell' Accreditamento  
rilasciato dalla JCAHO  
1965**

**Estensione degli standard  
a tutte le strutture sanitarie 1975  
Joint Commission on Accreditation of  
Health Organizations 1988**

**Agenda for Change 1986**

**Identificazione processi  
Valutazione esiti  
Autovalutazione 1995**

QA

TQ

TQM



Da atteggiamento  
sanzionatorio  
nel controllo delle  
attività sanitarie  
Ispezione



Ad un regime nuovo  
di Garanzia e Promozione  
della Qualità delle cure  
Accreditamento

**ED IL FUTURO?**  
LA TERZA RIVOLUZIONE.....ASSESSMENT  
AND ACCOUNTABILITY



Sistema Qualità e  
Qualità totale  
Certificazione e  
Vision 2000 ecc.ecc

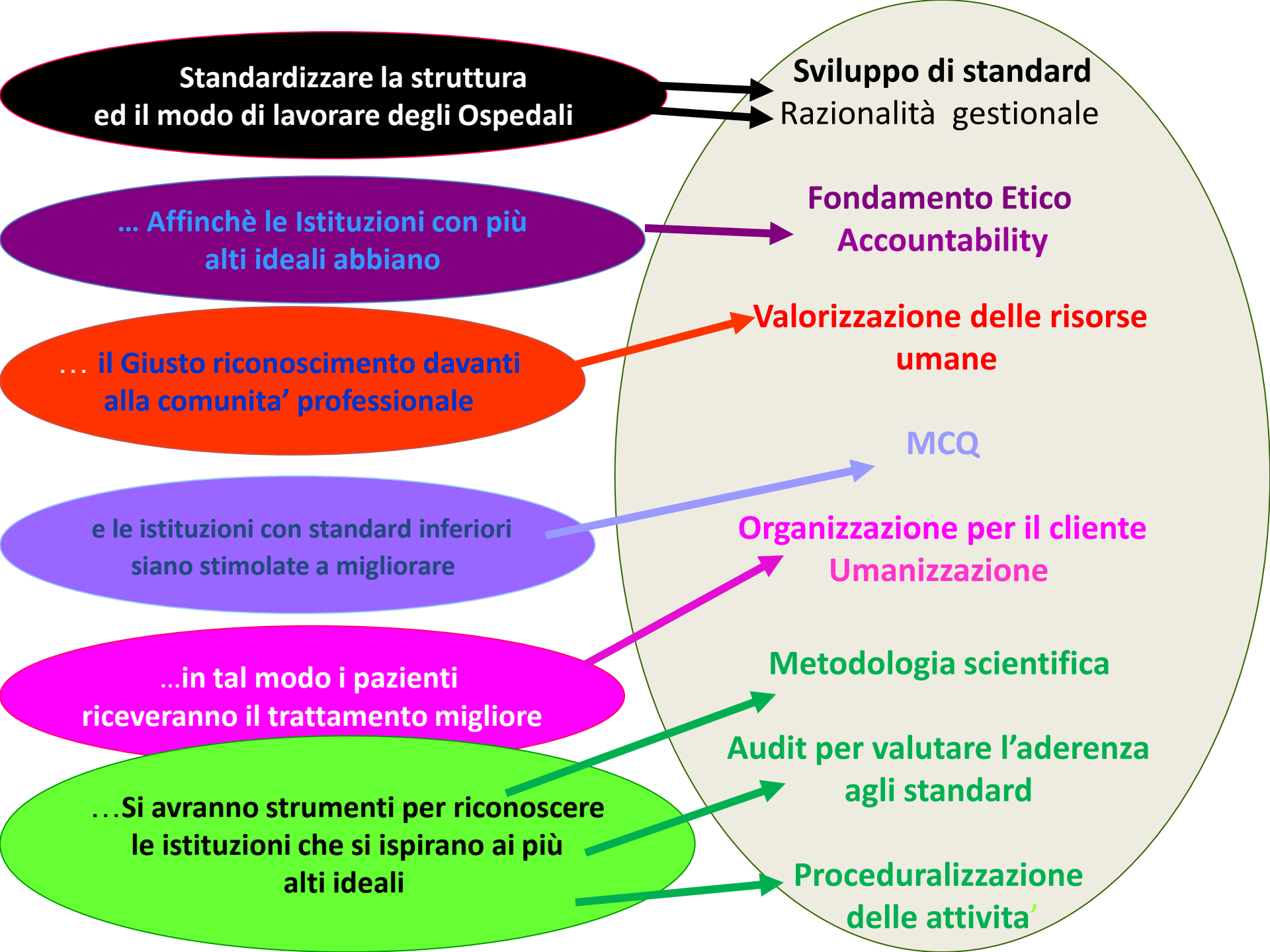


## La Dichiarazione di intenti

*Standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali ,per far si che le istituzioni con ideali piu' elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunita' professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualita' del loro lavoro .*

