

SALA VIOLANTE/GINEVRA

MEDICINA D'URGENZA: INDICATORI E AREA CRITICA

Moderatori: Francesco Franceschi – Marcello Pastorelli

Stefano Paglia

La qualità può essere quantizzata?

La qualità può essere quantizzata?

Cosa significa quantizzare la qualità?



XII congresso nazionale

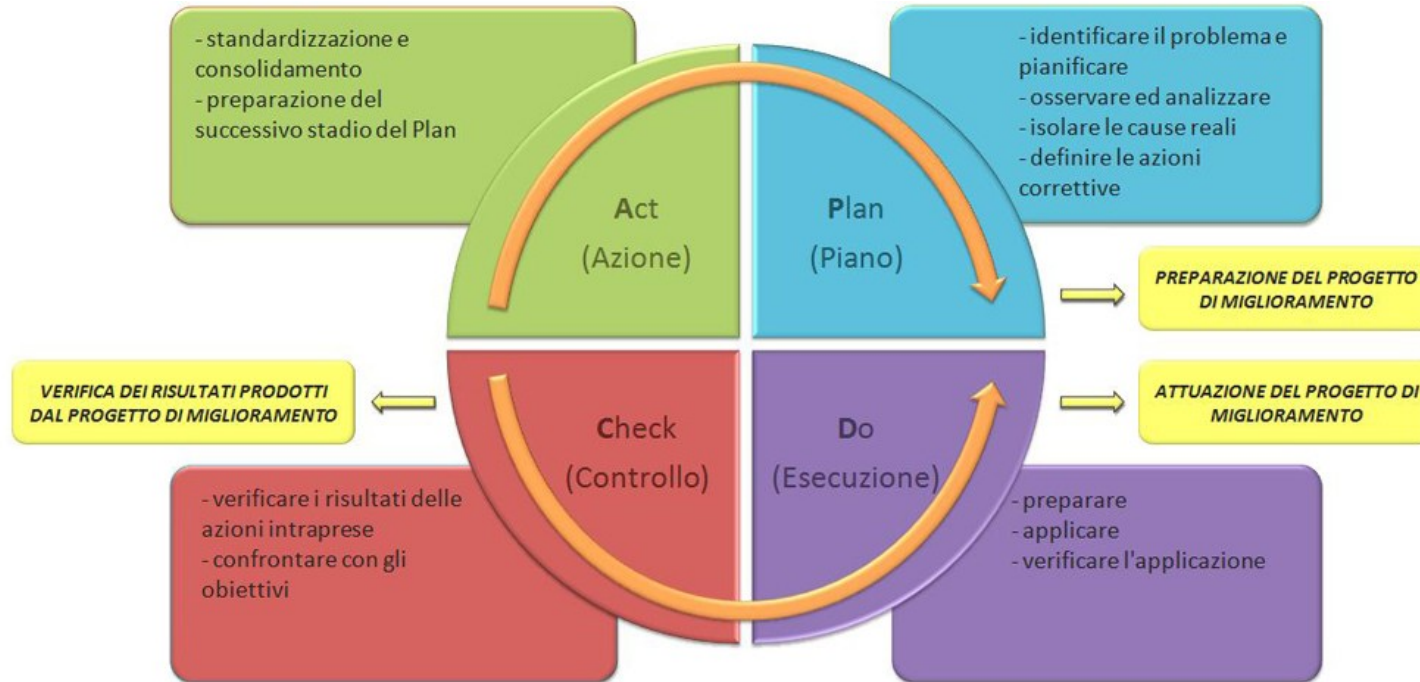
simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



