

APPROPRIATEZZA DELLE CURE E OPPORTUNITÀ TERAPEUTICA

*Percorsi decisionali, obblighi professionali,
etica e responsabilità*

Venezia
7/12/2024

Prescrizioni normative
ed organizzazione
dell'appropriatezza nella
sanità pubblica

Dott.ssa Alessandra De Palma

Direttore UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio
IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola
Collaboratrice RER



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ISTAT

Nel 2023 il 7,6% della popolazione italiana aveva rinunciato a curarsi, contro il 6,3% del 2019.

«La quota di quanti hanno rinunciato a causa delle lunghe liste di attesa risulta pari al 4,5% (2,8% nel 2019). Le rinunce per motivi economici riguardano il 4,2% della popolazione, quelle per scomodità del servizio l'1,0%...»

APPROPRIATEZZA

L'appropriatezza rappresenta una dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria insieme a efficacia, sicurezza, coinvolgimento di cittadini e pazienti, equità, efficienza.

L'appropriatezza misura l'aderenza ai processi clinici e organizzativi secondo standard definiti.

È possibile valutare l'appropriatezza di qualsiasi intervento sanitario: **preventivo** (screening, vaccinazione), **diagnostico** (TAC spirale, PET, angio-RMN), **terapeutico** (farmaci, chirurgia, radioterapia, psicoterapia), **assistenziale** (presidi, medicazioni), **organizzativo** (*case manager* nello scompenso cardiaco), **riabilitativo** (riabilitazione nella BPCO), **educazionale** (*self-management* del diabete), **palliativo** (infusione intratecale di morfina).

APPROPRIATEZZA per l'OMS:

Una cura appropriata consiste nella selezione, sulla base degli interventi di cui è stata dimostrata l'efficacia per un determinato disturbo, dell'intervento con la maggiore probabilità di produrre gli esiti di salute attesi da quel singolo paziente. Un intervento può essere appropriato soltanto quando sono soddisfatti determinati criteri. Devono essere disponibili le competenze tecniche e tutte le altre risorse necessarie alla realizzazione di una prestazione con uno standard sufficientemente elevato. Le modalità con cui l'intervento è svolto devono essere accettabili per il paziente. Ai pazienti dovrebbero essere fornite adeguate informazioni sul range degli interventi di provata efficacia pratica; le loro preferenze sono centrali nella scelta dell'intervento appropriato tra quelli conosciuti come efficaci e rifletteranno non solo il primario esito di salute che sperano di raggiungere, ma anche i potenziali eventi avversi che si potrebbero verificare. Ne consegue che il paziente deve essere totalmente coinvolto nella discussione riguardante la probabilità dei differenti esiti, con e senza l'intervento, ed i disagi e gli eventi avversi che si potrebbero verificare. L'appropriatezza degli interventi sanitari deve anche essere considerata all'interno dell'attuale contesto sociale e culturale e rispetto alla giustizia nell'allocazione delle risorse.



Concetto di appropriatezza in Italia

- Il termine “appropriatezza” ha acquisito rilevanza normativa con il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, divenendo uno dei criteri per la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (D.Lgs. 229/1999).
- In particolare, l’attenzione si è focalizzata sull’**appropriatezza organizzativa**, *in primis* dell’assistenza ospedaliera, di cui le liste di **DRG a rischio di inappropriatezza** rappresentano una delle principali traduzioni operative.
- L’**appropriatezza clinica** è oggetto di una specifica attività, il Sistema Nazionale Linee Guida (precedente SNLG), previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 e coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità (oggi nuovo SNLG a partire dal 2018).
- Nei documenti legislativi e di programmazione risulta, tuttavia, particolarmente complesso rintracciare una chiara definizione di appropriatezza delle cure che ne identifichi le specificità rispetto ad altri concetti collegati, quali l’efficacia e l’efficienza...

Secondo il glossario del **Ministero della Salute**:
“L’appropriatezza definisce un intervento sanitario preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del/la paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi”.

Nella letteratura scientifica la **definizione base di “appropriatezza”** contempla quanto segue: *“Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche”*.

(Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13).



