



La Sicurezza delle Cure nelle Strategie di Sviluppo di una assistenza sociosanitaria moderna

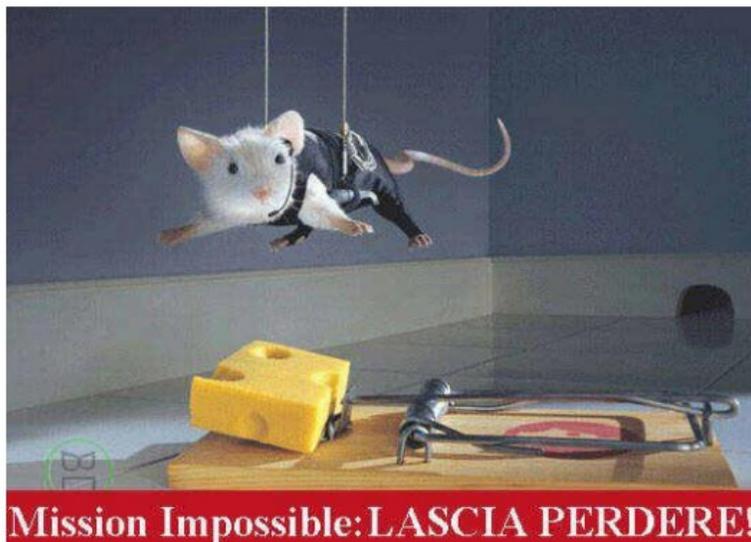
*Proposta di un Modello Organizzativo
sulla Sicurezza delle Cure nell'Assistenza Domiciliare*

*Francesco Venneri, M.D., Ph.D., F.A.C.S.
Clinical Risk Manager
Azienda USL Toscana Centro*

LA GRANDE SFIDA



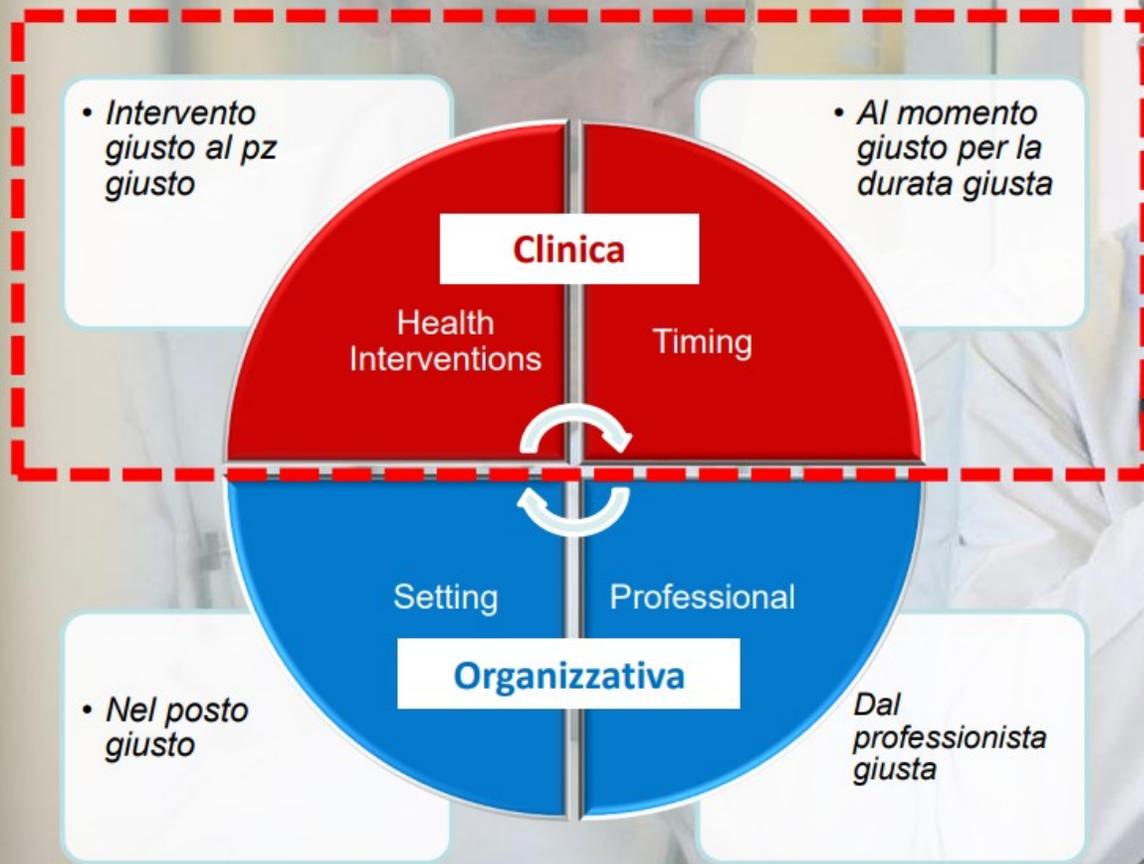
Necessità di garantire sicurezza, efficacia e appropriatezza che devono essere fortemente ancorate alla sostenibilità economica