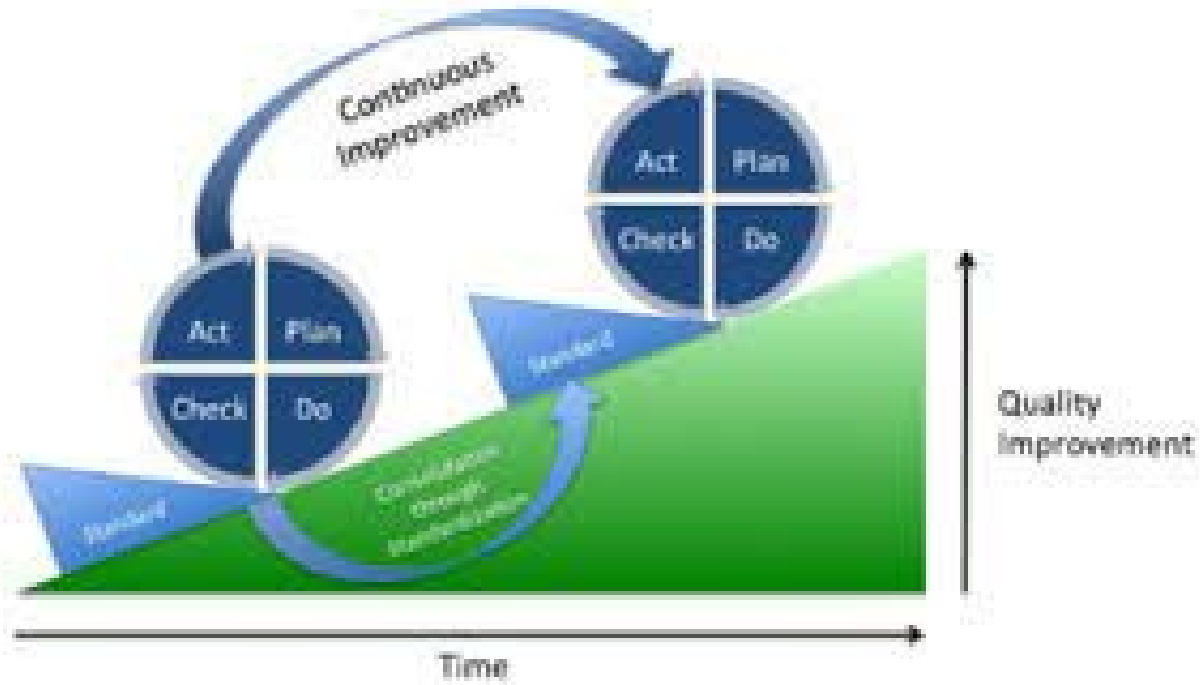
Ciclo di Deming

Come non citarlo



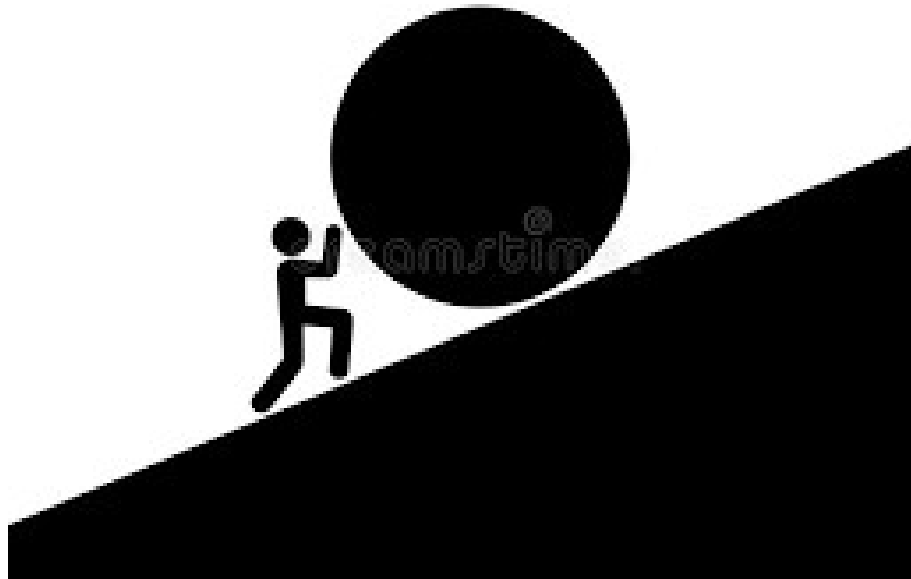
Ciclo di Deming

Ci ricorda qualcosa...



Ciclo di Deming

Sisifo lavorava in PS in realtà



Ciclo di Deming

E infatti



Era così
anche prima
del covid!!!



La qualità può essere quantizzata?