*In tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avra' qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai piu' alti ideali della Medicina*

***( III Congresso dei Chirurghi del Nord America 1912 )***



**Standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli Ospedali**

**Sviluppo di standard**  
Razionalità gestionale

**... Affinchè le Istituzioni con più alti ideali abbiano**

**Fondamento Etico**  
Accountability

**... il Giusto riconoscimento davanti alla comunita' professionale**

**Valorizzazione delle risorse umane**

**e le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare**

MCQ

**Organizzazione per il cliente**  
Umanizzazione

**...in tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore**

**Metodologia scientifica**

**...Si avranno strumenti per riconoscere le istituzioni che si ispirano ai più alti ideali**

**Audit per valutare l'aderenza agli standard**

**Proceduralizzazione delle attivita'**

# Le 3 Dimensioni della Qualità'....



.....e la 4°: IL  
**RISK**  
Management







kai zen  
改 善  
cambia meglio



“Sapete che fare del proprio meglio non è ancora abbastanza? Prima bisogna sapere che cosa fare”

**KAIZEN:  
CAMBIARE IN MEGLIO  
LE TRE "G"**

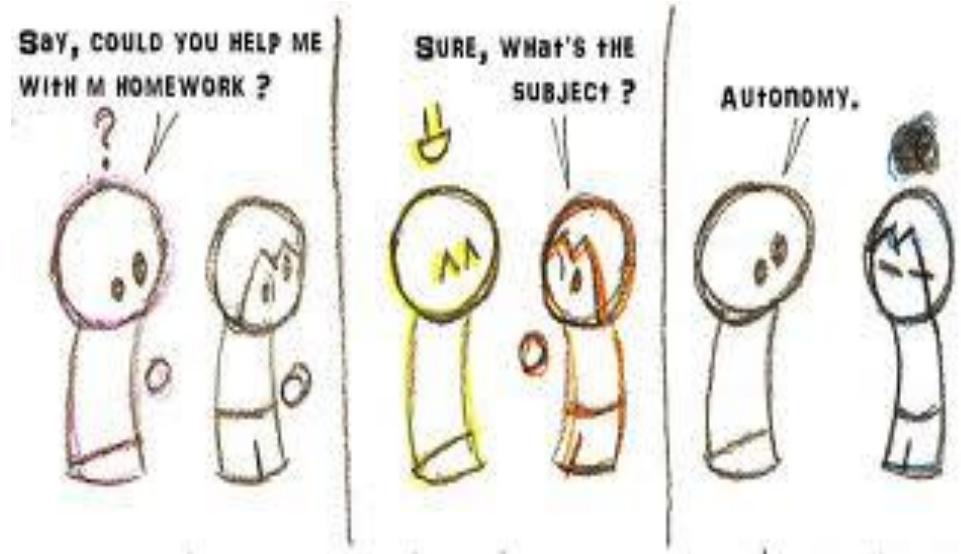
**Genba, Genbutsu e Genjitsu genshou** La base del miglioramento è quella di incoraggiare le persone ad apportare ogni giorno piccoli cambiamenti nella loro area di lavoro.



**Il Genba - Vai sul posto** – è la scena dell'azione  
**Il Genbutsu - Stai ai fatti** – sono le evidenze  
**Il Genjitsu Genshou – Capire la realtà** - è cercare di capire perché è successo ciò che è successo



