

Audit per...

Viola Damen





La prospettiva tradizionale

EBM

Appropriatezza

Efficacia

...



Altre 2 possibili prospettive

equità

sicurezza



Health Equity Audit

IL CONTRASTO DELLE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE



uguaglianza

Tutti i cittadini
hanno pari dignità sociale e sono eguali
davanti alla legge,
senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione,
di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA
PRINCIPI FONDAMENTALI
Art. 3



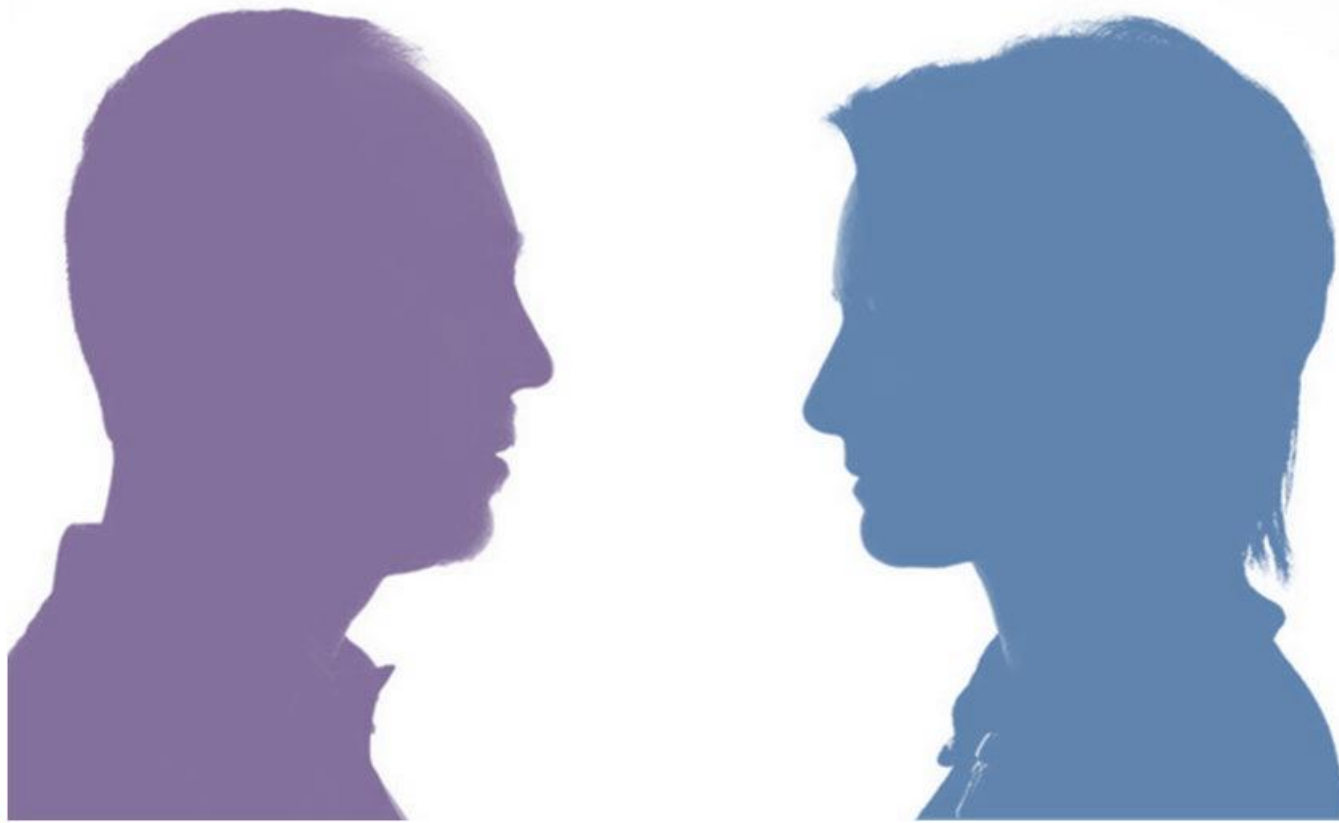
uguaglianza

È compito della Repubblica **rimuovere gli ostacoli** di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana ...

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA
PRINCIPI FONDAMENTALI
Art. 3



difference



gli “strand” dell’equità



genere



gli “strand” dell’equità



colore



gli “strand” dell’equità



disabilità



gli “strand” dell’equità



religione



gli “strand” dell’equità



orientamento sessuale



Alcune “differenze” generano diseguaglianze che sono considerate ingiuste ed evitabili....

Le differenze nella salute generate da differenza di reddito/posizione sociale possono essere definite a buona ragione disuguaglianze, perchè evitabili, e in molti casi inique e ingiuste.

M. Whitehead, The concepts and principles of equity and health, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.



disuguaglianze



“Diversi si nasce, disuguali si diventa”

La nostra società presenta le disuguaglianze come se fossero un dato di fatto, anziché il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate e, quindi, organizzate nello spazio e nel tempo.

[Sennet, 2003]

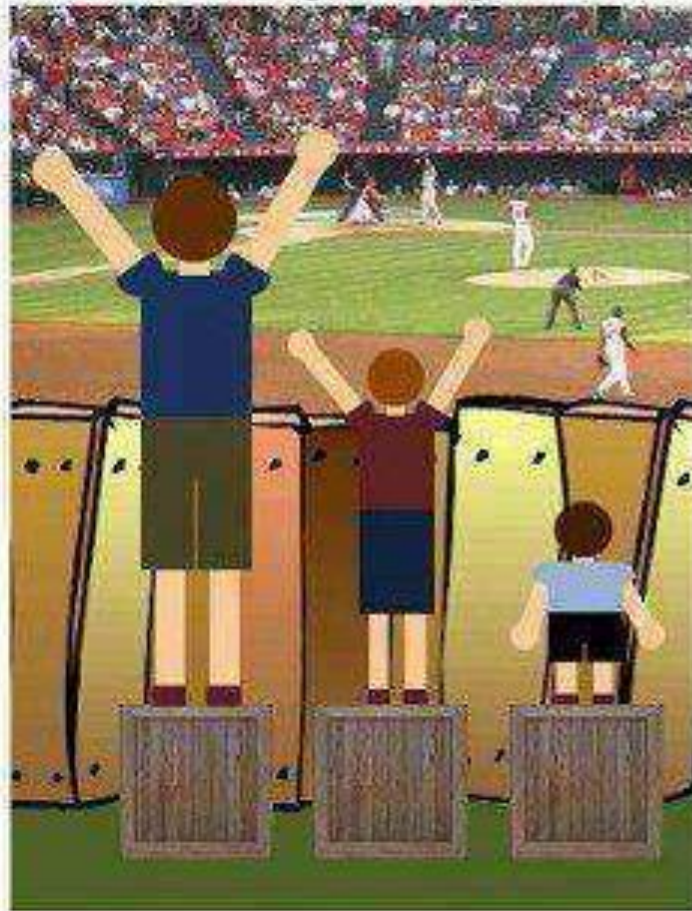


Occorre creare sistemi che applichino il principio di uguaglianza tenendo in considerazione le diversità.