SI

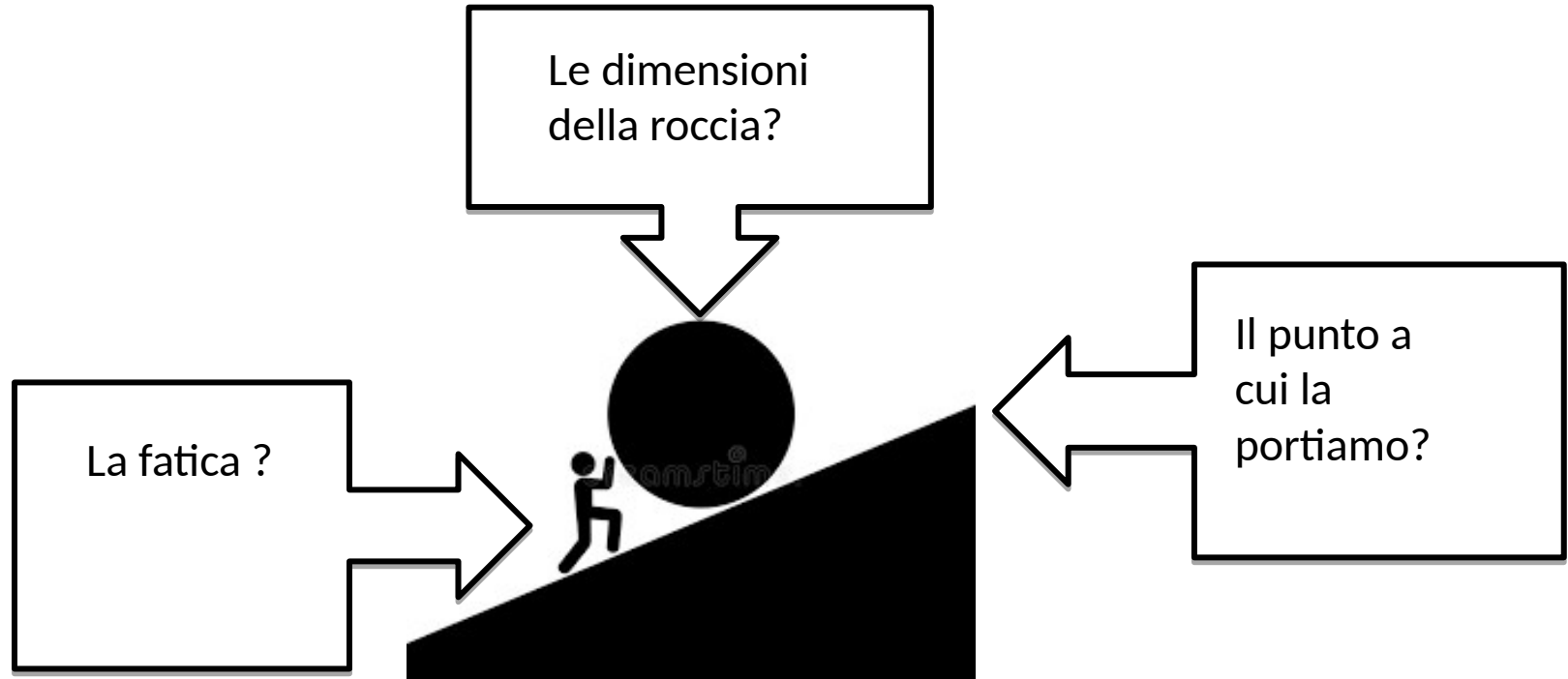
perché tutto può essere misurato

MA

dobbiamo decidere cosa misurare

Quantizzare la qualità...

esattamente cosa dobbiamo quantizzare?





Definire la qualità

CAPITOLO 1



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

La qualità diviene legge

La progressiva affermazione dell'esigenza di migliorare il livello qualitativo dell'assistenza sanitaria ha ricevuto in questi ultimi anni una legittimazione normativa attraverso il Decreto legislativo n°502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni. In tale decreto, infatti, negli articoli 10 e 14 si prevede **“la verifica e la revisione della qualità delle prestazioni come metodo adottato in via ordinaria”**.

Ma il concetto di qualità dell'assistenza nel corso degli anni evolve:

La prima definizione compare nel 1933 ad opera di Lee e Jones:

"la qualità dell'assistenza è l'applicazione di tutti i servizi necessari della moderna medicina scientifica ai bisogni della popolazione".

Negli *anni '60* A. Donabedian definisce la qualità dell'assistenza come:

"il grado con cui l'assistenza è in conformità con gli attuali criteri di buona assistenza".

La *Palmer* nel 1988 propone una definizione più esaustiva rispetto alla precedente:

"la qualità dell'assistenza consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza".