**“ RESPONSIBLE AUTONOMY ”  
AS A FOUNDATION PRINCIPLE  
IN THE PERFORMANCE  
AND ORGANIZATION  
OF CLINICAL WORK.**



***Because CLINICIANS are  
at the CORE of CLINICAL  
WORK, they must be at  
the HEART of CLINICAL  
GOVERNANCE....***

***Diegeling PJ, Maxwell SM,  
LedemaR, Hunter DJ.  
BMJ 2004; 329: 679-82***



Clinical Governance Tree





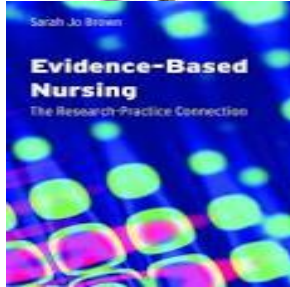
© Can Stock Photo - csp7807493



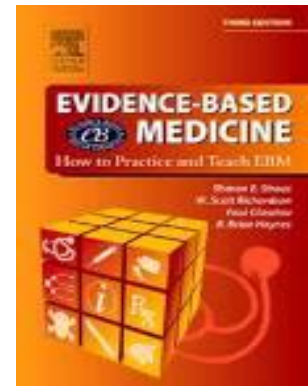
# LE NUOVE FRONTIERE DELLA QUALITA' IN SANITA'

**Costruire un ponte tra gli aspetti professionali  
del miglioramento della qualita'  
e gli aspetti manageriali-gestionali  
legati al cambiamento .**



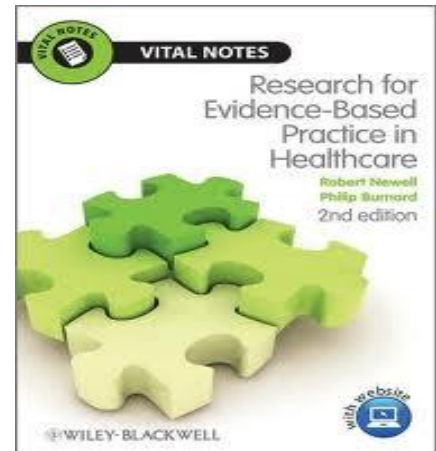


# Le nuove competenze per garantire qualità'



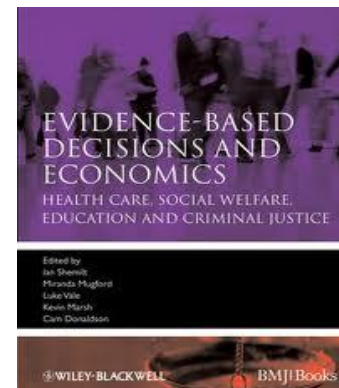
**EBM , EBN ,EBHC**

Lettura critica



**Gestione risorse umane**

Staff management



# Le nuove competenze per garantire la Qualità



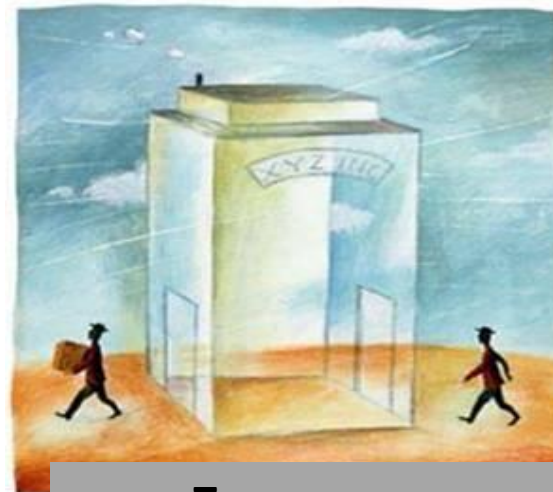
ACCOUNTABILITY

Accountability

Comportamento  
responsabile

Parola a cavallo  
tra diritto ed etica

**DOVERE DI  
DOCUMENTARE,  
DI RENDICONTARE  
L'ESITO DEL  
NOSTRO OPERATO  
A CHI CI HA DATO  
L'INCARICO  
E/O CI HA MESSO  
A DISPOSIZIONE  
RISORSE**