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ufficio III ex D.G.PROGS



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Il miglioramento dell'**appropriatezza professionale** può influenzare favorevolmente altre dimensioni della qualità assistenziale per la probabilità di effetti favorevoli (**efficacia**), la minimizzazione degli eventi avversi (**sicurezza**), la riduzione degli sprechi da sovra/sottoutilizzo (**efficienza**), il miglioramento dell'**equità**. Tuttavia, se l'appropriatezza professionale è misurata all'atto della prescrizione, il reale beneficio di un intervento sanitario appropriato dipende dalla sua erogazione "**al momento giusto e per la giusta durata**", dalla *compliance* del/la paziente oltre che delle sue caratteristiche cliniche: di conseguenza migliorare l'appropriatezza professionale non coincide sempre con un miglioramento degli *outcome* di salute. Il termine **appropriatezza prescrittiva**, spesso utilizzato come sinonimo di appropriatezza professionale, è più restrittivo perché la valuta solo rispetto ai medici e riguarda sostanzialmente farmaci e test diagnostici.



APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA

Un intervento sanitario si definisce appropriato dal punto di vista organizzativo quando è erogato “consumando” una appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento a:

- *setting* assistenziale (“**posto giusto**”)
- professionisti sanitari coinvolti (“**professionista giusto**”).

I criteri di appropriatezza organizzativa sono condizionati prevalentemente dalle risorse impiegate per erogare l'intervento sanitario ed il suo miglioramento si prefigge l'obiettivo di ottenere gli stessi risultati in termini di efficacia e sicurezza, utilizzando meno risorse.

Sono pochi gli interventi sanitari per i quali esistono consistenti prove di efficacia, con un netto squilibrio a favore degli interventi terapeutici (dei farmaci in particolare), rispetto alle tecnologie diagnostiche.

In secondo luogo il profilo rischio/beneficio degli interventi sanitari è sottostimato per vari fattori:

- le evidenze che tendono ad enfatizzare l'efficacia ed a sottostimare i rischi degli interventi sanitari, sia perché gli studi clinici sono condotti su popolazioni selezionate, sia per l'esistenza di specifici bias (*publication bias*, *outcome reporting bias*) che mettono in evidenza i risultati favorevoli e minimizzano quelli negativi;
- la percezione dei professionisti, spesso distorta da conflitti d'interesse;

- criteri che autorizzano l'immissione sul mercato di tutte le tecnologie sanitarie;
- la medicalizzazione della società che aumenta la domanda di prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Infine, efficacia, costo-efficacia ed efficienza degli standard organizzativi sono supportate da evidenze molto limitate e difficilmente generalizzabili.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Le dimensioni dell'appropriatezza: sovra- e sotto-utilizzo

Il concetto di appropriatezza, anche se affonda le radici nella qualità professionale, rappresenta una delle modalità per ottimizzare le risorse economiche.

Purtroppo, in sanità si assiste spesso ad **una visione distorta del concetto di inappropriatazza, troppo spesso identificata con la prescrizione/erogazione di interventi in eccesso**, la cui riduzione può offrire consistenti supporti ai bilanci della sanità. In realtà, esistono interventi e prestazioni sanitarie di provata efficacia largamente sottoutilizzati, la cui implementazione richiede, a breve termine, un aumento dei costi.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

In altre parole l'**inappropriatezza**, sia professionale sia organizzativa, può essere in eccesso (**overuse**) o in difetto (**underuse**): a breve termine ridurre il sovrautilizzo permette di recuperare risorse, implementare il sottoutilizzo richiede investimenti.

Di conseguenza, l'appropriatezza come un'importante strategia per la sostenibilità del SSN attraverso il processo di disinvestimento e di riallocazione delle risorse, richiede la revisione di due posizioni: da un lato i professionisti, riconoscendo che numerosi interventi sanitari erogati sono inappropriati, devono valorizzare l'appropriatezza come risorsa di qualità professionale; dall'altro i decisori, accettando che migliorare l'appropriatezza non equivale a ridurre i costi, ma solo ad ottimizzare le risorse, devono mettere a fuoco la dimensione dell'*underuse*, per offrire interventi di provata efficacia sottoutilizzati.