Divenendo sempre più articolato:

L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* ha dato una definizione della qualità considerandola come:

"la *disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici* tali da produrre con la maggior probabilità l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con i fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia di cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, ed altri fattori connessi con :

- a) il *minimo dispendio di risorse* per raggiungere questo risultato;**
- b) il *minor rischio possibile* di ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia;**
- c) la *massima soddisfazione possibile* del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed i risultati ottenuti (*W.H.O 1988*)".**

Differenti modi di pensare la qualità

Secondo la *definizione generale della Norma ISO 8402*:

la qualità è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche che conferiscono ad un prodotto (ma anche a un servizio, un processo, un'organizzazione) la capacità di soddisfare le esigenze espresse o implicite dei clienti/fruitori, tenendo conto anche delle esigenze degli operatori.

Queste definizioni definiscono realmente la qualità nel nostro lavoro?

Cosa conta per i diversi attori in campo?

Per i pazienti?

Conta la percezione della qualità fortemente legata alla dimensione relazionale, con la cura e il prendersi cura. Importante anche l'esito non solo se positivo o negativo ma soprattutto se coerente con l'atteso

Per gli operatori?

Conta molto la dimensione professionale, tecnica, strutturale, di contesto lavorativo e di proporzionalità delle risorse oltre che naturalmente il risultato clinico

Per gli amministratori?

Conta il rispetto degli obiettivi e la soddisfazione del «cliente»



Misurare la qualità

CAPITOLO 2



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022

Metodi di approccio alla qualità:

- certificazione ISO 9000
- accreditamento di “eccellenza” statunitense (JCAHO)
- inglese (CPA)
- olandese (CCKL)
- “verifica e revisione della qualità” (VRQ)
- “miglioramento continuo di qualità” MCQ)
- “analisi partecipata della qualità” (APQ)
- Total quality Management (TQM)
- modello europeo di Qualità totale, sostenuto dall'European Foundation for Quality Management (EFQM)

(Scrivens E., 1997; Loiudice M., 1998).

Cosa misurano tutti questi metodi

Parametri (di differente natura) definiti

indicatori

Importanza degli indicatori

Gli indicatori sono il modo in cui decidiamo di leggere la realtà

Gli indicatori ci rappresentano agli occhi di chi valuta il sistema

Gli indicatori hanno quindi intrinsecamente un «valore politico»

Fondamentale quindi sapere:

1. Cosa indicano
2. Come lo fanno
3. Perché sono stati scelti
4. E conseguentemente da chi

Rispetto di un tempo definito di attesa per un determinato codice di triage

Analisi dell'indicatore

Le domande:

1. Cosa indica?
2. Come lo fa?
3. Perché ?
4. Chi lo ha scelto?

Rispetto di un tempo definito di attesa per un determinato codice di triage

Analisi dell'indicatore

Le domande:

- Cosa accadrebbe se abolissimo l'indicatore e non ponessimo un tempo di riferimento di attesa per il codice bianco o codice 5?
- e se contestualmente quindi venisse tolto il monitoraggio del tasso di abbandono prima della visita medica per quel codice?
- Queste semplici modifiche cambierebbero i nostri PS?
- In meglio o in peggio?



quantizzare la qualità

CAPITOLO 3



XII congresso nazionale

simeu

RICCIONE 13-15 MAGGIO 2022



Non solo è possibile ma avviene già da anni

Scuola Superiore Sant'Anna
Istituto di Management
Laboratorio Management e Sanità

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI REGIONALI

Basilicata, P.A. Bolzano, Calabria, Friuli Venezia Giulia,
Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Toscana, P.A. Trento, Umbria, Veneto

REPORT 2017

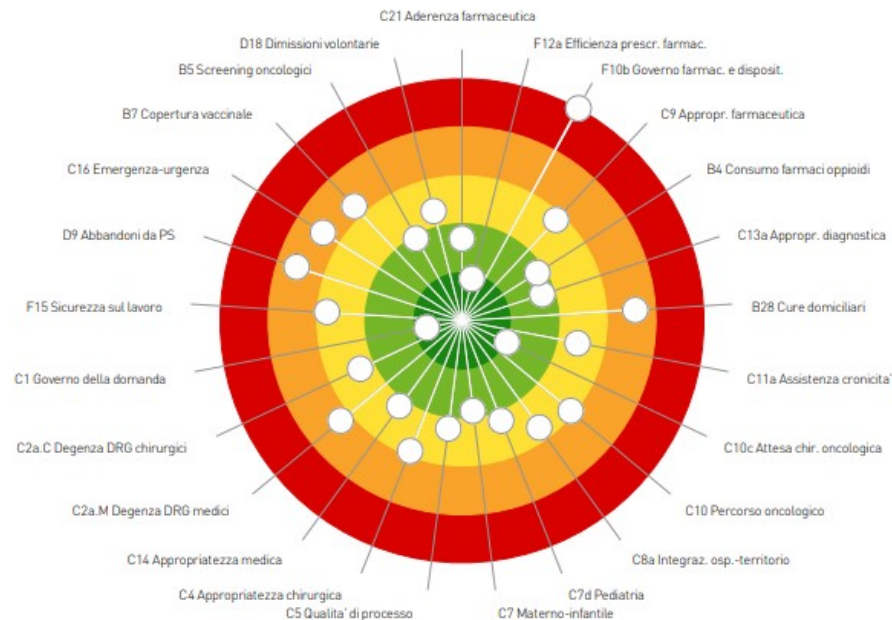
A cura di Sabina Nuti, Domenico Cerasuolo, Giuseppe D'Orio, Daniel Adrian Lungu, Antonio Parenti, Federico Vola

LOMBARDIA

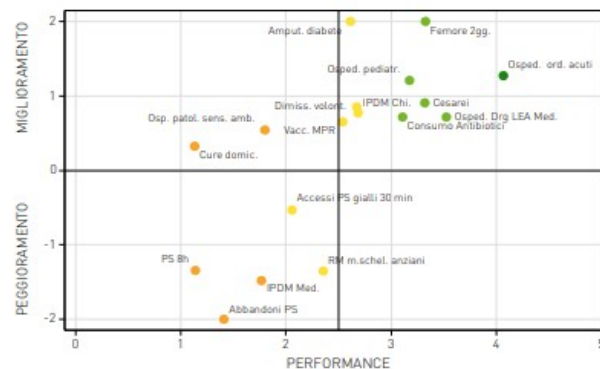
Valutazione dello stato di salute della popolazione (anni 2013-2015)

A1
Mortalità infantile

Valutazione della performance 2017



Mapa di performance e trend (2016-2017)

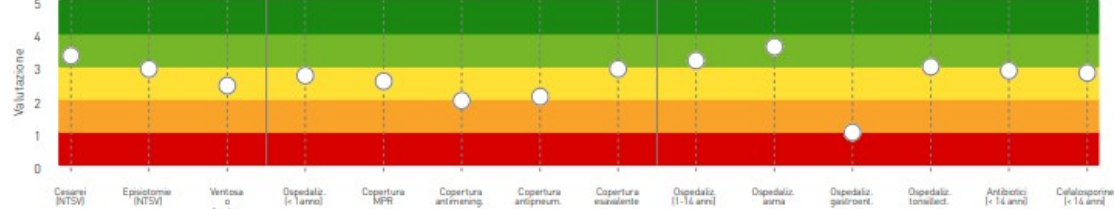


Andamento indicatori / Trend 2016-2017

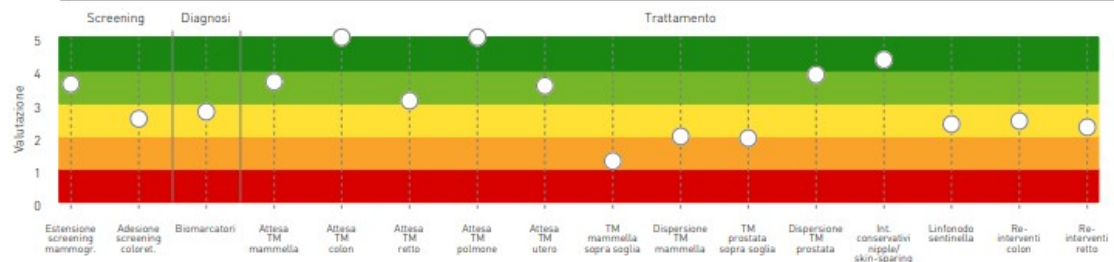
Numero indicatori: 69



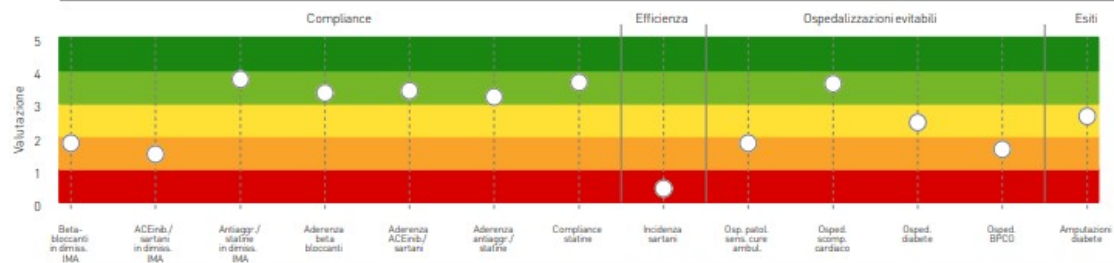
- Indicatori migliorati: trend positivo
- Indicatori stazionari
- Indicatori peggiorati: trend negativo



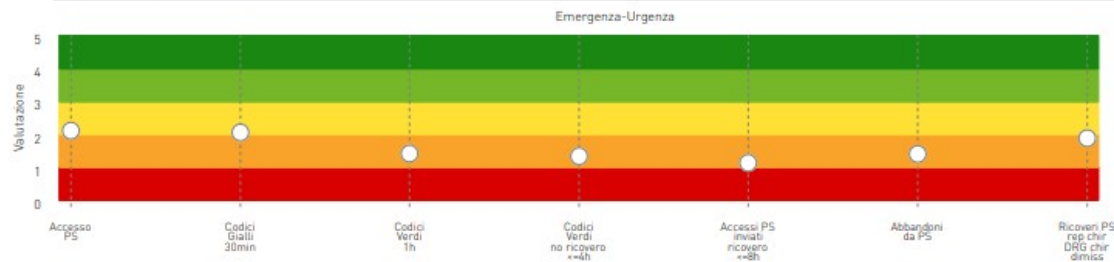
PERCORSO MATERNO INFANTILE



PERCORSO ONCOLOGICO



PERCORSO CRONICITÀ



PERCORSO EMERGENZA URGENZA

Tabella 4d. *I percorsi 2017, le relative fasi e gli indicatori ad esse associati*

Percorso Emergenza-Urgenza

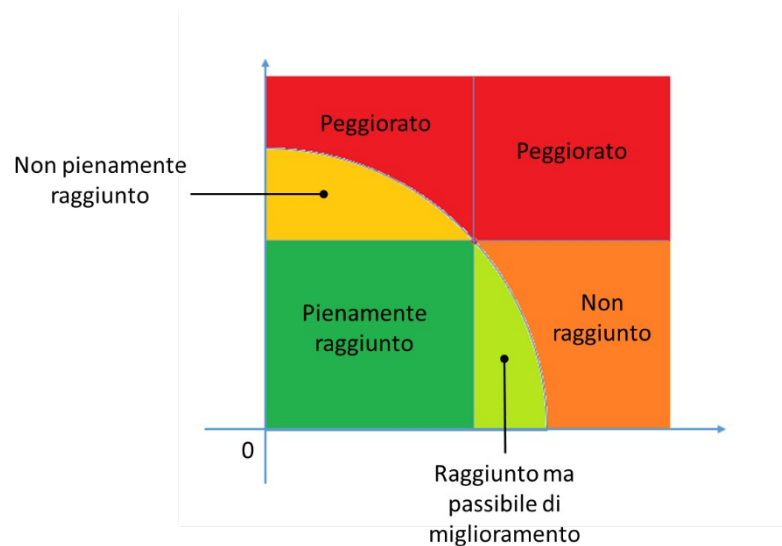
C16.11	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Griglia LEA)	
C8b.1	Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso	
C16.1	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti	
C16.2	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora	
C16.3	Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza <=4h	
<i>C16.9</i>	<i>Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero</i>	Emergenza-Urgenza
C16.4	Percentuale di accessi al PS inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	
D9	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso	
<i>C16.8</i>	<i>Percentuale ricoveri da Pronto Soccorso inviati in qualsiasi reparto e trasferiti entro 1 giorno in area critica</i>	
C16.7	Percentuale ricoveri da Pronto soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	

Sono riportati in corsivo gli indicatori di osservazione

Ipotesi di lavoro modello indicatori Lombardo

Legenda. D+: diagnosi o intervento effettuato; T+: test positivo; TP: test eseguito; TNP: test non eseguito; ↓: valore diminuito; =: valore invariato; ↑: valore aumentato