L'uguaglianza non è giustizia

Uguaglianza



Equità



Non c'è nulla di più ingiusto che fare parti uguali
tra diseguali.

Don Lorenzo Milani



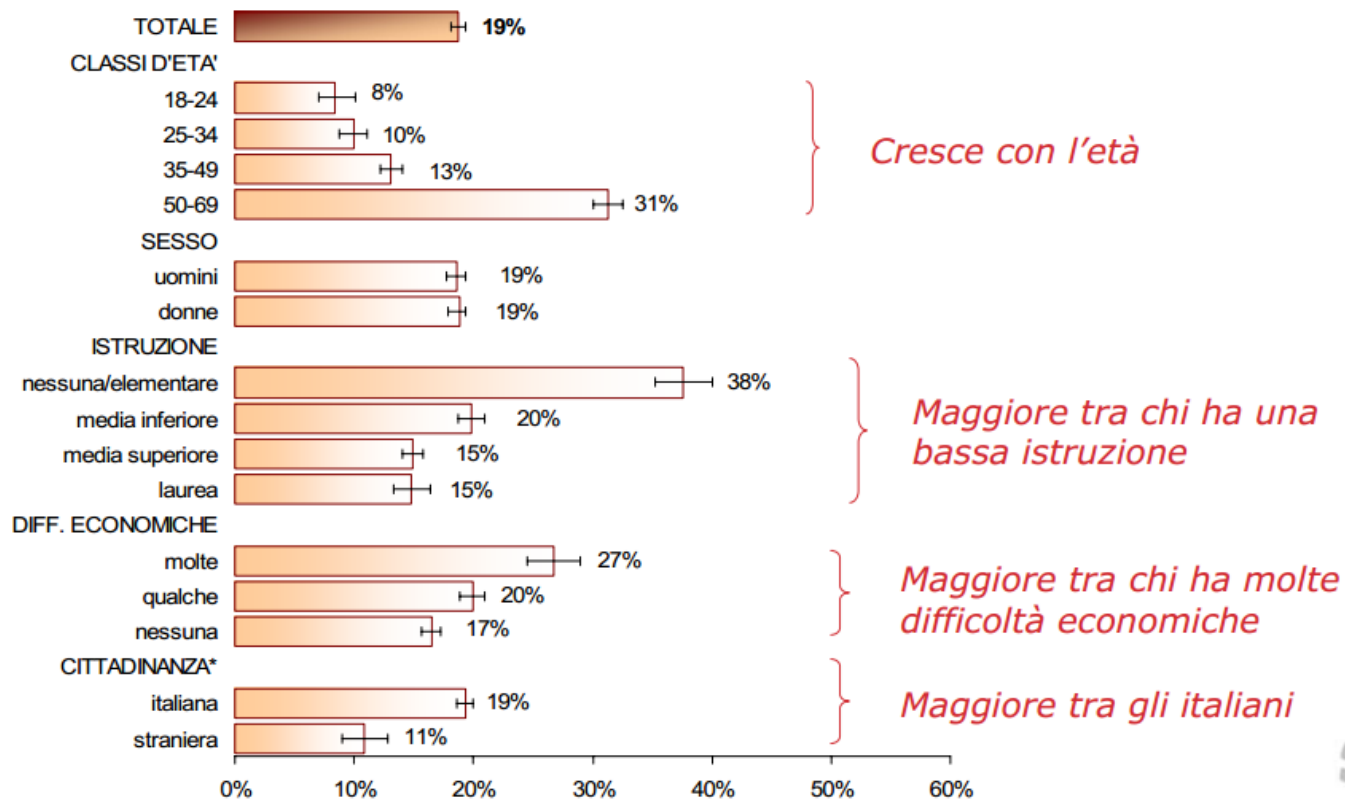
È un nostro problema???

- Universalità
- Gratuità
- Standardizzazione
- Medicina basata sulle evidenze
- ...