In Italia, tuttavia, l'appropriatezza perseguita dai documenti normativi è quasi esclusivamente quella organizzativa, con particolare riferimento al *setting* assistenziale (riduzione dei ricoveri inappropriati). Questo approccio riduzionista ha svuotato dei contenuti professionali l'appropriatezza che viene così percepita come strumento di razionamento, invece che di ottimizzazione delle limitate risorse disponibili.

Il modello della rete Hub e Spoke in Regione Emilia-Romagna è stato introdotto con il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (ispirato ad esperienze del sistema sanitario inglese, NHS).

«Il modello hub & spoke si configura come un sistema di relazioni fra unità produttive in cui i pazienti sono trasferiti verso una o più unità centrali di riferimento (gli hub) quando la soglia di complessità degli interventi previsti nelle sedi periferiche (gli spoke) viene superata.»

L'inappropriatezza è un fenomeno complesso dovuto a una molteplicità di fattori che fa sì che le risorse disponibili siano dissipate in modalità di assistenza spesso non coerenti con i bisogni dei/delle pazienti



Fenomeno della medicina difensiva



Cultura diffusa del «prestazionismo» (*Dottor Google*)



L'attuale organizzazione della Medicina generale di base

La visione «ospedalocentrica» della programmazione regionale e nazionale

Piano Sanitario Regionale dell'E-R 1999-2001

- autosufficienza territoriale per le funzioni di base
- concentrazione secondo il modello Hub & Spoke per le discipline di interesse regionale
- modelli organizzativi secondo le reti integrate
- relazioni di paternariato pubblico-privato accreditato

Decreto Ministeriale 70/2015 – DGR 2040/2015

- standard dei posti letto sulla popolazione e dei bacini di utenza per le discipline utilizzo efficiente delle risorse
- classificazione degli ospedali in base alla complessità
- multidisciplinarietà delle strutture e concentrazione delle casistiche
- funzionamento a rete a partire dalle reti tempo-dipendenti efficacia degli interventi
- integrazione pubblico-privato non competitivo equità di accesso

Ministero della Salute

Decreto 9 dicembre 2015

Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale

Individua le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva per 203 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN, è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016.

In particolare, le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste nel DM interessano:

Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Contesto ospedaliero attuale

- **Domanda crescente** di carattere prevalentemente assistenziale per una popolazione sempre più anziana, pluripatologica, lungodegente e spesso difficilmente dimissibile
- Programmazione della **dotazione dei PL** scollegata rispetto all'offerta di strutture territoriali
- Troppa attenzione al **prodotto** (farmaco, prestazione, intervento) e poca attenzione al **percorso** ed alla sua organizzazione
- **Parcellizzazione dei sistemi informativi** aziendali, scarsa connessione delle infrastrutture per il trasferimento di dati e immagini utili al percorso del paziente
- **Sviluppo tecnologico incrementale**, non programmato, spesso non preceduto da una valutazione corretta (HTA), non orientato alla domanda di salute della popolazione beneficiaria ma al profit delle aziende produttrici
- **Alti costi delle tecnologie** innovative e non (farmaci, apparecchiature) che gravano in modo importante sul bilancio pubblico delle regioni/aziende e sulle scelte erogative



NEL FRATTEMPO...

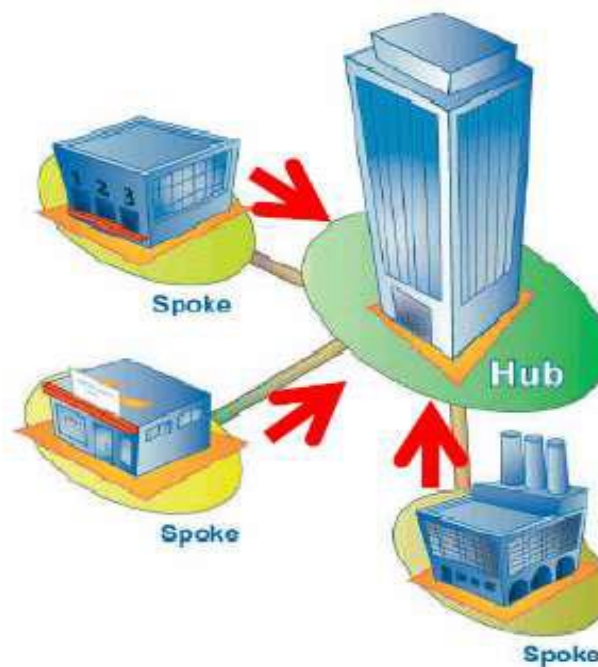
- Spostamento dell'asse di cura verso il **territorio**
- **Riorganizzazione in corso degli assetti territoriali** sulla base della prossimità e proattività di cura (DM 77/2022)
- Evidenza del bisogno di **integrazione tra servizi sociali e sanitari**, gestionale e professionale, per il coordinamento degli interventi