Trasparenza  
organizzativa



# Le nuove competenze per garantire la qualità'



**UMANIZZAZIONE**



**RISPETTO DEI VALORI DEL  
PAZIENTE  
TUTELA DELLA DIVERSITÀ**

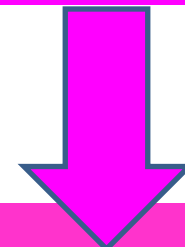


**ENGAGEMENT**



**ENPOWERMENT**

**COINVOLGIMENTO  
ATTIVO DEL  
PAZIENTE NELLE  
DECISIONI CHE  
LO RIGUARDANO**



**PROMOZIONE  
DELLA SUA  
AUTONOMIA ed  
acquisizione di  
competenze**



**NON C'E QUALITA'  
SENZA ATTENZIONE AI DIRITTI E  
AL COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI**

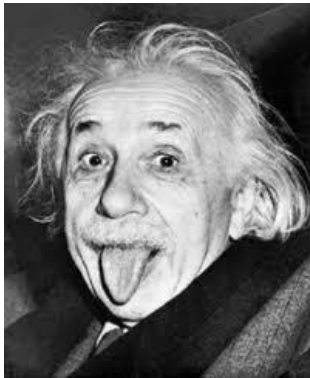


# Tre padroni da servire



Delle proprie scelte oltre che a se stesso  
all'interno della propria coscienza ,  
il medico deve rendere conto anche a  
tre altre istanze:

la scienza



il paziente



e

la società

Sono questi i tre "padroni" da servire.



# Non c'è Qualità' senza competenza professionale



# Cos'è la Competence professionale ?



**La Competenza professionale è l'insieme integrato e l'utilizzo abituale e giudizioso di comunicazione, conoscenze, competenze tecniche, ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessioni nella pratica quotidiana a beneficio dell'individuo e della comunità'**

**(Epstein RM et al. JAMA 2002;287:226-235)**

# La Clinical Competence e' un insieme di variabili riconducibili a

- **KNOWLEDGE**  
Conoscenze Teoriche



- **SKILLS**

Competenze tecniche -  
pratiche



- **ATTITUDINI**

- mentali ,culturali ,emozionali )



# INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE E MULTIDISCIPLINARE



Case Management

E

Lavoro per

**P**ercorsi **D**iagnostico **T**erapeutici

**A**ssistenziali

e **P**rofili di **C**ura



# Cos'è un un PDTA



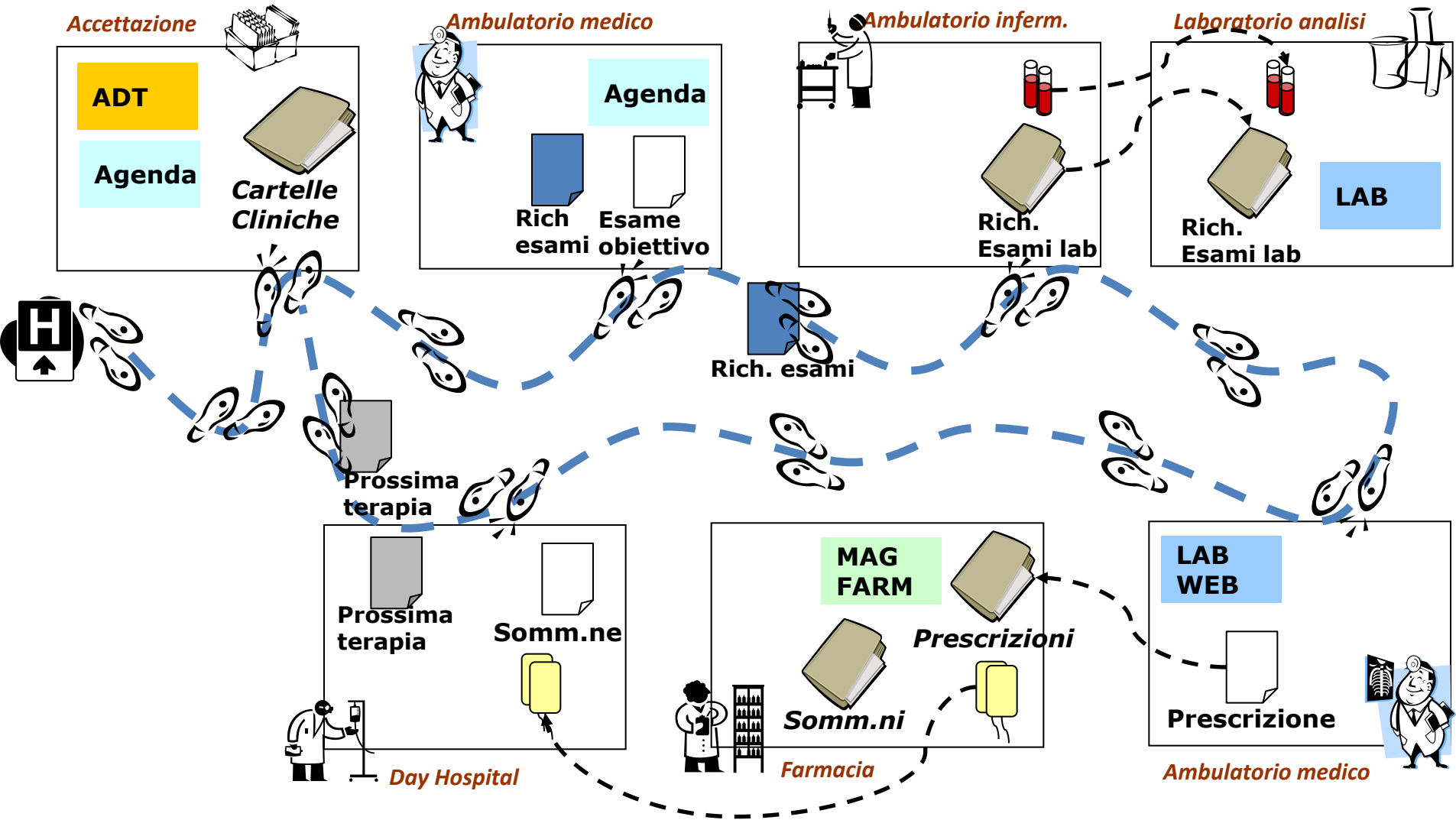
***E' l' iter assistenziale che un paziente  
in concreto***