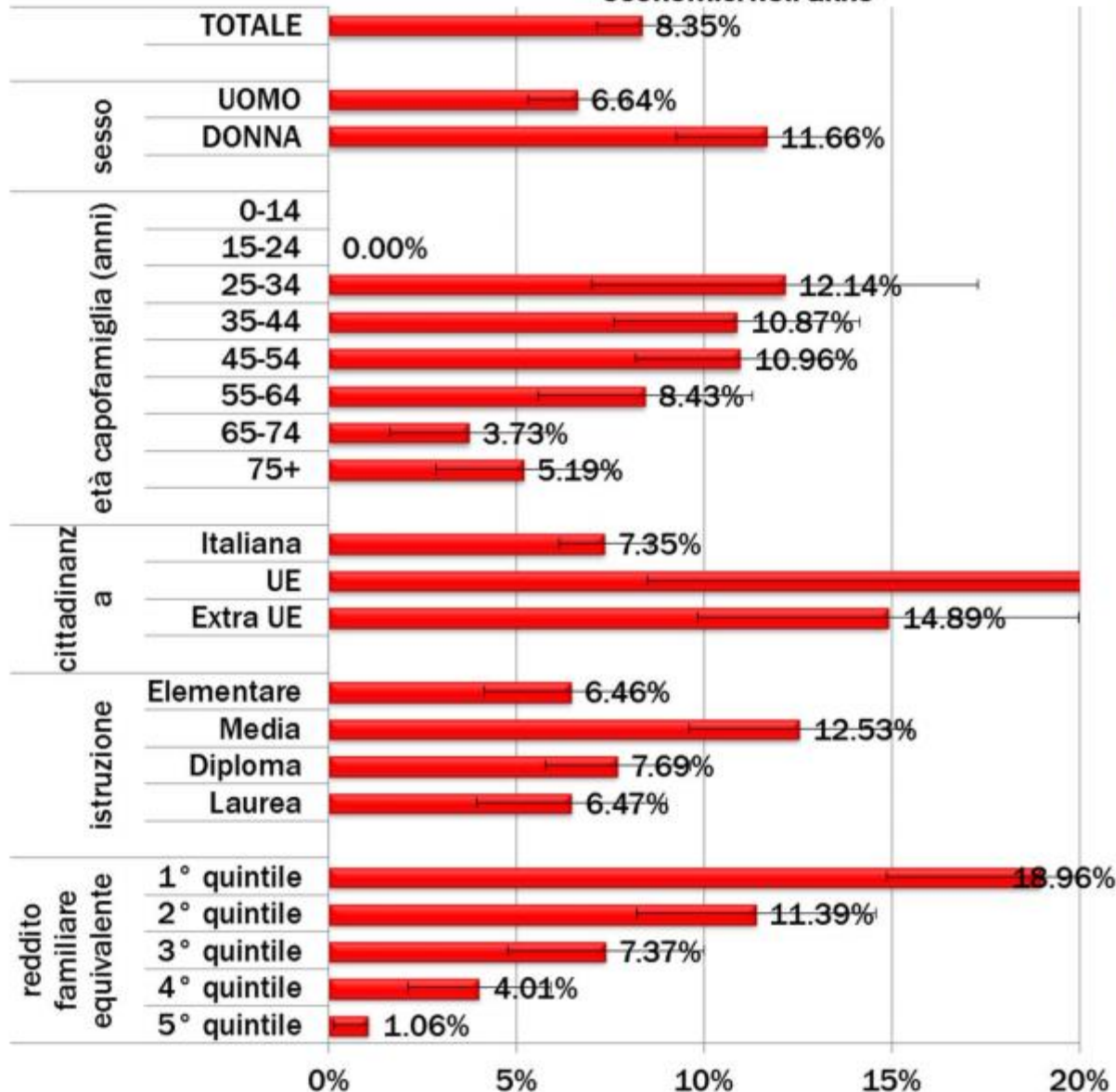
In provincia di Modena

Presenza di almeno una patologia cronica



* Italiani: persone con cittadinanza italiana o provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA)
Stranieri: persone immigrate da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

% individui che hanno dovuto rinunciare a cure per motivi economici nell'anno



Riflessioni:
I cittadini che hanno dovuto rinunciare a curarsi per motivi economici sono più dell'**8%** della popolazione modenese;

E' più alta la deprivazione:

- Tra i 25 e 54 anni, ciò significa in particolar modo le famiglie con figli e famiglie giovani;
- -Per le donne rispetto agli uomini;
- -Diminuisce al crescere dell'età.
- -Maggiore fra i cittadini Extra UE;
- Aumenta al diminuire del benessere economico, del titolo di studio;

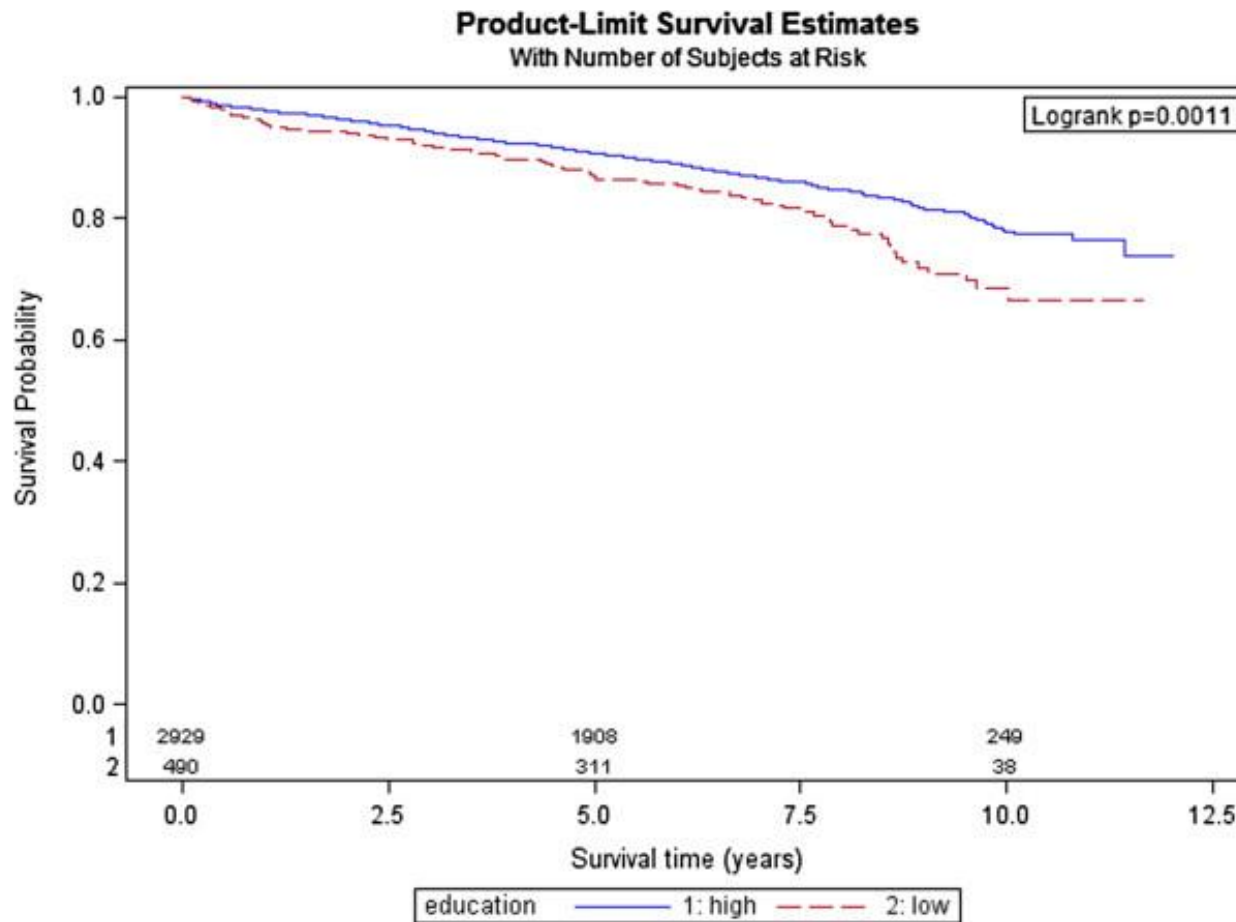


Mortalità dei passeggeri per classe di imbarco sul Titanic

- **Prima classe = 38%**
- **Seconda classe= 57%**
- **Terza classe= 74%**
- **Equipaggio= 76%**