$\frac{D+ T_{NP}}{T_{NP}}$	$\frac{T_P}{(D+ T+)}$	Score di appropriatezza clinica		
		↓	=	↑
↓	↓	pienamente raggiunto	-	-
↓	=	raggiunto	-	-
↓	↑	raggiunto ma passibile di miglioramento	non pienamente raggiunto	non raggiunto
=	↓	raggiunto	-	-
=	=	-	non raggiunto	-
=	↑	-	-	peggiorato
↑	↓	non pienamente raggiunto	peggiorato	peggiorato
↑	=	-	-	peggiorato
↑	↑	-	-	peggiorato



Proposta Regione Lombardia

PARAGRAFO 1

Gli indicatori proposti sono in tutto 31:

- 8 sull'appropriatezza organizzativa
- 4 sull'appropriatezza clinica del triage
- 19 sull'appropriatezza clinica della presa in carico.

<u>Indicatore 4</u>	Boarding
<u>Calcolo</u>	Tempo mediano di boarding
<u>Dati necessari</u>	Ora di decisione di ricovero; ora del ricovero
<u>Tipologia</u>	Appropriatezza organizzativa dell'ospedale/PS
<u>Razionale</u>	I pazienti ricoverati non dovrebbero attendere il posto letto in PS
<u>Obiettivo</u>	Ridurre lo score rispetto al valore dell'anno precedente

quantizzazione

Proposte in discussione

- 1) Creare le condizioni (essenzialmente l'adeguamento degli applicativi informatici dei PS e l'integrazione dei vari database regionali) per calcolare correttamente e in automatico questi indicatori (o una loro selezione condivisa) e produrre un report periodico per ciascun PS.
- 2) Stabilire annualmente e per ciascun PS della regione un obiettivo di budget aziendale legato al miglioramento di due (o più) indicatori fra quelli selezionati. In particolare, si propone, sulla scia di quanto già in essere in altre Regioni per i reparti terapia intensiva, di lasciare autonomia di scelta dei due indicatori su cui stabilire gli obiettivi alle singole aziende ospedaliere. In tal modo, da un lato si garantirebbe che gli indicatori siano comunque scelti all'interno di un elenco stabilito da Regione in funzione delle priorità che decide, dall'altro lato si promuoverebbe una forte responsabilizzazione delle aziende verso il miglioramento degli indicatori scelti.

I rischi e i pericoli da scongiurare

Il principale rischio di questo approccio consiste nella ricerca da parte del valutato del raggiungimento dell'indicatore svincolata dalla ricerca di un generale miglioramento.

L'utilizzo degli indicatori legati a obiettivi economici rischia di trasformarsi in una serie di interventi potenzialmente disarmonici non volti al generico miglioramento ma al raggiungimento di obiettivi a valenza politica

D'altra parte non avere indicatori ma solo una generica tensione al miglioramento definisce un modello autoreferenziale

Possibili vie d'uscita

Valutare non solo gli indicatori ma anche l'applicazione di specifiche metodologie di miglioramento continuo per i processi complessi (metodologia LEAN in PS)

Associare agli indicatori sistemi di misurazione del benessere degli operatori e della soddisfazione degli utenti

Pesare gli indicatori in funzione del documentato impatto (EBM) nel miglioramento di outcomes condivisi ed oggettivabili, considerando come secondari gli indicatori privi di questo requisito e definibili come «politici».

In sintesi quindi

La quantizzazione della qualità in PS è certamente possibile

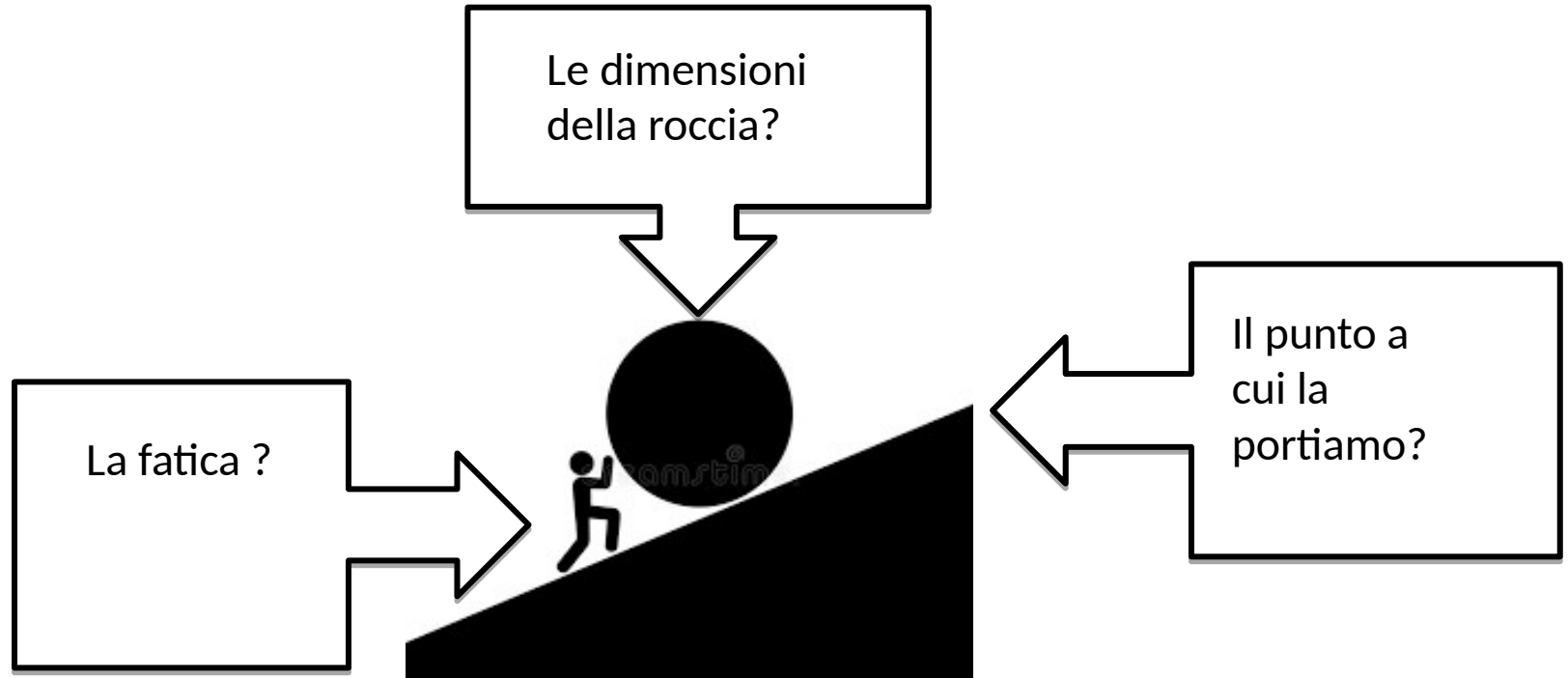
L'impatto che gli indicatori possono avere nell'orientare il nostro agito e la natura stessa del Pronto Soccorso è rilevante

Il processo è già in atto e previsto da specifiche normative legislative

Partecipare al processo di identificazione degli indicatori e alla valutazione deve essere un nostro obiettivo, non dobbiamo e non possiamo subirli in modo acritico

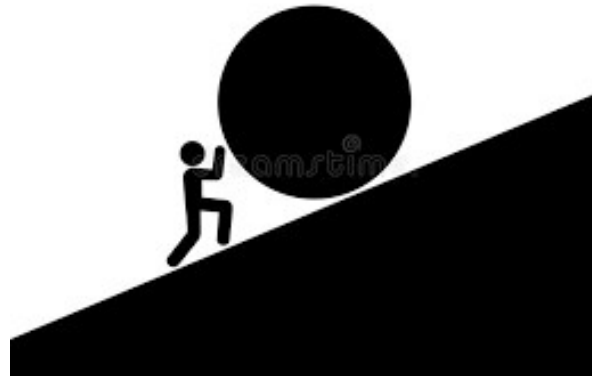
Quantizzare la qualità...

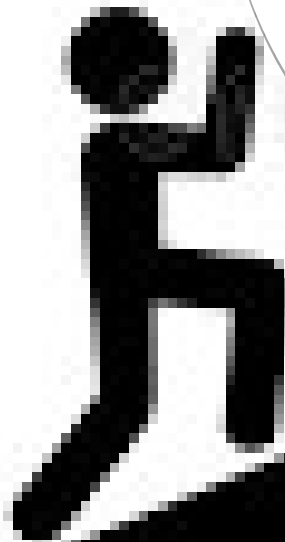
esattamente cosa dobbiamo quantizzare?



Quantizzare la qualità...

la qualità dei professionisti





il professionista
La strada che fa e che ha fatto
Non il peso che porta.

- **Grazie per l'attenzione**