Il modello in rete Hub & Spoke

John Muir Grey ha criticato i risultati dell'applicazione del modello in Italia perché:

- I percorsi di centralizzazione non sono stati strutturati
- Effetto «black hole»
- Non tiene conto del decentramento né delle integrazioni orizzontali
- Demotivazione dei professionisti degli Spoke
- Impoverimento di competenze negli Spoke
- Imprigionamento della casistica complessa negli Spoke
- Percorsi centrati sulle strutture e non sui pazienti



Un modello ormai superato?



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

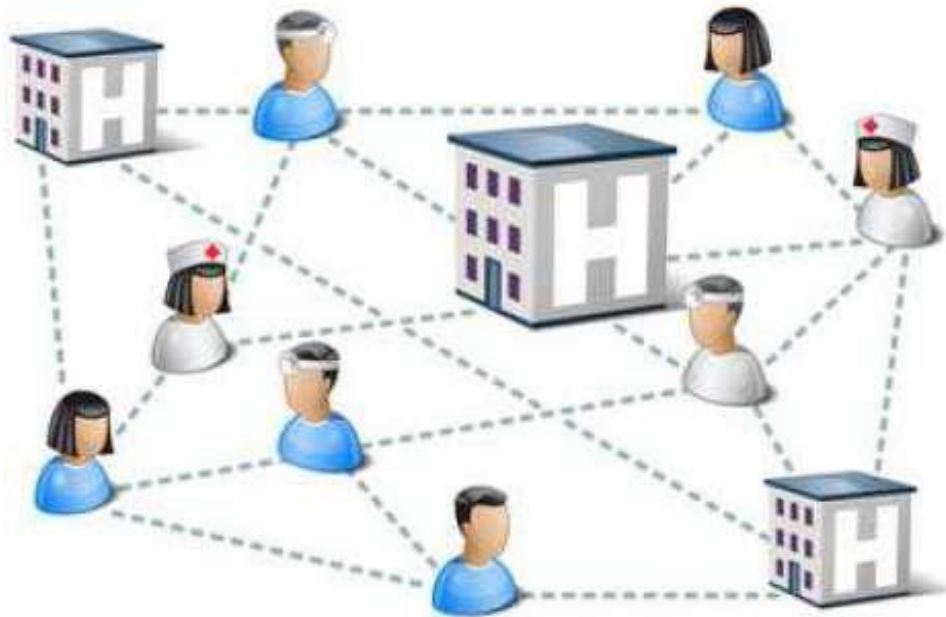
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Un modello in rete più innovativo



Hospital Network (Bruce Bennet, 2015)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Concetto di rete

Le reti nascono quando i sistemi si riempiono di connessioni:

- le reti funzionano se le spinte collaborative bilanciano quelle competitive
- i nodi della rete accettano le condizioni del «gioco di rete»
- le reti complesse devono essere supportate e gestite
- le reti cliniche non coincidono con le reti dell'offerta (strutturali)

Valeria D. Tozzi - Professor di Public Management and Policy - SDA Bocconi (modificato)

Le reti come modelli d'integrazione in ambito oncologico – Meldola, 30/9/2017

Concetto di rete clinica e dell'offerta

Le reti ospedaliere o dell'offerta (*Hospital Network*) non coincidono con le reti cliniche (*Clinical Network*), mentre l'obiettivo del *management* è necessariamente quello di poterle coniugare in modo che le une influenzino le altre.