Fonte: “il diritto negato” Pensiero
Scientifico Editore





[Long-term survival among older patients with myocardial infarction differs by educational level: results from the MONICA/KORA myocardial infarction registry](#)

Inge Kirchberger, Christa Meisinger, Hildegard Golüke, Margit Heier, Bernhard Kuch, Annette Peters, Philip A Quinones, Wolfgang von Scheidt, Andreas Mielck *International Journal for Equity in Health* 2014, **13**:19 (19 February 2014)

I medici e le diseguaglianze nella salute

di Gavino Maciocco su Salute per tutti del 01/09/2013

Le crescenti diseguaglianze socio-economiche stanno producendo crescenti e inaccettabili diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria, tra differenti gruppi di popolazione.

Le diseguaglianze nella salute sono oggi il più importante problema di sanità pubblica.

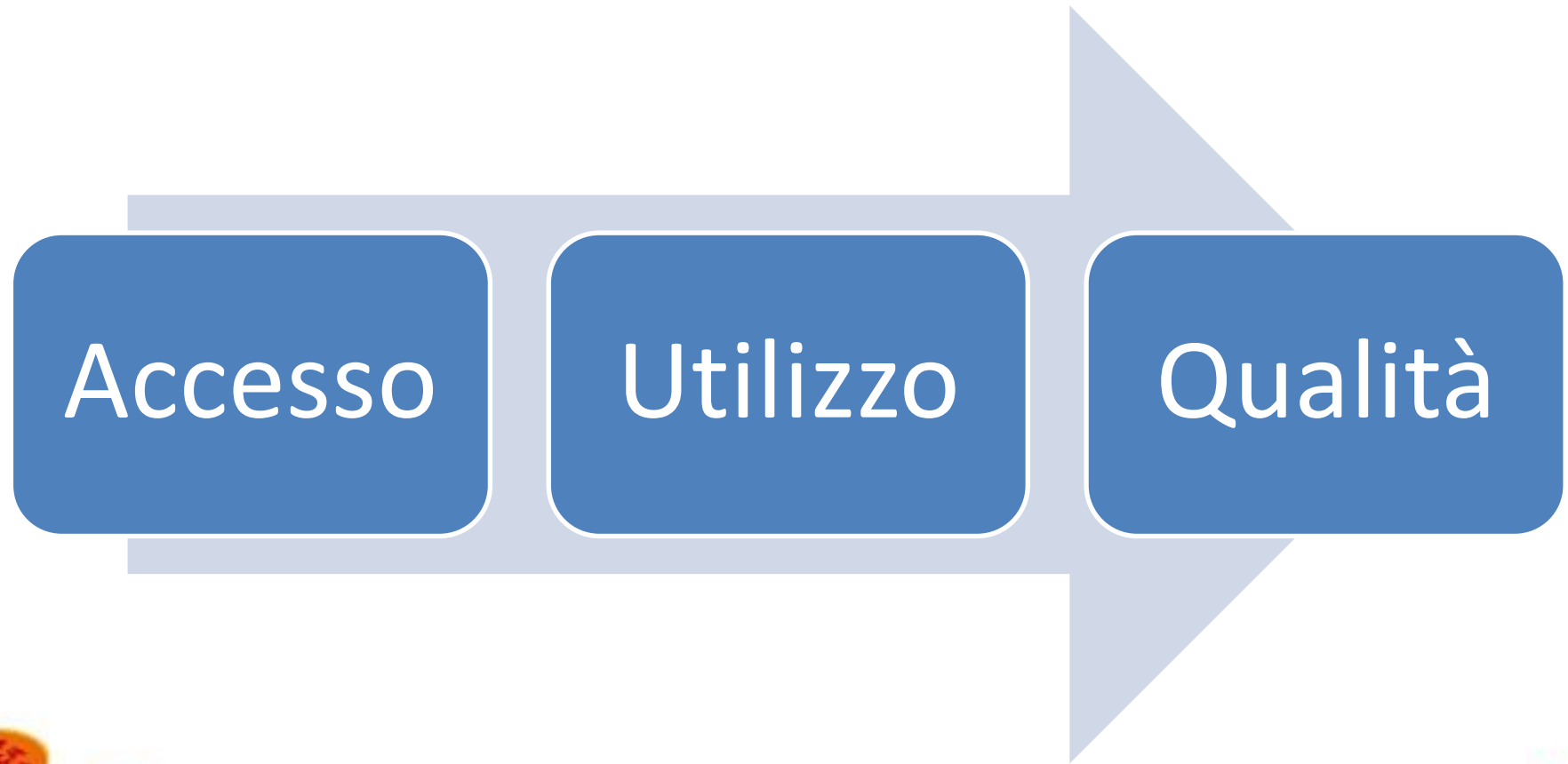


Una prospettiva organizzativa

La diversità spesso emerge dell'organizzazione come una “non conformità” in un processo o in un esito (accessi inappropriati, accessi ripetuti, conflitti, mancata adesione alle indicazioni...).



Disuguaglianza nell'assistenza sanitaria



Occorre creare sistemi che considerino l'equità un elemento della propria gestione (al pari di efficacia, efficienza, appropriatezza, ecc)



Health Equity Audit-HEA (valutazione di equità in salute)

- Processo attraverso il quale **tutti gli attori** (amministratori, professionisti, utenti, cittadini) valutano **sistematicamente** le **disuguaglianze** nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata **popolazione** garantiscono che **l'azione di contrasto** sia condivisa e incorporata nella programmazione locale, nei servizi e nella pratica.

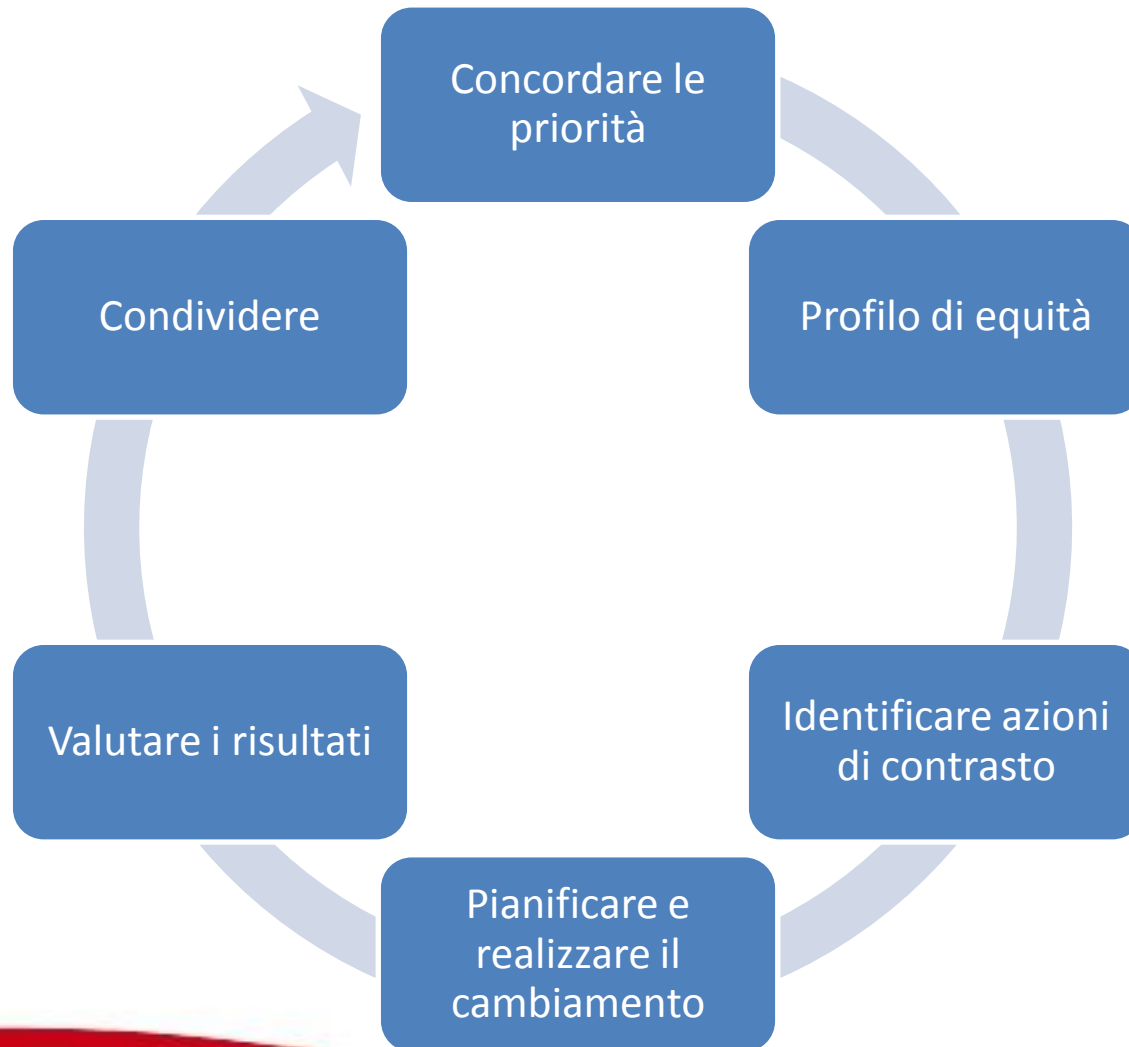


A che domande risponde?

- Quali sono le diseguaglianze di salute per un particolare gruppo di popolazione o area?
- Come sono distribuite le risorse per la salute in relazione ai bisogni di salute e accesso ai servizi dei differenti gruppi di popolazione?
- Quali problemi di diseguità sono da affrontare prioritariamente?
- Quali programmi già attivi possono contribuire a contrastare le diseguità?
- Quali altre azioni possono essere attivate da servizi pubblici e altri attori sociali?



Il ciclo del HEA



Esempio Cesena

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

Profilo della
popolazione
immigrata nei Comuni
del territorio
Cesenate

Gennaio 2006



A cura di
M.Palazzi; E. Bakken;
P. Vitali; F. Righi; N. Bertozzi;
A. Strada; R. Chattat; C. Celeste; A. Bazzocchi.



Il problema:

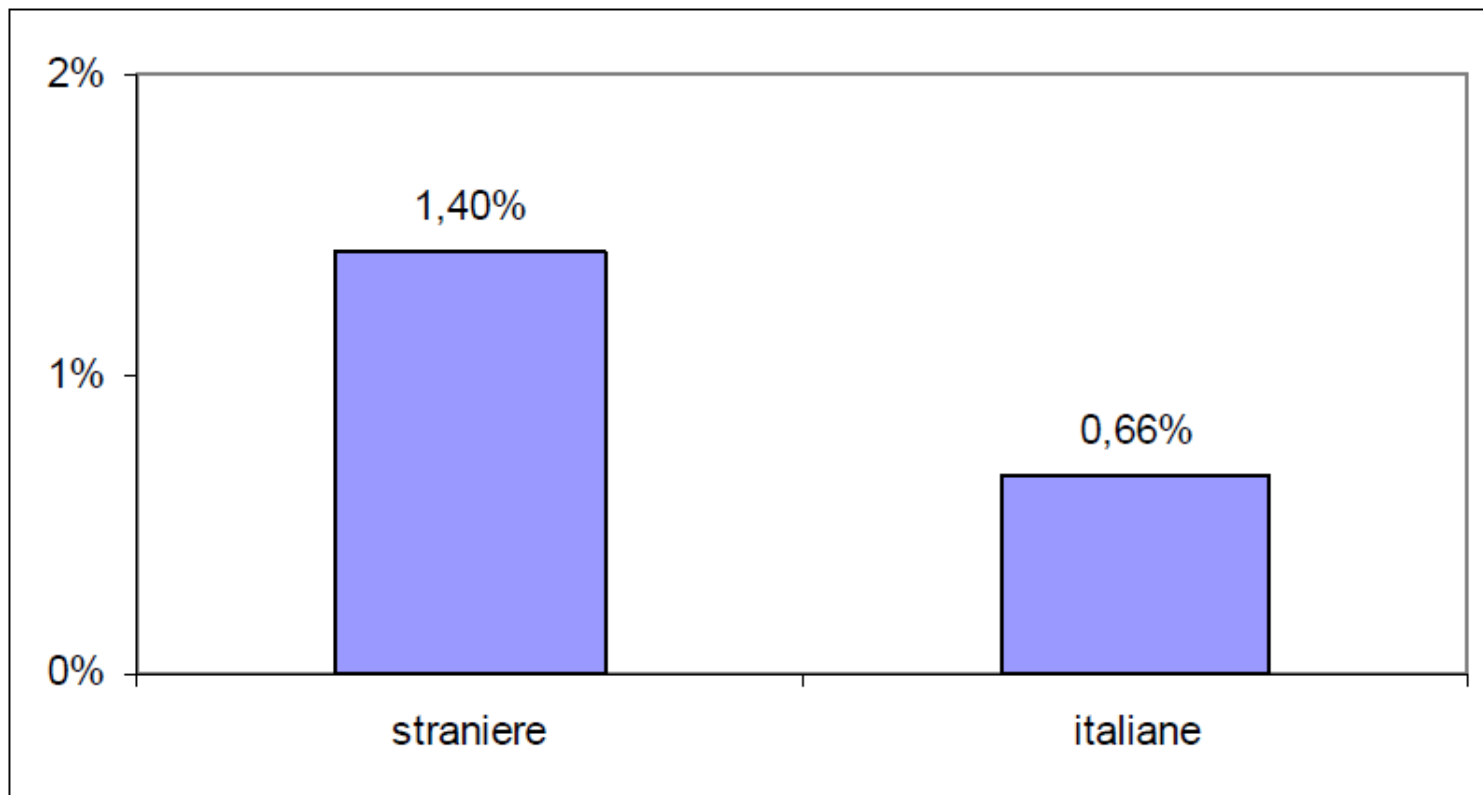
**Scarsa adesione
delle donne
immigrate agli inviti
per lo screening del
collo dell'utero**