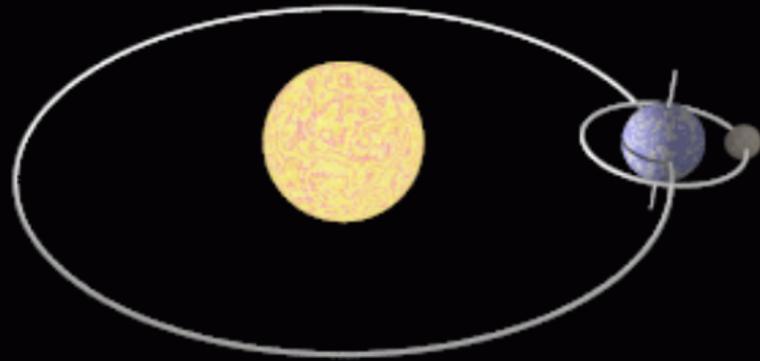
Ma come difendere il SSN e vincere la sfida?

Il Governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Ssn

Il driver



Necessità di una riorganizzazione del Sistema Sanitario



© Friedrich A. Lohmüller, 2006

*La "governance" della qualità e sicurezza
dei processi clinico assistenziali*

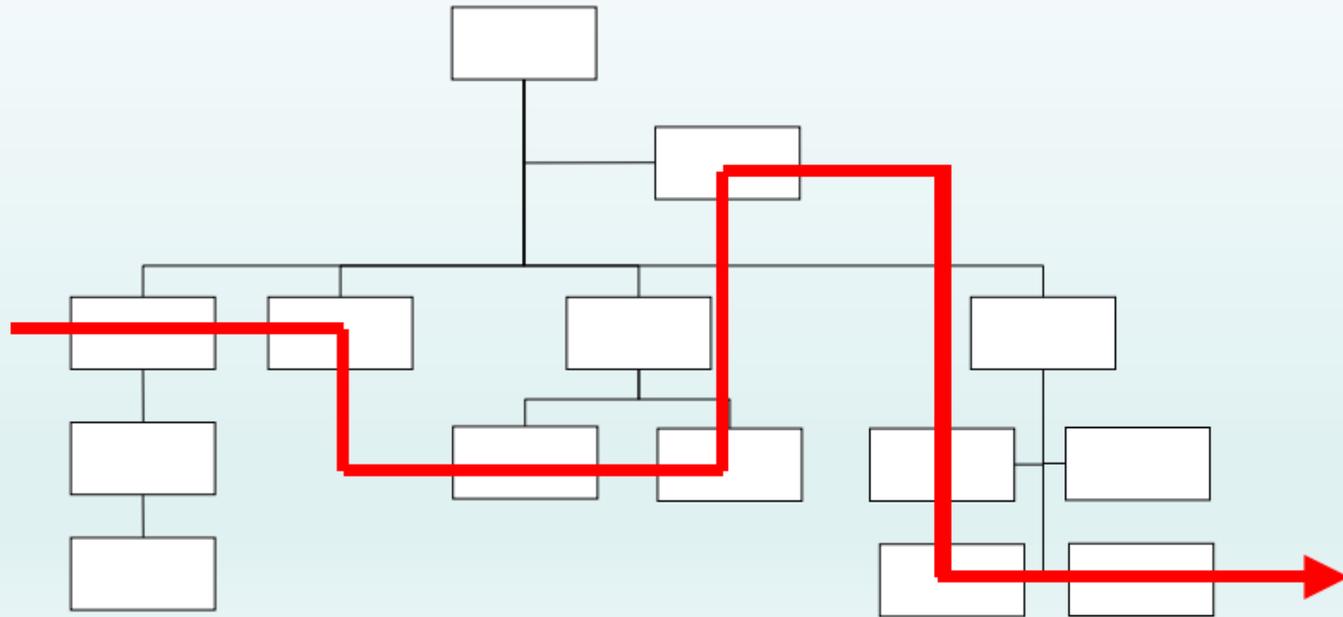
LA SFIDA **CONTINUA**

■ #40SSN ■

*Nuovi interventi verso l'appropriatezza clinica ed organizzativa
INTEGRAZIONE, COLLEGAMENTI FUNZIONALI, PERCORSI DI CURA*

Focus su «appropriatezza» clinica e organizzativa, continuità assistenziale e tempestività della presa incarico

Modello di revisione orientato sui flussi del paziente



APPROPRIATEZZA CLINICA e SICUREZZA

Un intervento è giusto se è **SICURO**, ovvero se:



*“il **beneficio atteso** (ad es. un aumento della aspettativa di vita, il sollievo dal dolore, la riduzione dell’ansia, il miglioramento della capacità funzionale) **supera le eventuali conseguenze negative** (ad es. mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da ritenere che valga la pena effettuarla”*