Ciò può avvenire in modo *top down* (es. razionalizzazione dei nodi attraverso l'applicazione degli standard sui volumi) o *bottom up* (declinazione della rete clinica e adattamento successivo della rete dell'offerta attraverso i PDTA)

Fausto Nicolini, Le reti come modelli d'integrazione in ambito oncologico, Meldola, 30 settembre 2017

Anche la Legge 208/2015 (c.d. legge di stabilità 2016), ha stabilito, al comma **539** dell'articolo 1, che tutte le strutture pubbliche e private eroganti prestazioni sanitarie devono attivare un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (*Risk Management*) e **modificata dall'art. 16 della L. 24/2017** e recita:

a) attivazione dei percorsi di audit o di altri strumenti finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti, con segnalazioni spontanee degli incidenti e near miss e analisi delle possibili attività finalizzate alla messa in sicurezza dei percorsi sanitari. **I verbali e gli atti conseguenti alle attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari (comma modificato dall'articolo 16 della L. 24/2017);**



- b)** rilevazione del rischio di inappropriately nei percorsi diagnostici e terapeutici e facilitazione dell'emersione di eventuali attività di medicina difensiva attiva e passiva;
- c)** predisposizione e attuazione di attività di sensibilizzazione e formazione continua del personale finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- d)** assistenza tecnica verso gli uffici legali della struttura sanitaria nel caso di contenzioso e nelle attività di stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative;
- d-bis)** predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria (introdotto dall'art. 2, comma 5, L. 24/2017).

Principali metodi di coinvolgimento e partecipazione alla **governance**:

1. definizione di **reti** interne e di **figure con responsabilità** sui processi clinici e organizzativi
2. sistemi di **pianificazione**, di **programmazione** e di **controllo**, anche attraverso il percorso del riesame
3. sistemi di **qualità** e di **risk management**
4. definizione e l'implementazione di **progetti di ottimizzazione organizzativa e logistica**
5. creazione di **board** o di organismi (anche non previsti dalle norme)

Clinical Governance - Stato dell'arte ed esperienze delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

1. Definizione di **reti** interne e di **figure con responsabilità** sui processi clinici e organizzativi

a) referenti di Dipartimento;

b) referenti della qualità e del governo clinico;

c) referenti del risk management;

d) animatori della formazione;

a) facilitatori della ricerca;

2. Sistemi di **pianificazione**, di **programmazione** e di **controllo**, anche attraverso il percorso del riesame



Clinical Governance - Stato dell'arte ed esperienze delle Aziende del SSN

1) **Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO)**: di durata triennale (2023-2025) coinvolge direttamente i Direttori di Dipartimento attraverso il Collegio di Direzione

2) Il **processo di programmazione e controllo** articolato su tre livelli: aziendale, di unità operativa ed individuale. Gli obiettivi di Budget e le azioni correttive sono individuati e gestiti con un modello 'a cascata' attraverso la Tecnostruttura, il Collegio di Direzione, i Direttori di UO e i referenti di obiettivo

3) Il **riesame**: la rendicontazione dei volumi di attività e dei costi, al fine di discutere i target raggiunti o gli scostamenti generati in due periodi dell'anno: a giugno per i primi 5 mesi dell'anno e a gennaio per i 12 mesi dell'anno precedente

“Big Idea”

Oltre 25 anni di *clinical governance*

“Un contesto in cui le organizzazioni assumono la responsabilità del **miglioramento continuo della qualità** dei loro servizi e della promozione di **elevati standard di assistenza** attraverso la creazione di un ambiente in cui l'eccellenza clinica possa fiorire”

(A First Class Service, 1998)

