



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

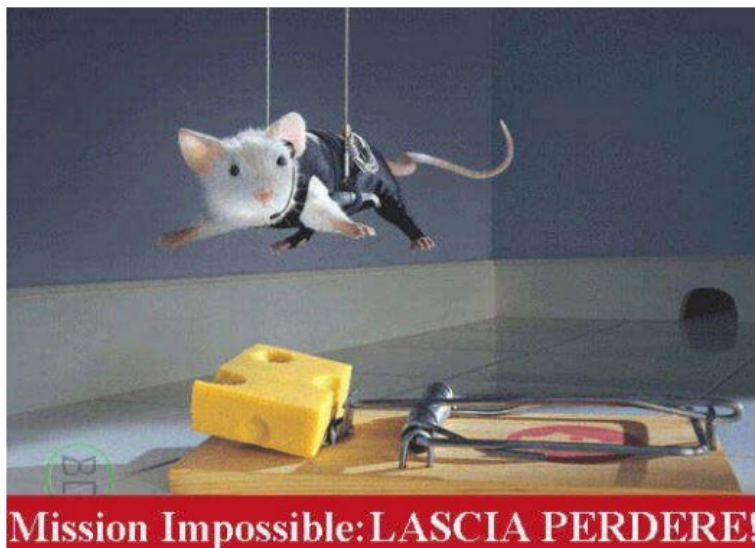
*Proposta di un Modello Organizzativo  
sulla Sicurezza delle Cure nell'Assistenza Domiciliare*

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

## LA GRANDE SFIDA



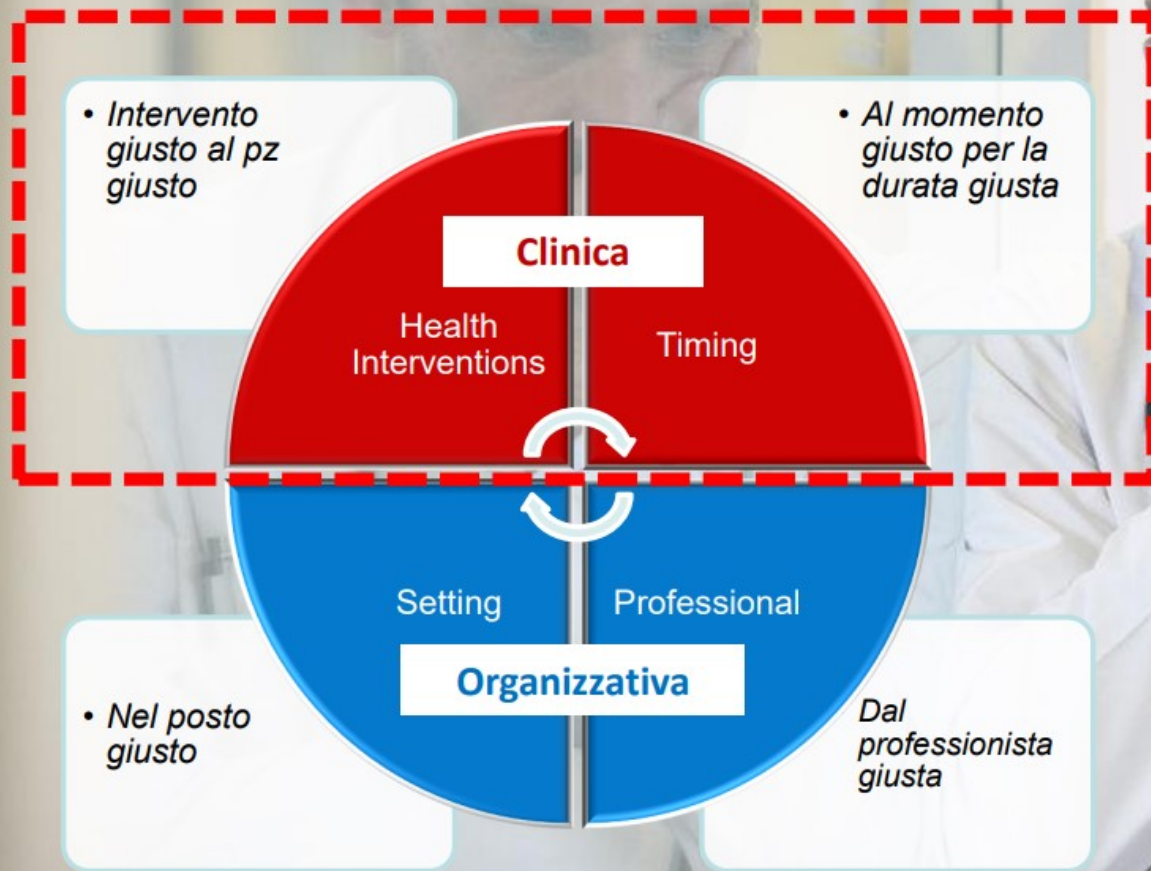
*Necessità di garantire sicurezza, efficacia e appropriatezza che devono essere fortemente ancorate alla sostenibilità economica*



Ma come difendere il SSN e vincere la sfida?

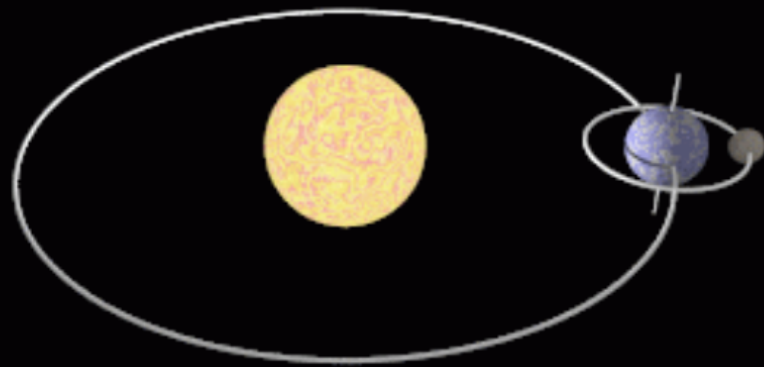
**Il Governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Ssn**

# Il driver





## Necessità di una riorganizzazione del Sistema Sanitario



© Friedrich A. Lohmüller, 2006

*La “governance” della qualità e sicurezza  
dei processi clinico assistenziali*

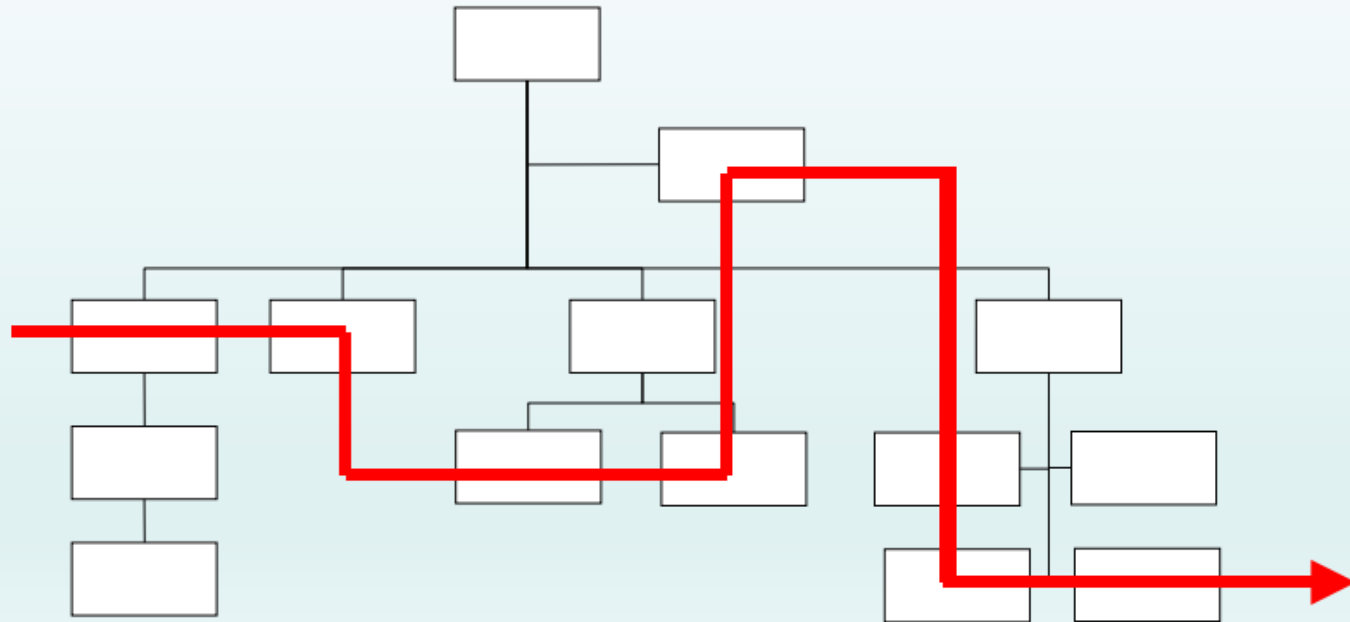
LA SFIDA **CONTINUA**

■ #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

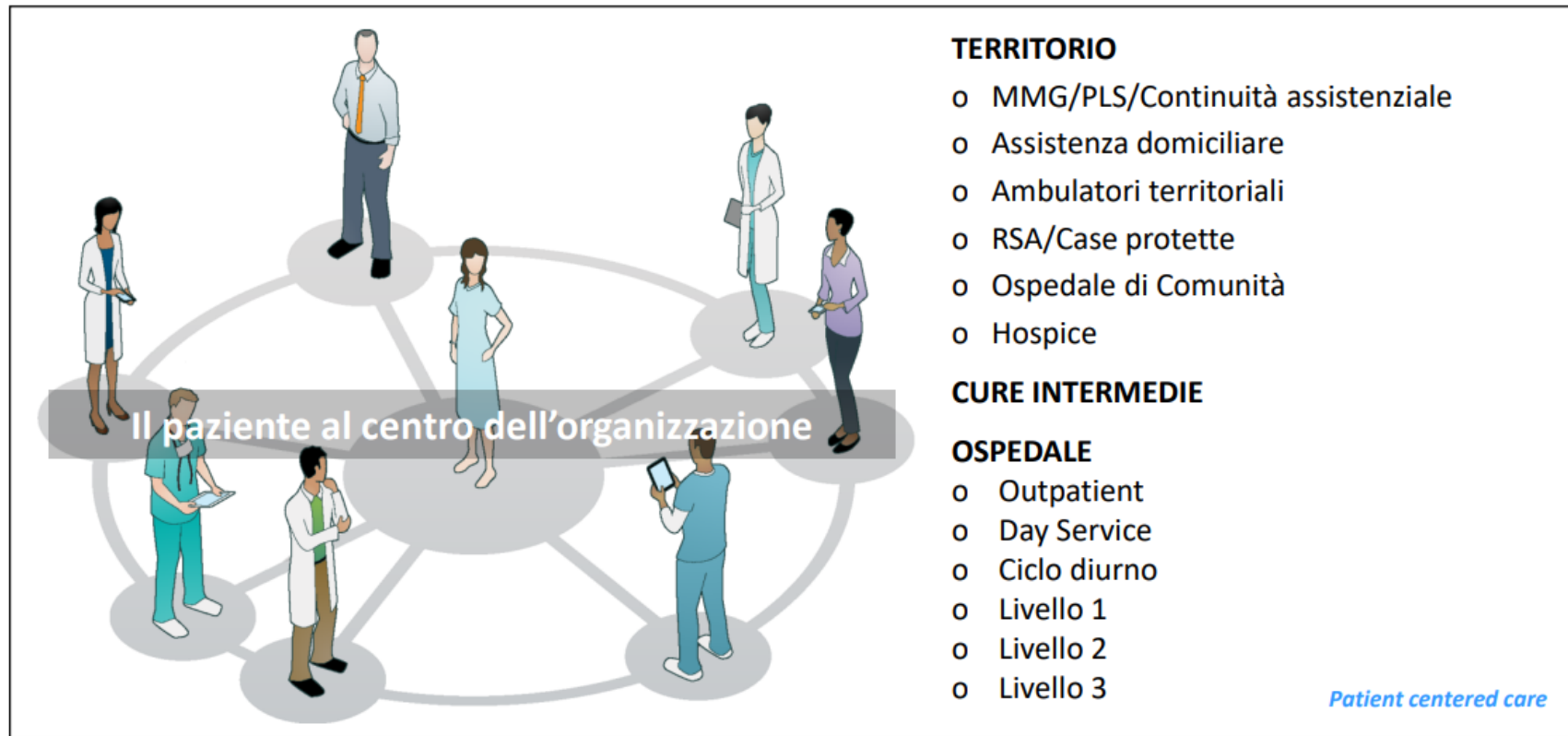


**Ridurre le variazioni ingiustificate e indesiderate dell'assistenza**

*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)*

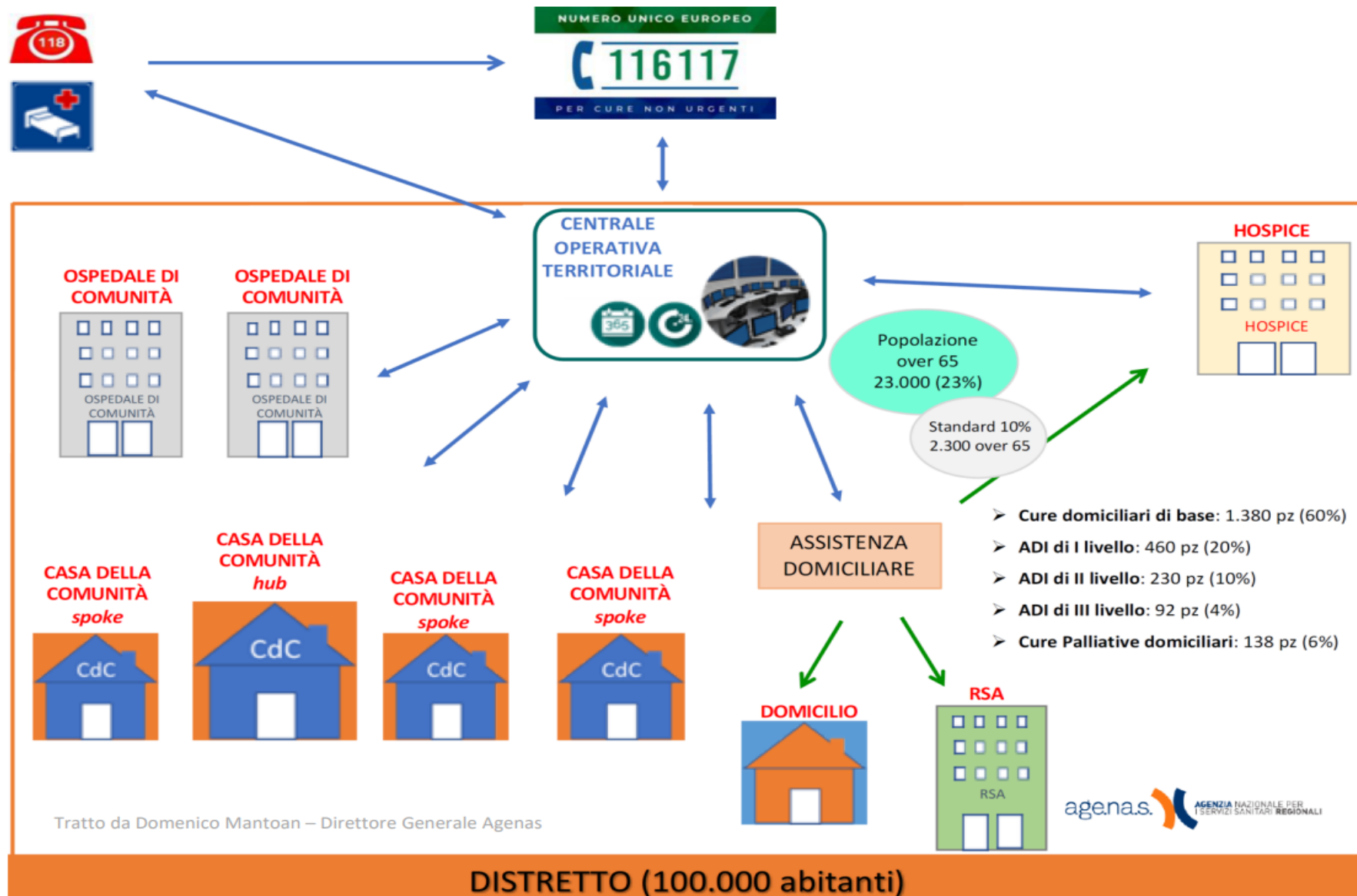
La Riforma di settore del Piano  
Nazionale di Ripresa e Resilienza  
(PNRR) M6C1-1 - Riforma 1 - Mission  
6

## **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)

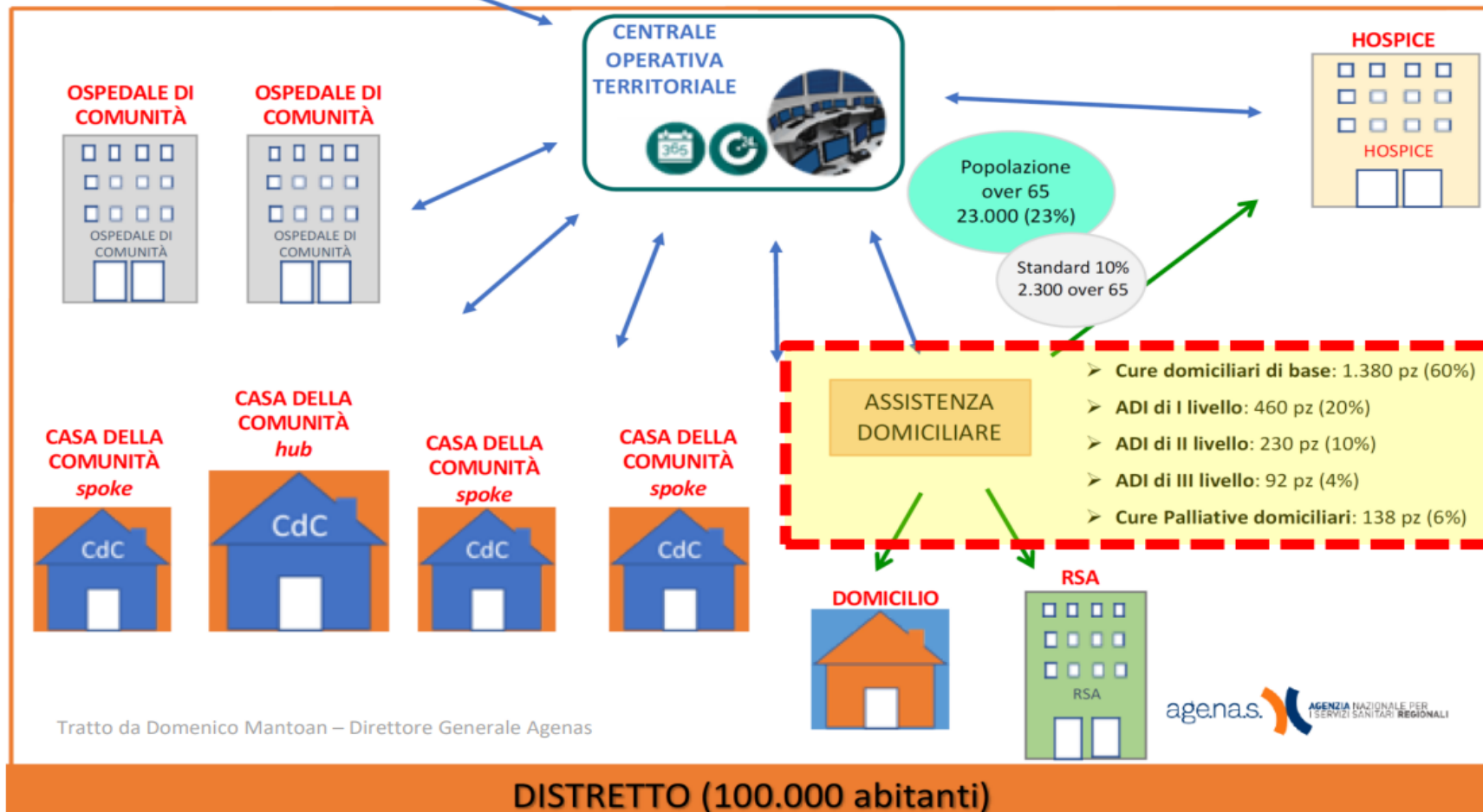


# LA CASA COME PRIMO LUOGO DI CURA PER IL CITTADINO

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



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

DA FARE BENE LE COSE A FARE BENE LE COSE GIUSTE

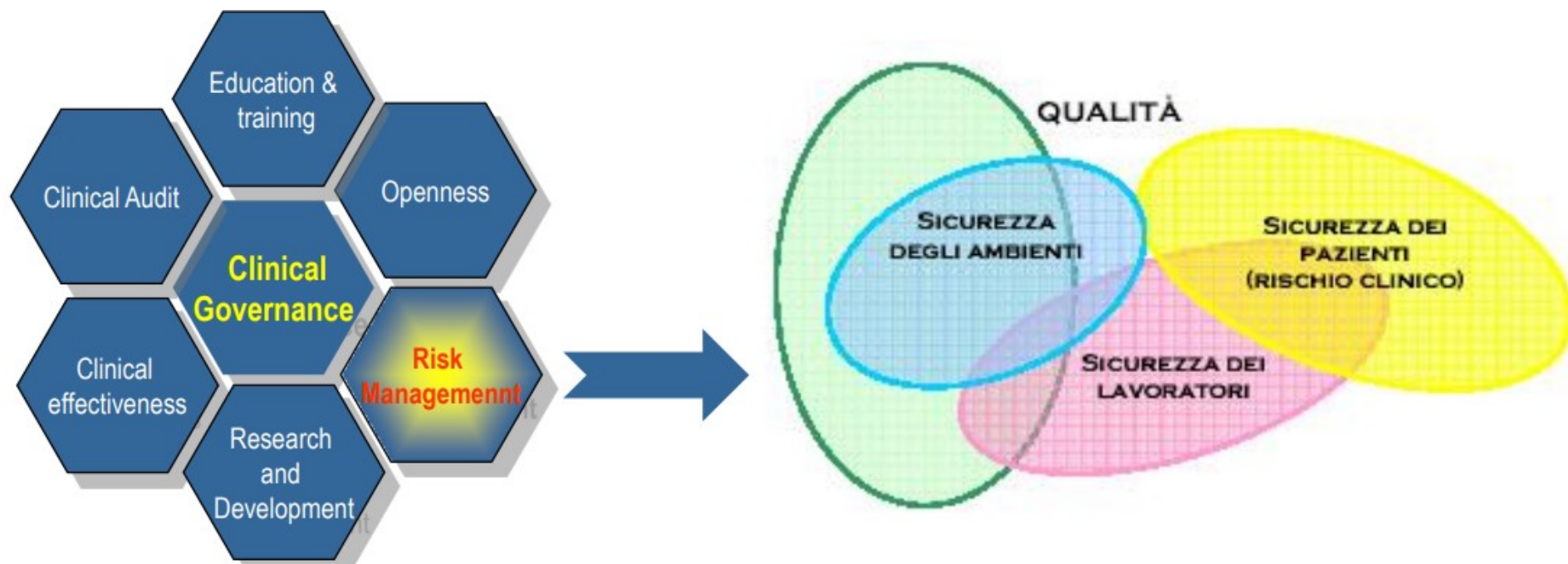
*Garantire il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione rispetto ad un problema di salute in relazione alle risorse disponibili*

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*

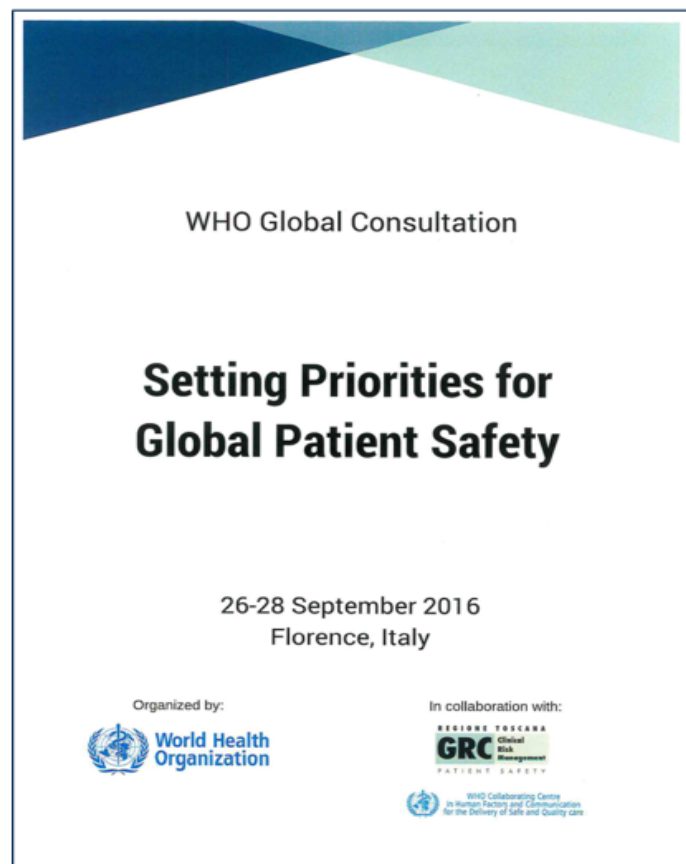
*Albolino S, Tartaglia R et al. Internal and Emergency Medicine, 2017*

**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*