COSE DA FARE

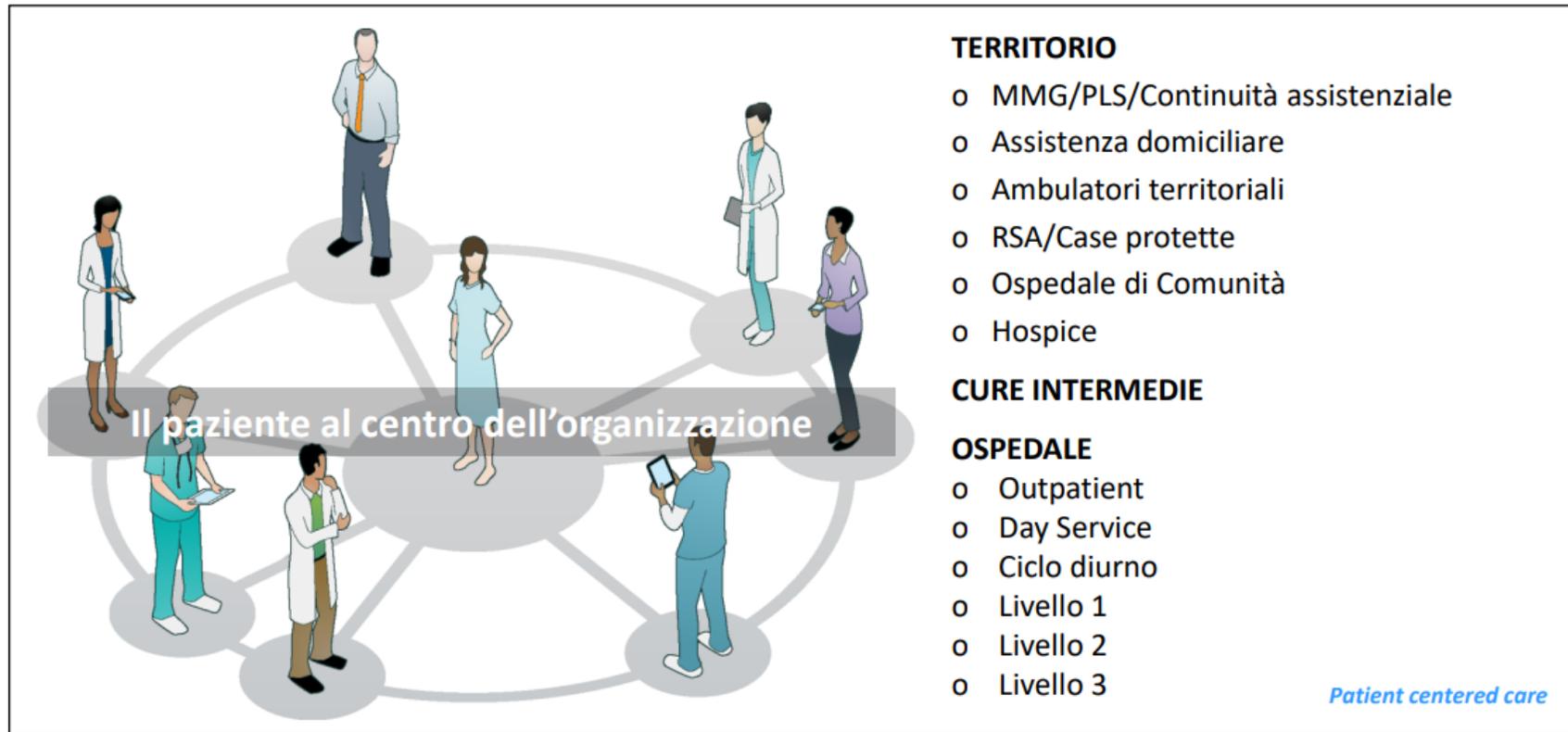


Ridurre le variazioni ingiustificate e indesiderate dell'assistenza

*Siamo di fronte a un fallimento quando offriamo **servizi a pazienti che non ne hanno bisogno o non li sceglierebbero, negando gli stessi servizi alle persone che ne beneficerebbero***

SETTING

Un intervento è appropriato se viene erogato *al posto giusto*
ovvero al livello più gradito al paziente e *meno costoso*



L'appropriatezza organizzativa (appropriateness of a setting) :

“CONSIDERA IL CONTESTO IN CUI L'INTERVENTO E' EROGATO IN CONDIZIONI TALI DA CONSUMARE UNA APPROPRIATA QUANTITA' DI RISORSE”

Cosa abbiamo appreso da questa crisi



Una priorità

L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio (**Primary Care**)

Non solo, ma anche perché il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue con una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, afflitta da malattie croniche

Cambio di prospettiva: *da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni verso sistemi sanitari vicini alla comunità, progettati per le persone e con le persone*



Decreto 23 maggio n.77, allegato 1
(GU del 22 giugno 2022)