| Tasso di adesione | 2003-04 | 2005-06 |
|---|------------|------------|
| italiane | 54% | 50% |
| Straniere da Paesi a forte pressione migratoria | 37% | 32% |



Percentuale donne conizzate su totale aderenti anni 2006-08





Problemi emersi dai focus group



- **Scarsa informazione** sul programma di screening
- **Scarsa conoscenza delle lingua italiana**
- Problemi di **accesso** per orari di apertura e orari di lavoro, trasporti...
- **Atteggiamenti socio culturali** (diffidenza, paura, cultura della prevenzione, immagine dei servizi spesso legata a quelli del Paese di provenienza...)





Alcune azioni....

- **Riscrittura delle lettere di invito** allo screening e altri materiali informativi nel 2008
- **Percorso facilitato per le donne immigrate irregolari.**
- **Apertura del consultorio al sabato.**
- **Aumentato il numero e l'attività dei mediatori linguistico culturali** nei consultori.



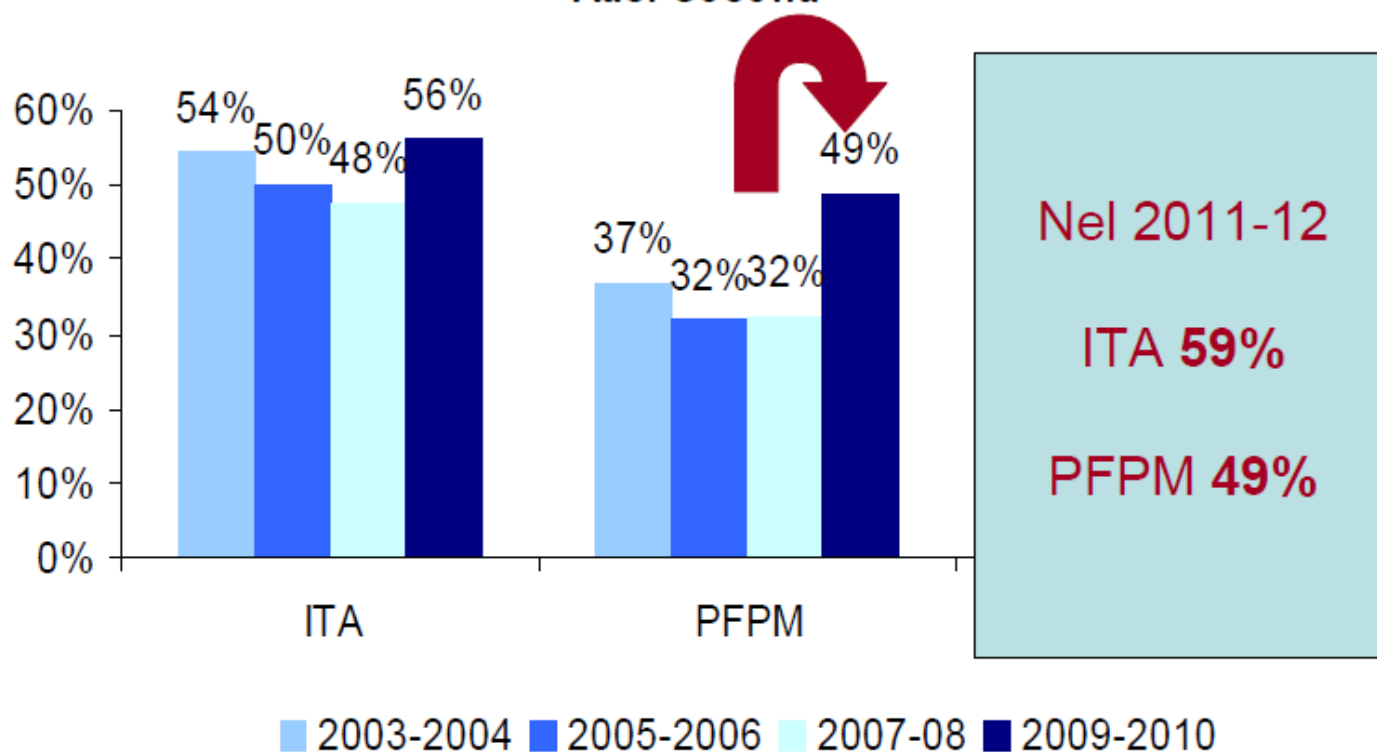


- **Organizzati 20 incontri** presso le comunità di immigrati stranieri nei svolti da operatori AUSL e mediatori e **7 incontri** organizzati da ESC (circa **200** persone raggiunte) 2009/10
- **Oltre 3000 donne contattate al telefono** dai mediatori nel 2009/11 e **242 pap test fatti** su 880 donne elegibili (**27%**), individuate **due displasie** (basso e alto grado). (costo 220 ore = 4400€)



17% in più di adesione nel 2009/10

Tasso di adesione allo Screening della cervice uterina Ausl Cesena





Cosa abbiamo imparato

- **La ricerca attiva è efficace!**
- **Ascoltare le comunità:** rispondere ai loro bisogni, seguire i loro consigli
- **Utilizzare le ESC (Agenti di Salute), ma prevedere un riconoscimento anche economico**
- **Inserirsi nelle altre iniziative già in atto** (es. centri per le famiglie, scuole di lingua)
- **Sviluppare interventi di tipo attivo e con più modalità** (formazione, educazione tra pari, telefonata...)
- **Monitorare e valutare periodicamente per correggere le strategie**



Significant Event Audit

L'AUDIT PER LA SICUREZZA



L'Audit della GDR

La revisione tra pari di processi/percorsi assistenziali in casi esitati in un **pre-definito** *outcome* sfavorevole



la Gestione del Rischio

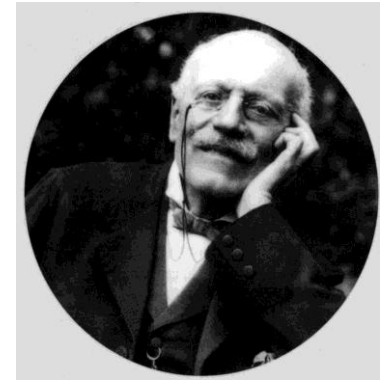
Il **Risk Management** in sanità rappresenta l'insieme di varie azioni complesse messe in atto per *migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie e garantire la sicurezza del paziente*, sicurezza basata sull'apprendere dall'**errore** (evento avverso/esito sfavorevole).

Il Risk Management deve interessare tutte le aree in cui **l'errore** si può manifestare durante il processo clinico assistenziale del paziente.



“ ... lo stimo mio dovere di farvi assistere anche agli errori, affinché sappiate come questi possano talora evitarsi o come talora possano anch'essere inevitabili. Se poi una volta dovessimo concludere che nessun giudizio è possibile, sarebbe per tutti noi anche questa una buona notizia di modestia [...] bisogna farsi una regola costante di criticar tutto e tutti, prima di credere: bisogna domandarsi sempre come primo dovere - perché io devo credere questo?-”

AUGUSTO MURRI (1841-1932)



Come apprendere dagli errori?

DEVO FARMI
UN ESAME
DI COSCIENZA.

CHIAMA
I N.A.S.



Attraverso un'analisi del proprio operato ovvero attraverso un esame di ..
....*conoscenza*



IL PROTOCOLLO NAZIONALE PER GLI EVENTI SENTINELLA



Ministero della Salute

Ministero della Salute

Definizione di evento sentinella (protocollo)

E' un evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.

Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.



Lista eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato;
2. Procedura in parte del corpo sbagliata (lato, c
3. Errata procedura in paziente;
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno che richieda un successivo intervento o ulteriori
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incor
6. Morte, coma o gravi alterazioni funzionali der terapia farmacologica;
7. **Morte materna o malattia grave correlata al tr**
8. **Morte o disabilità permanente in neonato san grammi non correlata a una malattia congenit**



Lista eventi sentinella

9. Morte o grave danno per caduta di paziente;
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente;
11. Violenza su paziente;
12. Violenza su operatore da parte di paziente;
13. Morte o grave danno connesso al sistema di trasporto;
14. Morte o grave danno connesso alla errata attribuzione di codifica presso il triage del pronto soccorso;
15. Morte o grave danno da complicazione post chirurgica;
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno;



II SEA

Significant Event Audit

Si applica a tutti gli eventi “significativi”

“QUALSIASI EVENTO CHE CIASCUN MEMBRO DELL'EQUIPE ASSISTENZIALE RITENGA POSSA ESSERE SIGNIFICATIVO PER L'ASSISTENZA EROGATA AI PAZIENTI O PER LO SVOLGIMENTO DELLA PRATICA CLINICA”

Pringle, M., Bradley, C.P. et al. Significant event auditing. A study of the feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. Occasional Paper n. 70 (1995) Royal College of General Practitioners. London. RCGP



CHE COSA SI INTENDE PER **EVENTO SIGNIFICATIVO**

- Evento sentinella
- Errore
- Quasi evento (near miss)
- Evento avverso
-

SONO TUTTI EVENTI SIGNIFICATIVI



Come intercettare l'evento di interesse?

- Il reporting: segnalazione spontanea degli EA mediante sistemi codificati
- Revisione documentazione sanitaria
- Discussione di casi clinici con esito sfavorevole, inaspettato



Significant Event Audit


National Patient
Safety Agency
National Reporting
and Learning Service

A quick guide to conducting a Significant Event Audit

Conducting an effective Significant Event Audit (SEA) allows you and your team to highlight and learn from both strengths and weaknesses in the care you provide.

Improving the quality and safety of patient care is a key clinical governance priority in primary healthcare and SEA has an important role in contributing to this aim.

This quick guide to conducting an effective SEA will help you and your team improve care for all your patients.

The seven stages of Significant Event Audits

Stage 1 – Awareness and prioritisation of a significant event

Staff should be confident in their ability to identify and prioritise a significant event when it happens. The practice should be fully committed to the routine and regular audit of significant events.

Stage 2 – Information gathering

Collect and collate as much factual information on the event as possible from personal testimonies, written records and other healthcare documentation. For more complex events, an in-depth analysis will be required to fully understand causal factors.

Stage 3 – The facilitated team-based meeting

The team should appoint a facilitator who will structure the meeting, maintain basic ground rules and help with the analysis of each event. The team should meet regularly to discuss, investigate and analyse events. These meetings are often the key function in co-ordinating the SEA process and they should be held in a fair, open, honest and non-threatening atmosphere.

Agree any ground rules before the meeting starts to reinforce the educational spirit of the SEA and ensure opinions are respected and individuals are not 'blamed'.

Minutes of the meeting should be taken and action points noted. These should be sent to all staff, including those unable to attend the meeting.

An effective SEA should involve detailed discussion of each event, demonstration of insightful analysis, the identification of learning needs and agreement on any action to be taken.



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI

ESSENZIALI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

Ufficio III

L'AUDIT CLINICO

MAGGIO 2011

**Per scaricare la guida completa al SEA
consultare il sito
www.npsa.nhs.uk/nrls/gp**



CHE COS'È IL Significant Event Audit?

“ UN PROCESSO IN CUI SINGOLI EPISODI (QUANDO SI È VERIFICATO UN EVENTO SIGNIFICATIVO SIA POSITIVO CHE NEGATIVO) SONO ANALIZZATI IN MODO SISTEMATICO E DETTAGLIATO PER STABILIRE CHE COSA SI PUÓ IMPARARE CIRCA LA QUALITÀ COMPLESSIVA DELL'ASSISTENZA E PER SEGNALARE EVENTUALI CAMBIAMENTI CHE POTREBBERO PORTARE A MIGLIORAMENTI FUTURI”

Lib. Tradotto *Pringle's SEA Definition*. SEA Guidance for Primary Care Teams. NPSA



DUE CARATTERISTICHE DISTINTIVE

Si focalizza su aspetti negativi (insuccessi, near miss, eventi avversi)

anche se porta all'individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci per ridurre i rischi



DUE CARATTERISTICHE DISTINTIVE

*Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto **un'attività di riflessione condivisa tra pari.***

Pertanto, si differenzia dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti.



FINALITÀ

- Identificare nei singoli casi in esame le azioni utili o dannose che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito.
- Promuovere una cultura della trasparenza finalizzata al miglioramento e non alla colpevolizzazione.
- Coinvolgere i vari professionisti che operano nei diversi settori correlati all'evento avverso.
- Favorire la costituzione di un gruppo di pari e l'opportunità di sostegno ai professionisti in caso di episodi di stress.
- Individuare le buone pratiche.
- Sostenere la crescita professionale identificando le esigenze di aggiornamento del gruppo e dei singoli.



LE SETTE FASI DEL SEA

Fase 1 – Consapevolezza e prioritizzazione di un evento avverso

Quando si verifica un evento avverso, lo staff medico dovrebbe fidarsi delle proprie capacità di identificarlo e metterlo in cima alla lista delle priorità. La pratica dovrebbe prevedere un impegno costante nell'attività clinica di routine e nello svolgimento regolare di audit su eventi avversi.

Fase 2 – Raccolta di informazioni

Raccogliete e mettete in relazione il maggior numero possibile di informazioni basate sui fatti, testimonianze individuali, rapporti scritti e altri documenti sanitari riguardanti l'evento avverso. Per eventi più complessi, sarà necessaria un'analisi approfondita per comprendere appieno i fattori scatenanti.

Fase 3 – Incontro del team alla presenza di un facilitatore

Il team dovrebbe nominare un facilitatore che organizzi un incontro, mantenga delle regole di base essenziali e fornisca il proprio supporto durante l'analisi di ciascun evento. Il team dovrebbe incontrarsi regolarmente per discutere, indagare ed analizzare gli eventi. Tali incontri sono spesso un elemento funzionale importantissimo nel coordinamento del processo di un SEA e dovrebbero aver luogo in un ambiente stimolante, coscienzioso e affatto minaccioso.

Per rafforzare lo spirito educativo del SEA, concordate ogni regola di base prima dell'inizio di un incontro ed assicuratevi che le opinioni vengano rispettate e che gli individui non vengano "colpevolizzati".

Occorrerebbe redigere un verbale ad ogni incontro e riportare in forma scritta la lista delle azioni da intraprendere. Questa documentazione dovrebbe essere inviata a tutto lo staff, inclusi coloro che non hanno potuto essere presenti all'incontro.

Un SEA efficace dovrebbe prevedere una discussione dettagliata di ogni evento, un'analisi approfondita, l'identificazione del bisogno di incrementare la propria conoscenza e l'accordo su ogni azione da intraprendere.



Fase 4 – Analisi dell'evento avverso

L'analisi dell'evento avverso può essere guidata attraverso le risposte date alle seguenti quattro domande:

1. Cosa è accaduto?
2. Perché è accaduto?
3. Cosa si è imparato?
4. Cosa è stato cambiato o è stato attivato?

Questi alcuni dei risultati possibili:

- non è necessario intraprendere alcuna azione;
- si festeggia l'ottima assistenza fornita;
- si identifica il bisogno di incrementare la propria conoscenza;
- è necessario un audit convenzionale;
- si deve immediatamente intraprendere un'azione;
- è necessaria un'ulteriore indagine;
- si condivide ciò che si è appreso.



Fase 5 – Concordare, realizzare e monitorare il cambiamento

Ogni azione concordata dovrebbe essere realizzata da tutto il gruppo scelto per coordinare e monitorare il cambiamento, e allo stesso modo la pratica dovrebbe procedere secondo i risultati degli audit “tradizionali”.

Il progresso nella realizzazione del cambiamento necessario dovrebbe essere sempre monitorato e posto all’ordine del giorno a vantaggio di gruppi che lavoreranno in futuro o per altri incontri su eventi avversi.

Dove necessario, la realizzazione effettiva e il monitoraggio del cambiamento sono un elemento vitale per il processo del SEA. Per verificare la riuscita del SEA, lo staff dovrebbe chiedersi “Qual è la probabilità che l’evento si verifichi nuovamente?”.

Fase 6 – Lasciare una traccia scritta

È importante tenere una traccia scritta, dettagliata e in forma anonima di ogni SEA, dato che gli organi esterni avranno bisogno di prove a testimonianza del fatto che il SEA sia stato condotto in modo appropriato per raggiungere standard elevati. Il rapporto SEA è una traccia scritta che mostra quanto efficacemente sia stato analizzato un evento avverso.



Fase 7 – Fare un resoconto, condividere e riesaminare

Nella medicina generale, riferire i fatti quando qualcosa va storto è essenziale. Il personale dovrebbe segnalare formalmente quegli eventi in cui la sicurezza del paziente è stata, o avrebbe potuto essere, compromessa (al [National Reporting and Learning Service](#), oppure attraverso organismi di cure primarie od organizzazioni sanitarie).

Laddove esiste una struttura simile, i professionisti dovrebbero diffondere il sapere su eventi avversi rilevanti ai dirigenti della Clinical Governance affinché altri possano imparare da questo bagaglio di conoscenze.



Il ciclo del SEA