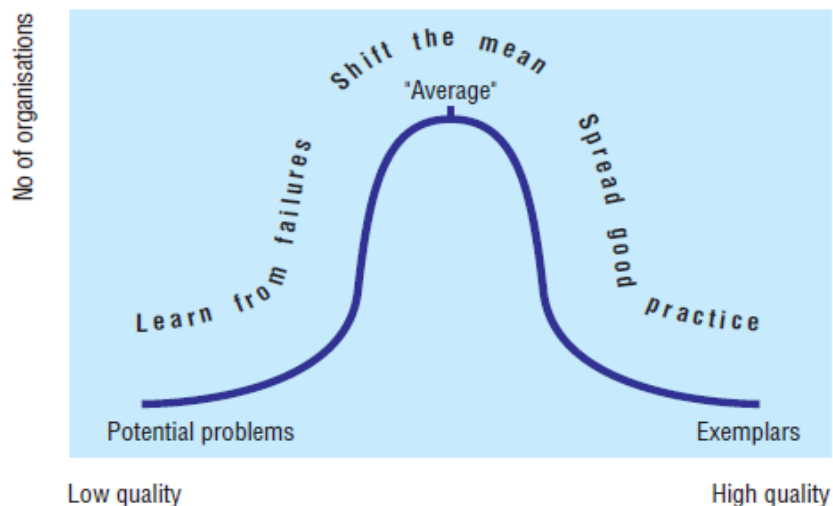


Fig 1 Variation in the quality of health organisations

Clinical governance and the drive for quality improvement
in the new NHS in England

Scally and Donaldson BMJ 1998;317:61-65



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA

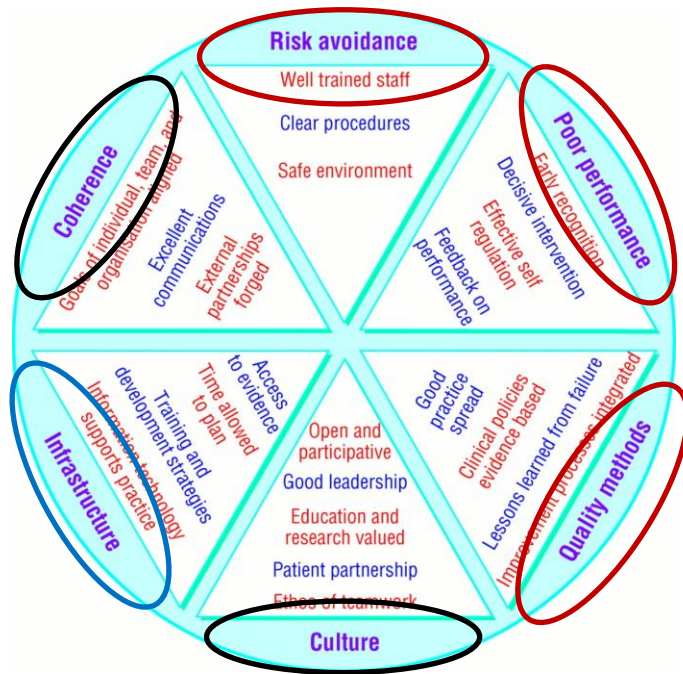


ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Obiettivi e strumenti del Governo Clinico

In sostanza, l'**obiettivo** "di riuscire a **coniugare l'approccio professionale-clinico** (qualità professionale) **con quello gestionale** (qualità organizzativa) nell'ottica di **governare i processi assistenziali**, più che le malattie"

F. Stanislao, 2004



Integrating approaches of clinical governance

Scally and Donaldson BMJ 1998

- adozione di tecniche e strumenti per la valutazione della qualità dell'assistenza (*linee-guida, audit, indicatori, gestione del rischio*)
- partecipazione organizzativa
- creazione di una tecnostruttura e relativa tecnocrazia

L'eterna attualità di alcune tematiche del governo clinico

- ❖ Erogazione di cure *evidence-based*
- ❖ Relazione fra autonomia e responsabilità professionale
- ❖ Partecipazione dei professionisti al governo del sistema
- ❖ Valutazione delle performance sanitarie e professionali



Erogazione di cure *evidence-based*

Le speranze



- ❖ Adozione di linee-guida e comportamenti basati sulle evidenze scientifiche
- ❖ *Valutazione clinica del rapporto benefici/rischi*
- ❖ Valutazione dei risultati delle cure
- ❖ *Attenzione alle preferenze dei/delle pazienti*
- ❖ Standard professionali

efficacia
e
sicurezza



appropria
tezza



The
Right
Care



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA
UNIVI
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
UM
INA



Siamo riusciti nel tentativo di governare la pratica clinica facendo ricorso in modo strutturato e continuo a raccomandazioni con valore di «cogenza normativa»?