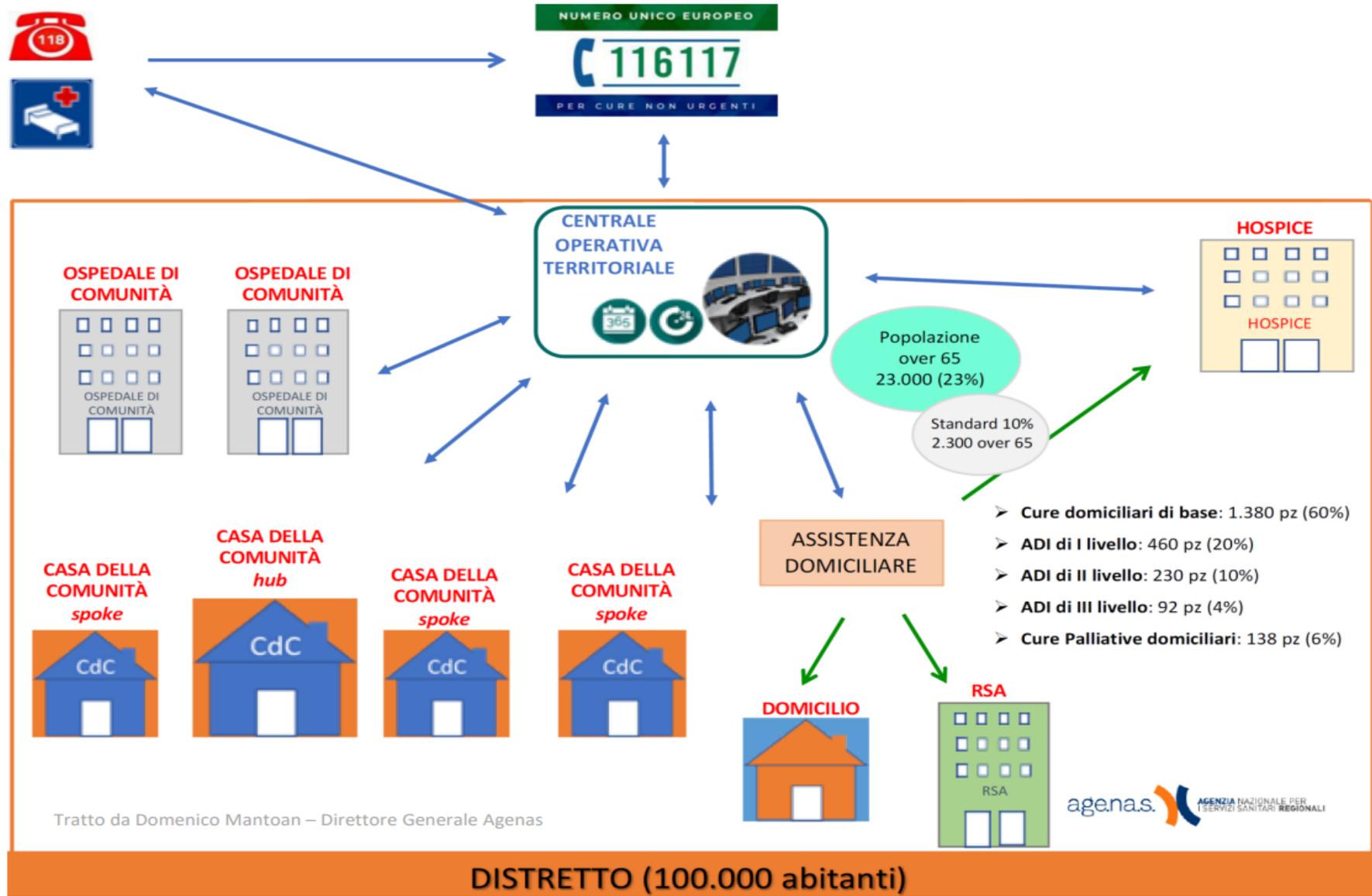
La Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) M6C1-1 - Riforma 1 - Mission 6

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN

*(Conferenza Stato Regioni 20 febbraio 2020)
DM 71 del 23 febbraio 2022*

La riorganizzazione territoriale nella **“*Normativa nazionale*”**

Decreto 23 maggio n.77 : la riorganizzazione territoriale (modello organizzativo)

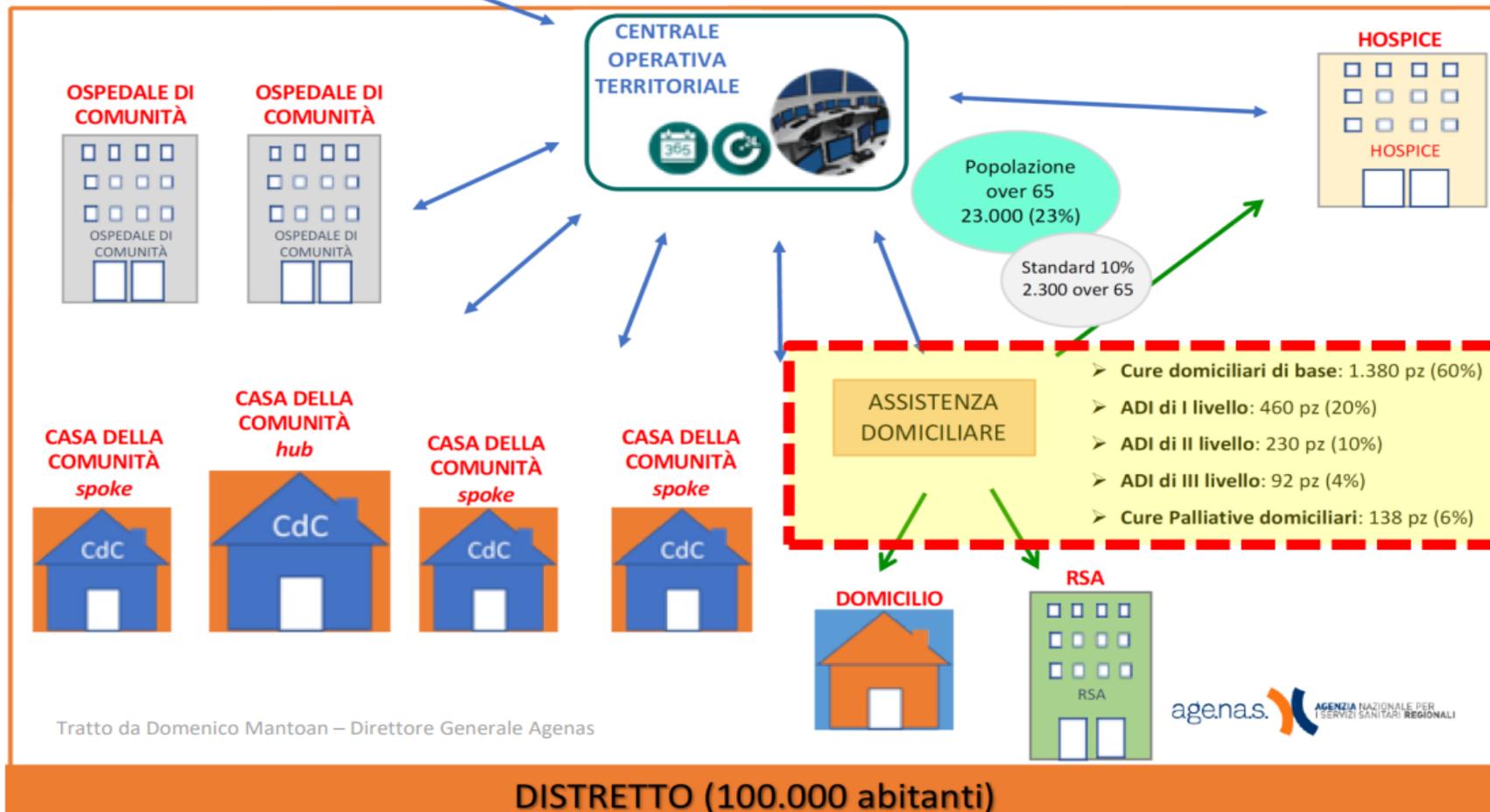


LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA PER IL CITTADINO

DM 77/2022



Assistenza Domiciliare



Da chi

"Planetary Health"



Équipe multiprofessionale

Integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e sviluppo di équipes multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità

Il core del modello si basa sulla presa in carico condivisa della popolazione di riferimento dall'équipe multiprofessionale integrata

Con chi



*Con la
partecipazione
dei cittadini*

Con la partecipazione e la valorizzazione di tutte le risorse della comunità nelle sue diverse forme attraverso la piena partecipazione dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni, professionisti, caregiver, pazienti, associazioni ecc.).

Come

Digitalizzazione, telemedicina, teleconsulto



age.n.a.s.  AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale.

COSE DA FARE



Percorsi **D**iagnostici **T**erapeutici **A**ssistenziali & **C**linical **P**atway

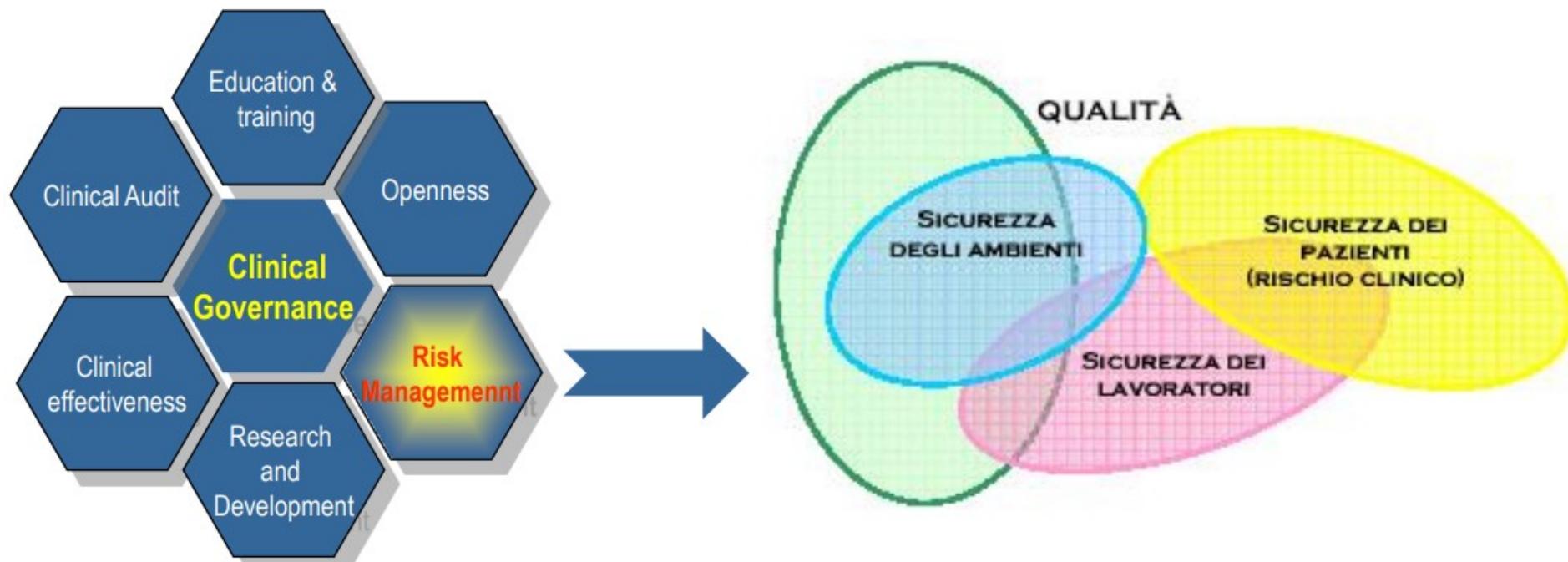
DA FARE BENE LE COSE A FARE BENE LE COSE GIUSTE

Garantire il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione rispetto ad un problema di salute in relazione alle risorse disponibili

PRATICARE E NON PREDICARE LA QUALITA'

Goals

Promuovere la cultura della sicurezza: *garantire la massima sicurezza possibile*, attraverso una gestione integrata del rischio (*perché il primo rischio di un'azienda sanitaria è quello di gestire le varie aree in maniera separata: pazienti, personale, ambienti, tecnologie sanitarie, visitatori, ecc..*) e un'**informazione e formazione continua** (*perché la conoscenza e l'informazione sono le principali armi contro il rischio*)



Ambiti di competenza del Clinical Risk Manager

Identificazione e Misurazione

- il Sistema di **Apprendimento e Segnalazione**
- il Database degli **Eventi Sentinella**
- il Database dei **Sinistri e dei Reclami**
- Il sistema della **Farmaco Vigilanza**
- la **Revisione delle Cartelle Cliniche**
- **Indicatori** per la sicurezza del paziente

Valutazione e Analisi

- **Audit GRC**
- Rassegna di **Mortalità e Morbilità (M&M)**

Anticipazione e Controllo

- **Pratiche per la Sicurezza del paziente**
- Raccomandazioni Ministeriali
- Progetti e azioni di miglioramento
- **FMECA** (analisi proattiva)



Pratiche per la sicurezza



Appropriatezza
terapia
antibiotica



Rischio
nutrizionale



Prevenzione
infezioni CVC



Prevenzione
delle cadute



Comunicazione
difficile



Corretta
identificazione
paziente



Audit
clinico



Gestione
del dolore



Gestione
farmaci
antiblastici



Handover



Igiene
mani



Incident
reporting



Segnalazione
evento
sentinella



Prevenzione
ulcere
da pressione



Sorveglianza
delle antibiotico
resistenze



Scheda
Teraputica
Unica



Rassegna
mortalità
e morbilità



Gestione
Terapia
Anticoagulante
Orale



Adozione indice
deterioramento
cardiaco



Prevenzione
Trombosi
Venosa
Profonda

I costi economici

$$\text{I-NHS} \quad 5,3\% \quad \times \quad 10.257.796 \quad \times \quad 11 \quad \times \quad \text{€ 902} \quad = \quad \text{€ 5.394.226.151,34}$$

Preventable adverse events 53,2%
Costs for extra hospital days € 2.869.728.312,51

**1 billion
compensations**

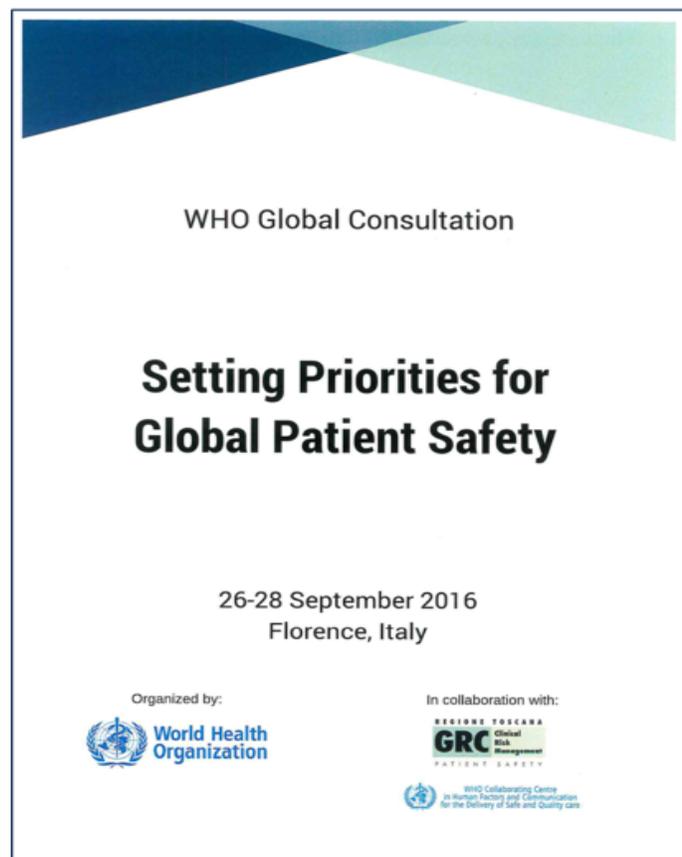
Canadian Patient Safety Institute, 2012 – The Economics of Patient Safety in Acute Care

Albolino S, Tartaglia R et al. Internal and Emergency Medicine, 2017

Si stima che un ospedale spenda mediamente il 15% del budget per i costi diretti ed indiretti degli eventi avversi

Rapporto OCSE 2017: L'economia della sicurezza dei pazienti
La maggior parte degli eventi è prevenibile mediante pratiche evidence based, la cui applicazione ha un ritorno di investimenti fino a 60 volte i costi sostenuti

Sicurezza come driver di cambiamento



- Contestualizzare le pratiche per la sicurezza del paziente (raccomandate ed evidence based) in base alle priorità ed alle caratteristiche locali
- Il cambiamento verso organizzazioni più affidabili passa per coinvolgimento attivo dei pazienti e dei loro rappresentanti nelle decisioni sui trattamenti e le priorità per la ricerca e l'organizzazione
- La formazione e la valutazione della performance mediante simulazione sono fondamentali
- Formare alle abilità di comunicazione e lavoro in team
- I sistemi di reporting and learning degli incidenti focalizzati sui near miss
- La certificazione dei professionisti impegnati per la sicurezza dei pazienti

*" Dobbiamo cercare di costruire un sistema
che
renda facile fare le cose giuste e
renda difficile fare quelle sbagliate "*

JULIE CAROL MISSON BAPPSC (NURSING)

Planning and Quality Unit, Bendigo Health Care Group, Bendigo, Victoria 3552,

Australia

Io che mi accingo a
commettere di nuovo
lo stesso errore ma
con più esperienza



Grazie dell'attenzione