***segue per risolvere un problema di salute ,  
non in via teorica ma nella realta'***

**E' la sequenza spazio-temporale declinata per**

**✓ Responsabilita**

**Di cui si compone il processo di cura**





# IL PDTA e' lo spartito



**Il team multiprofessionale-multi  
disciplinare e' l' Orchestra**



**Il concerto e' il percorso di salute centrato sul  
paziente**





# GLI STRUMENTI DELL' INTEGRAZIONE

## IL PRESENTE



**LINEE GUIDA**



**CARTELLA CLINICA**

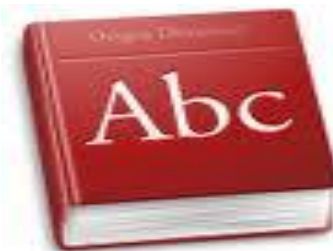


**AUDIT**

**BUDGET**



**TERMINOLOGIA**





# PER RIASSUMERE :

Il progresso delle performance cliniche  
e' sempre piu' legato a :

**Lavorare secondo l' evidenza garantendo  
appropriatezza**

Faccio le cose giuste al paziente giusto

**Buona organizzazione** : Traduco i percorsi di diagnosi e  
cura, ,aggiornati, dalla conoscenza alla realta'

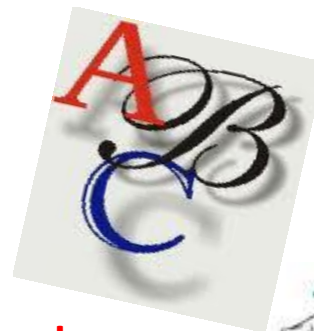
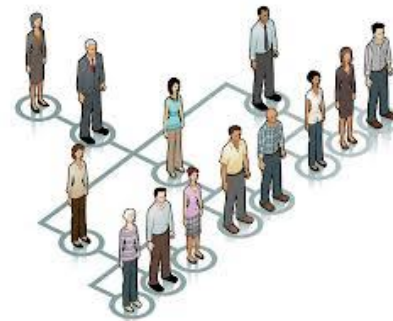
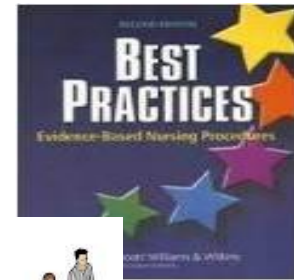
**Partecipazione attiva e consapevole del personale**

TUTTO !!!!!. Non solo in termini di competence professionale  
ma di conoscenza globale del processo di cura

**Miglioramento clima organizzativo e  
linguaggio condiviso**

**Responsabilizzazione sugli obiettivi e  
recupero identita' ed orgoglio professionale**

**ENPOWERMENT DEL PAZIENTE**





# QUALITA' ED APPROPRIATEZZA

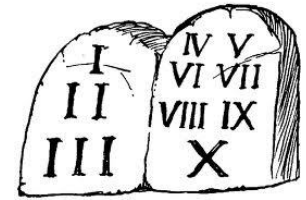


***I dieci comandamenti  
per l'appropriatezza  
prescrittiva***

***(Richard Lehman)***



Tu, o Medico:



I

Prescrivi una terapia in base al livello di rischio complessivo e non secondo il livello del singolo fattore di rischio

II

Sii prudente quando aggiungi un farmaco a un paziente che ne assume già diversi

III

Prendi in considerazione un farmaco solo quando la sua efficacia è provata su end-point clinicamente rilevanti

IV

Non farti convincere dagli end-point surrogati, perché sono solo simulacri

VI

Non adorare i target terapeutici, perché sono solo invenzioni dei comitati degli studi clinici

VII

Accetta *cum grano salis* le riduzioni del rischio relativo, indipendentemente dal valore della P, perché le popolazioni da cui derivano potrebbero avere poco in comune con i tuoi pazienti e Onora i *numbers-needed-to-treat*, perché contengono informazioni rilevanti per i pazienti e i costi dei trattamenti

VII

Non incontrare informatori scientifici del farmaco e non partecipare a convegni sponsorizzati, specie se in location di lusso

IX

Condividi con i tuoi pazienti le decisioni sulle opzioni terapeutiche alla luce dei rischi e benefici individuali

X Onora i pazienti anziani, perché anche se hanno

elevati rischi di malattia sono più esposti ai rischi dei trattamenti





*An initiative of the ABIM Foundation*

**SCEGLIERE CON IL BUONSENNO**

Con gli obiettivi di identificare gli sprechi conseguenti a interventi diagnostico-terapeutici inefficaci e inappropriati., l'American Board of Internal Medicine (ABIM) Foundation, in collaborazione con Consumer Reports, ha lanciato negli USA l'iniziativa “Choosing wisely”, letteralmente “ Scegliere con il buonsenso”.

L'ABIM Foundation ha coinvolto nella campagna nove autorevoli società scientifiche

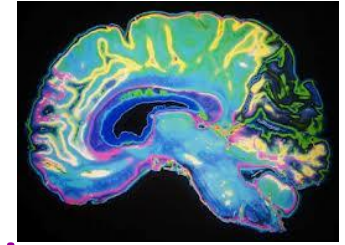
(chiedendo loro di indicare cinque interventi diagnostico-terapeutici ritenuti sovra-utilizzati )

L'elenco completo dei 45 interventi ha incontrato grande risonanza e commenti favorevoli sui media:

un editoriale del Times ha lodato l'iniziativa affermando che :

*“Le società professionali hanno dimostrato l'ammirevole arte di governare proponendo tagli che avrebbero colpito le loro entrate...”.*

1. Imaging cerebrale in pazienti con cefalea senza fattori di rischio per problemi strutturali



2. Imaging per sospetta embolia polmonare in pazienti con bassa probabilità pre-test, prima di effettuare il dosaggio del D-dimero

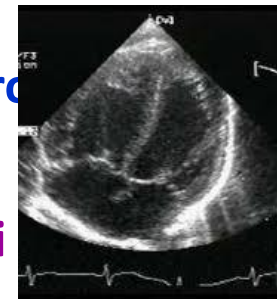


3. Rx torace pre-operatoria di routine in pazienti senza sintomi cardiopolmonari

4. TC per sospetta appendicite nei bambini prima di essere sottoposti a una ecografia



5. Imaging per il follow-up di cisti annessiali semplici con diametro < 1 cm nelle donne in menopausa o con diametro < 5 cm nelle donne più giovani



6. Ecocardiografia durante il normale follow-up di pazienti con valvulopatia nativa a basso rischio

7. PET, TC o scintigrafia ossea per la stadiazione del carcinoma della mammella in pazienti a rischio di metastasi non elevato



# Sempre piu' qualita' in Sanita' e' ETICA



**L' " ETICA "DEL RAZIONAMENTO**  
appartiene alla politica sanitaria  
(spending review )

**L ' "ETICA "DELLA RAZIONALIZZAZIONE**  
delle risorse è indissolubilmente legata alla  
professionalità e responsabilità dei medici



*Nessun paziente dovrebbe essere privato di  
interventi sanitari efficaci e appropriati, anche se costosi*

*Non dovrebbero essere utilizzati test diagnostici e trattamenti inefficaci  
e/o inappropriati che oltre a non determinare alcun beneficio  
causano spesso effetti avversi anche gravi.*

Il coinvolgimento dei medici è inevitabile e indispensabile

L'art. 6 del Codice di Deontologia Medica

afferma che

*“il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse*