Siamo riusciti ad assistere i professionisti nelle decisioni cliniche e i manager nel verificare in esse l'adozione delle linee guida?

Siamo riusciti a porre la **relazione medico-paziente** al centro delle decisioni cliniche considerando preferenze e aspettative dei/delle pazienti?

Erogazione di cure evidence-based



...a cui aggiungere...



- ❖ Produzione e disseminazione di informazioni inadeguate o illusorie (innovazioni)
- ❖ Scarsa etica professionale
- ❖ Distorsione dei bisogni

Incremental innovation is sustainable?



- ❖ Sovra e sotto-utilizzo delle cure: inappropriately or even waste?
- ❖ Medicina difensiva

More care is better care?



- ❖ Dominanza del modello biomedico rispetto ai bisogni del/la paziente
- ❖ Eccesso di trattamenti incentrati sulla malattia

Can we ensure that health outcomes are those that matter to patients?



Partecipazione dei professionisti al governo del sistema

Le speranze



Clinical engagement

- ❖ Il contributo degli operatori all'organizzazione/trasformazioni dei servizi
- ❖ La responsabilizzazione dei professionisti per un uso più razionale delle risorse
- ❖ L'organizzazione come comunità e i professionisti come risorsa, non come fattore produttivo da controllare
- ❖ Il valore aggiunto della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità

Le delusioni



- ❖ Scarsa motivazione e valorizzazione degli operatori sanitari
- ❖ Condizioni lavorative peggiorative per blocco del turnover e delle retribuzioni
- ❖ Scarsa integrazione fra assistenza, ricerca e formazione
- ❖ Risparmio delle risorse come riduzione degli sprechi
- ❖ Conflittualità e mancata alleanza tra componenti manageriale e clinica

Valutazione delle performance



Le speranze



- ❖ Garanzia di trasparenza per i cittadini sui risultati di salute
- ❖ Capacità di «rendere conto» della variabilità nella pratica clinica
- ❖ I sistemi di valutazione e monitoraggio ... il Piano Nazionale Esiti
- ❖ L'accreditamento professionale
- ❖ Gli **audit**

Le delusioni



- ❖ L'affidabilità dei dati e delle valutazioni comparative
- ❖ La pubblicizzazione degli esiti
- ❖ I grandi volumi di informazioni che rendono più difficili le decisioni cliniche

EMPOWERMENT AND ENGAGEMENT

Il team di assistenza sanitaria comprende anche i/le pazienti e/o i loro caregiver.

Pazienti e caregiver rivestono un ruolo fondamentale nel garantire un'assistenza sanitaria sicura.

Un team efficace è quello in cui i suoi membri, tra cui anche il/la paziente, comunicano tra di loro, così come uniscono le loro osservazioni, competenze e responsabilità decisionali per ottimizzare le cure...
Il ruolo della comunicazione ed il flusso di informazioni fra operatori sanitari e pazienti può essere reso complicato a causa della **distribuzione della responsabilità clinica e professionale tra i diversi membri del team di assistenza sanitaria, MA È UNA COMPLESSITÀ DA STUDIARE E SUPERARE...**



OECD Patient engagement for patient safety

(15 September 2023)

The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety

Patients' and citizens' perspectives and their active engagement are critical to make health systems safer and people-centred, and are key for co-designing health services and co-producing good health with healthcare professionals, and building trust in health systems. Patients, families, caregivers and citizens can contribute towards improving patient safety at all levels from clinical, local, institutional (e.g. hospital, nursing home), community (e.g. primary care, home care) and national levels of healthcare systems. This report, the sixth in the series on the Economics of Patient Safety, covers: (i) the economic impact of patient engagement for patient safety; (ii) the results of a pilot data collection to measure patient-reported experiences of safety and; (iii) the status of initiatives on patient engagement for patient safety taken in 21 countries, which responded to a snapshot survey. It also provides recommendations for countries to enhance patient engagement for patient safety.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



Grazie
per l'attenzione!



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA