

Come migliorare la qualità professionale

A. Bonaldi

Direzione Sanitaria, Azienda Ospedaliera di Verona, Verona

How to improve clinical competence

Every day there are many patients that suffer or undergo more or less serious damage to their health because of the poor quality of healthcare they receive. Most of these injuries could be avoided by improving the professional quality of healthcare. This presentation outlines an ideal pathway by providing methodological indications and practical tools to clinicians and healthcare workers who wish to increase their skills in planning, supporting and evaluating initiatives of professional quality improvement in their organizations. In particular, the article indicates how clinical competence can be expressed, measured, evaluated and improved. To this end we introduce some basic concepts relative to efficacy (is what I do for my patients useful?), appropriateness (am I doing it to the right persons?) and effectiveness (does the treatment, when transferred to a local operating context, improve the health of the patients receiving it?). The article gives some suggestions to measure quality through process indicators (what has been done to the patients during the process of caring) and outcome indicators (the benefits obtained by the patients from the treatments received), highlighting both advantages and limitations. We then introduce four increasingly complex models for evaluating health interventions: descriptive evaluation, process evaluation, outcome evaluation and experimental designs. Finally, we describe Shewhart's cycle of continuous improvement, which is a useful tool for implementing, directing and spreading continuous quality improvement into an healthcare organisation. (G Ital Nefrol 2002; 19 (suppl 21): S14-20)

KEYWORDS: Continuous quality improvement, Quality assurance, Healthcare quality, Clinical competence, Outcome and process assessment

PAROLE CHIAVE: Miglioramento continuo della qualità, Verifica della qualità, Qualità dei servizi sanitari, Qualità professionale, Valutazione di esito e di processo

Nel corso della mia (ahimè) non breve esperienza di direttore sanitario e docente mi sono trovato spesso di fronte a persone davvero molto interessate a migliorare la qualità professionale del proprio lavoro ma un po' impacciate nell'intraprendere proprie iniziative perché prive di un'adeguata chiave di lettura del "mondo della qualità", di una visione generale dei metodi disponibili e degli strumenti specificamente studiati per aiutarli nei loro genuini tentativi di miglioramento.

Metodologia, disegni e strumenti utilizzati nel campo della qualità e della valutazione degli interventi sanitari in ambito clinico rappresentano ormai un corpo disciplinare ben consolidato. Cosicché, coloro che intendono impegnarsi direttamente in questo settore possono oggi disporre di un grande patrimonio di conoscenze, utilizzabile a diversi livelli di approfondimento.

In questa presentazione ho cercato di dare una visione d'insieme di tali strumenti allo scopo di aiutare gli operatori a riflettere su ciò che fanno e ad individuare un proprio

percorso formativo. Dati i confini di spazio mi sono limitato ad esporre alcuni concetti elementari e i principali strumenti di lavoro, molti dei quali sono ormai patrimonio diffuso tra i medici. Ovviamente, per poter essere pienamente utilizzato, ogni strumento merita un approfondimento specifico che ciascuno potrà programmare in relazione al tempo disponibile, alla voglia e alle attitudini personali.

La presentazione tratta unicamente gli aspetti della *qualità professionale* (il meglio di ciò che le conoscenze e le tecniche sanitarie consentono di ottenere in ordine al problema trattato), trascurando sia gli aspetti relativi alla *qualità percepita* (confronto tra ciò che il paziente desidera ricevere e ciò che ottiene), sia quelli attinenti alla *qualità gestionale* (il modo migliore di gestire le risorse disponibili).

Nell'affrontare l'argomento ho suddiviso l'intervento in quattro parti: come si esprime la qualità professionale, come si misura, come si valuta e come si migliora, cercando di ripercorre un cammino ideale di lavoro così come si presenta a chi abbia deciso di affrontare il tema del miglioramento.

Perché migliorare la qualità professionale delle cure?

Molti pazienti, ogni giorno, soffrono o subiscono danni più o meno gravi alla loro salute a causa della cattiva qualità delle cure che ricevono. Nella maggior parte dei casi tali sofferenze potrebbero essere evitate da standard ordinari di cura. Chassin ha classificato i principali problemi della qualità professionale in tre categorie (1).

Sovrautilizzo. Questo problema si verifica quando si eseguono prestazioni non efficaci o quando i rischi potenziali di una certa prestazione superano i benefici attesi. Gli esempi, come vedremo anche in seguito, sono tantissimi. È stato per esempio dimostrato che il 17% delle coronarografie, il 32% delle endoarteriectomie e il 17% delle endoscopie gastriche vengono eseguite per indicazioni chiaramente inappropriate (2). Nel campo della prevenzione secondaria si pensi allo screening del cancro della prostata con PSA, o allo screening per l'osteoporosi per le donne in post-menopausa mediante densitometria ossea, pratiche oggi assai diffuse per le quali, tuttavia, non disponiamo di chiare prove di efficacia (3).

Sottoutilizzo. Riguarda la mancata somministrazione di un intervento quando esso potrebbe dare sicuri benefici al paziente. Il trattamento dell'ipertensione arteriosa, la profilassi con antiaggreganti dopo incidente vascolare, la cura della depressione, il trattamento delle complicanze del diabete, lo screening per la diagnosi precoce del cancro della cervice uterina, la somministrazione di alcune vaccinazioni, sono interventi di sicura efficacia che non raggiungono, però, tutti i pazienti che potrebbero trarne giovamento.

Cattivo uso. Riguarda i danni alla salute che si verificano nel corso dell'erogazione delle cure. Tale fenomeno ha assunto proporzioni enormi. Un'importante indagine condotta nel 1999 sull'argomento negli USA da parte dell'Institute of Medicine, dell'Accademia Nazionale delle scienze, ha stimato che da 44.000 a 98.000 americani muoiono ogni anno per errori commessi durante il loro ricovero in ospedale. Gli errori medici rappresentano l'ottava causa di morte negli Stati Uniti: più dei decessi per incidenti stradali, aerei, suicidi e avvelenamenti messi insieme (4). Nel Regno Unito quasi l'11% dei pazienti ricoverati subisce un evento dannoso associato alle cure ricevute e almeno un terzo di questi eventi conduce a disabilità o morte (5). Tra gli errori più frequenti ricordiamo: le reazioni avverse da farmaci, le trombosi venose profonde/embolie polmonari, le infezioni ospedaliere, le ulcere da decubito, le cadute accidentali, i reinterventi chirurgici, le emorragie postoperatorie, le complicanze di procedure invasive, gli eventi correlati a guasti o errori d'uso di apparecchiature, gli errori o i ritardi diagnostici, ecc (6).

Come si esprime la qualità professionale?

La qualità dell'assistenza può essere valutata da diversi punti di vista, come per esempio: l'efficacia attesa, l'efficacia pratica, la competenza tecnica, l'accettabilità, l'efficienza, l'accessibilità, l'appropriatezza, la sicurezza, ed altre ancora (7). Come già riferito in questa presentazione mi limiterò a prendere in considerazione gli aspetti più direttamente collegati alla qualità professionale che sostanzialmente si esprime attraverso: l'efficacia attesa, l'efficacia pratica e l'appropriatezza.

Coloro che desiderano migliorare la qualità professionale devono, quindi, confrontarsi con queste tre dimensioni, per ognuna delle quali sono stati messi a punto specifici strumenti di lavoro che è certamente utile conoscere e, almeno in parte, saper utilizzare.

L'efficacia attesa

Ogni medico, nel corso della sua professione, dovrebbe chiedersi con una certa regolarità: *è utile quello che faccio per i miei pazienti?* Per rispondere in modo oggettivo a questo quesito è necessario accertarsi che gli interventi che costituiscono la pratica clinica abbiano dimostrato, attraverso studi epidemiologici e clinici ben condotti, di poter migliorare lo stato di salute delle persone a cui sono somministrati. In altre parole gli interventi devono essere efficaci. Evidentemente tale limite è in continua evoluzione in ragione del progredire delle conoscenze scientifiche e della messa a punto di nuove tecnologie.

Badate bene che solo per farmaci, vaccini e derivati del sangue sono richieste prove di efficacia prima della loro diffusione. Infatti, per introdurre nella pratica clinica nuove procedure mediche e chirurgiche non è richiesta alcuna preventiva autorizzazione di natura legale. Esse si sviluppano, direttamente all'interno del settore sanitario e in molti casi vengono assimilate nell'attività clinica senza una preventiva valutazione dei reali vantaggi conseguenti alla loro applicazione.

Sicuramente una parte rilevante di ciò che costituisce la pratica clinica quotidiana non possiede valide prove di efficacia. La storia della medicina, anche quella più recente, è ricca di casi istruttivi. Si pensi, per esempio, all'uso della calcitonina per la cura dell'osteoporosi (8), alla somministrazione di ferro e folati di routine alle gravide (9), al follow-up intensivo di pazienti operati per cancro del colon (10). È stato calcolato che almeno il 20% degli interventi normalmente prescritti dai medici nei reparti di medicina e durante l'attività ambulatoriale sono privi di valide prove di efficacia (11, 12).

Ma come si può essere sicuri che un intervento è efficace? In rari casi l'efficacia si dimostra semplicemente osservando cosa succede prima e dopo l'applicazione di un certo intervento come per esempio somministrando la

TABELLA I - CATEGORIE DI VALIDITÀ DELLE PROVE DI EFFICACIA (3)

| | |
|------|---|
| I | Risultati ottenuti da almeno uno studio randomizzato, ben condotto. |
| II.1 | Risultati ottenuti da studi con controlli non randomizzati, ben condotti |
| II.2 | Risultati ottenuti da studi di coorte o caso-controllo, preferibilmente realizzati da più di un gruppo di ricerca |
| II.3 | Risultati ottenuti dall'analisi di più serie di casi o senza intervento |
| III | Opinioni autorevoli basate sull'esperienza clinica, studi |

penicillina per la cura della polmonite, intervenendo chirurgicamente nei casi di occlusione intestinale, somministrando l'insulina ai pazienti diabetici o sottoponendo a trattamento dialitico le persone affette da insufficienza renale terminale.

Di norma, tuttavia, non è così. L'efficacia viene misurata, attraverso la ricerca biomedica, preferibilmente con l'esecuzione di studi clinici controllati randomizzati. Tali studi rappresentano il cuore della ricerca biomedica. Archie Cochrane, il famoso epidemiologo inglese che per primo focalizzò l'interesse dei medici sul problema dell'efficacia, già nel 1972 raccomandava che nessun trattamento terapeutico o processo diagnostico fosse introdotto nella pratica medica senza averne verificato l'efficacia mediante la realizzazione di uno studio clinico randomizzato controllato (14).

Nei settori della medicina dove è difficile o impossibile condurre studi sperimentali, assumono valore anche gli studi osservazionali o anche altri tipi di studi, nonché il parere di *opinion-leaders*, come evidenziato nella Tabella I.

È importante, quindi, accertarsi su quali tipi di conoscenze si basa ciò che costituisce la propria pratica clinica corrente e soprattutto i nuovi trattamenti. Per facilitare il reperimento, la valutazione e l'applicazione delle migliori conoscenze scientifiche nella gestione dei pazienti, a partire dal 1992 è nata una nuova metodologia che prende il nome di *Evidence-Based Medicine* (EBM) o medicina delle prove di efficacia (14, 15). Ogni medico dovrebbe prendere familiarità con questi nuovi concetti e avvalersi degli strumenti oggi disponibili. Per saperne di più gli interessati possono accedere, per esempio, ai siti internet della Cochrane Collaboration (www.cochrane.org) o del Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze (www.gimbe.org).

L'appropriatezza

Il secondo aspetto da prendere in considerazione nella valutazione della qualità professionale è l'appropriatezza. Essa si propone di verificare se l'intervento è eseguito alle persone che ne hanno davvero bisogno. L'appropriatezza esprime la capacità di erogare prestazioni vera-

mente utili ai singoli casi trattati. Essa riguarda per esempio la prescrizione ingiustificata di ricoveri, di indagini strumentali, di test diagnostici e di farmaci. L'appropriatezza, per alcuni versi, può essere considerata un elemento dell'efficacia pratica. È sicuro che se somministrato alle persone sbagliate un intervento, per quanto utile, risulterà inefficace: nessuno mette in dubbio l'efficacia degli antibiotici, purché ovviamente non siano somministrati per la cura delle infezioni di origine virale.

Può succedere, inoltre, che venga trasferito nella pratica ordinaria un intervento studiato solo su gruppi selezionati di pazienti a rischio. È quanto si è verificato per il monitoraggio elettronico fetale in travaglio di parto. Benché l'efficacia di tale intervento fosse dimostrata su pazienti ad alto rischio, la tecnologia si è diffusa nella pratica clinica di routine senza dare i benefici attesi ma provocando, viceversa, un eccesso di tagli cesarei per diagnosi di sofferenza fetale (16). Il medesimo errore viene comunemente commesso quando si prescrivono come test di screening, cioè su persone sane, le indagini messe a punto in ambito clinico, su pazienti sintomatici. I cosiddetti check-up, tuttora molto diffusi, sono un buon esempio di questo erroneo atteggiamento (17).

Rientrano nel concetto di appropriatezza anche le modalità attraverso cui sono somministrati i trattamenti. Per esempio il 25-38% dei ricoveri in ospedale e il 28-49% delle giornate di degenza risultano inappropriati, secondo il metodo PRUO (18). Va tuttavia segnalato che in questi casi una giornata di ricovero è considerata appropriata semplicemente perché nel corso delle 24 ore viene erogata almeno una prestazione che giustifica la presenza del paziente in ospedale: tale tipo di indagine non entra nel merito del fatto che tale intervento sia appropriato o efficace dal punto di vista clinico.

L'efficacia pratica

Il terzo aspetto della qualità professionale riguarda l'efficacia pratica. Essa verifica se l'intervento, allorché viene trasferito nel contesto operativo locale, migliora effettivamente la salute dei pazienti ai quali viene somministrato. In altre parole *non basta fare le cose giuste bisogna farle anche bene*.

Di fatto, nella pratica corrente, i risultati finali sono influenzati da numerosi fattori quali il sistema organizzativo, la performance dei medici e di altri professionisti, la disponibilità di supporti tecnologici, le caratteristiche dei pazienti e la loro compliance al trattamento. Brook e Lohr suggeriscono, pertanto, che disporre di sicure prove scientifiche sull'efficacia di un certo intervento non fornisce affatto la certezza che tale trattamento possa essere trasferito nella pratica quotidiana con le medesime garanzie di successo (19). Ciò è particolarmente vero quando l'intervento è subordinato all'acquisizione di particolari abilità tecniche come nel caso della

TABELLA II - OSSIGENOTERAPIA A LUNGO TERMINE: INDAGINE SU 62 PAZIENTI (20)

| | |
|------------------------------------|-----|
| Indicazioni inappropriate | 42% |
| Malfunzionamento dei concentratori | 19% |
| Non-compliance | 39% |

chirurgia o quando il trattamento dipende in misura consistente da fattori soggettivi come ad esempio in campo psichiatrico. Per questi motivi, quando possibile, è sempre bene accertarsi, mediante la verifica degli esiti, in quale misura i risultati raggiunti si sovrappongono a quelli attesi, in modo da adottare, se necessario, le possibili misure correttive.

Nella Tabella II è presentato un esempio di come un intervento efficace si dimostra, almeno parzialmente inefficace quando viene introdotto nella pratica corrente. L'indagine ha consentito di individuare le cause dell'insuccesso e di porvi rimedio.

Come si misura la qualità

Misurare significa determinare mediante appositi strumenti, la quantità, l'estensione di un oggetto, di una grandezza, di un fenomeno (21).

In genere i rapporti che descrivono le attività sanitarie si limitano a riportare gli *input* cioè la quantità di risorse impiegate per realizzare determinati servizi (per es. numero e qualifica del personale, attrezzature, strutture, costi del materiale, ecc.) e gli *output*, vale a dire il numero delle prestazioni erogate (ad es. ricoveri, visite, interventi chirurgici, esami, ecc.). Questi tipi di rapporti, però, ci dicono poco o nulla sulla qualità delle prestazioni assicurate ai pazienti (Fig. 1).

In linea generale per misurare la qualità professionale ci si avvale di indicatori di processo e di indicatori di esito.

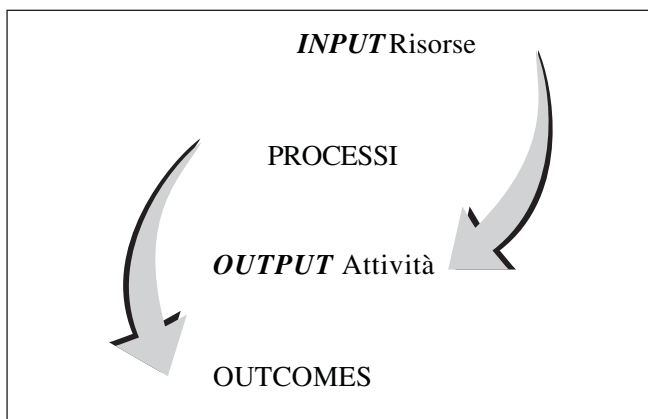


Fig. 1 - Come misurare la qualità dell'assistenza.

Indicatori di processo

Gli indicatori di processo misurano ciò che viene fatto ai pazienti durante l'erogazione dell'assistenza. Per costruire gli indicatori di processo può essere molto utile analizzare l'intero percorso del paziente: dal momento in cui viene accolto fino alla dimissioni e al successivo *follow up* (Fig. 2). In tale percorso è necessario:

- individuare le azioni fondamentali;
- specificare chi fa che cosa e come (procedure e criteri, linee-guida, percorsi assistenziali);
- definire i valori di riferimento (*standard*);
- stabilire quali dati raccogliere e come.

Gli indicatori di processo misurano i comportamenti degli operatori. Tali comportamenti devono essere basati su criteri espliciti, definiti attraverso griglie di valutazione, linee-guida o profili di assistenza (22-24). In questo modo gli indicatori di processo indirizzano direttamente l'attenzione su ciò che non funziona nell'assistenza, aiutano ad evidenziare le eventuali carenze, dando la possibilità di porvi rimedio.

Gli indicatori di processo ci informano su chi ha fatto che cosa e come, ma non ci dicono nulla se ciò che viene fatto è efficace. Affinché gli indicatori di processo siano davvero utili è necessario, quindi, aver accertato preventivamente le prestazioni di sicura efficacia e precisato le modalità di erogazione delle cure. In tal caso gli indicatori di processo evidenziano in quale misura i pazienti ricevono cure adeguate alle migliori conoscenze scientifiche, stabilite da linee-guida predefinite. Ovviamente la probabilità di ottenere risultati favorevoli sarà tanto più elevata quanto maggiore sarà il numero dei pazienti che avranno ricevuto cure coerenti con le indicazioni preventivamente concordate.

Indicatori di esito

Gli indicatori di esito misurano i benefici ottenuti dai pazienti dalle cure che hanno ricevuto. I benefici corri-

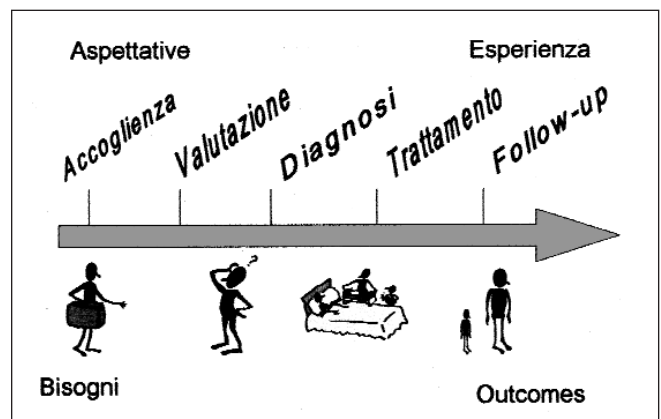


Fig. 2 - Il percorso del paziente nel processo di erogazione delle cure.

spondono ai risultati finali delle prestazioni. Essi includono le modificazioni funzionali, fisiche, sociali e psicologiche che sopravvengono nelle condizioni di salute (qualità della vita, numero e gravità delle complicanze, anni di sopravvivenza, ecc).

Gli indicatori di esito sono spesso difficili sia da raccogliere che da utilizzare, in quanto il successo del trattamento può essere influenzato da molte variabili non tutte correlate alla qualità delle cure erogate, come ad esempio la severità della malattia (*case-mix*), le eventuali patologie associate e il grado di compliance dei pazienti. Gli indicatori di esito, inoltre, non danno indicazioni sulle cause degli scostamenti dai risultati sperati e, in molti casi, presuppongono procedure di raccolta dei dati estese per lunghi periodi di tempo dato che i benefici possono manifestarsi anche a distanza di molti anni dal trattamento: si pensi ad esempio al trattamento dell'ipertensione e alla riduzione dell'ictus.

Infine, è utile tener presente che per dare buoni frutti la misurazione degli esiti deve nascere come una esigenza interna dei singoli operatori e delle équipes di lavoro e far leva sulla loro motivazione e le loro abilità. Conoscere e confrontare la propria performance rispetto a ciò di cui si è responsabili deve essere inteso come un importante mezzo per apprendere dall'esperienza e per ottenere risultati migliori. Se viceversa la misurazione degli esiti assume un carattere ritualistico o peggio viene interpretato come un mezzo di controllo ispettivo, può indurre nel personale l'adozione di comportamenti opportunistici o difensivi, tesi a mascherare gli eventuali risultati negativi, anziché orientati a promuovere atteggiamenti virtuosi, finalizzati all'individuazione e alla rimozione delle cause dei problemi. In questo caso gli sforzi delle persone sono tesi ad individuare il modo per aggirare il sistema e non orientati a migliorare la qualità. *Un sistema che non crede nelle persone genera persone che non possono essere credute* (25).

Come si valuta la qualità

Per valutazione si intende l'accertamento del valore di un intervento, attraverso la comparazione tra criteri predefiniti e dati raccolti e analizzati in modo sistematico, al fine di prendere decisioni più informate o per capire le cause di un certo fenomeno.

Che cosa valutare?

Si possono valutare diverse cose, per esempio: i trattamenti terapeutici (un nuovo farmaco, una nuova procedura chirurgica, ecc), i servizi (le cure domiciliari, l'assistenza offerta presso un centro specialistico), gli interventi di riorganizzazione (un nuovo modo di gestire le urgenze, un programma di formazione per il personale, l'implementa-

zione di un sistema qualità, ecc).

In estrema sintesi per valutare i servizi sanitari si possono utilizzare quattro schemi (26).

- *Valutazioni di tipo descrittivo*: si limitano a descrivere le fasi salienti dell'intervento, mettendo in luce i punti di forza, gli ostacoli e ciò che può essere generalizzato.
- *Valutazioni di processo (clinical audit)*: verificano se nella gestione dell'assistenza il personale si attiene alle procedure e alle linee-guida (*evidence based*) predefinite. In questo caso sono descritti gli interventi, evidenziati i passaggi chiave, raccolti i dati e confrontati i risultati ottenuti rispetto a obiettivi, procedure e *standard* predefiniti.
- *Valutazioni di esito (outcomes research)*: accertano che l'intervento applicato nel contesto corrente raggiunga i risultati attesi. Questo tipo di disegno aiuta a giudicare il valore di un intervento confrontando alcune caratteristiche della salute dei pazienti prima e dopo l'intervento. Esso aiuta a capire i cambiamenti che si producono nelle persone che si sottopongono ad un certo trattamento nell'ambito del proprio contesto lavorativo locale (efficacia pratica).
- *Valutazioni di tipo sperimentale (clinical trials)*: verificano che l'intervento sia in grado di produrre un certo effetto e ricercano le cause dei fenomeni osservati. Questo tipo di valutazione giudica il valore di un intervento rispetto ad un altro, mediante il confronto tra esiti prima e dopo l'intervento. È simile al precedente ma il confronto avviene tra esiti misurati su due gruppi di persone, uno dei quali riceve il trattamento e l'altro funge da controllo.

Come procedere al confronto?

Ogni indicatore è associato ad un valore soglia o standard di riferimento mediante il quale si esprime un giudizio. Lo *standard* può essere definito secondo tre modalità:

- *Qual è il meglio che si può ottenere?* Valori attesi, dedotti dalla letteratura scientifica disponibile.
- *Che cosa è realizzabile in condizioni simili?* Valori ricavati dal confronto con esperienze condotte in strutture sanitarie analoghe interne o esterne all'organizzazione (*Benchmarking*).
- *Che cosa può essere realizzato come obiettivo di miglioramento?* Valori riferiti alla stessa struttura in tempi successivi (il livello dello scorso anno).

Come si migliora

Tempo e risorse necessarie al miglioramento sono sottratte alle attività di servizio: è necessario, quindi, essere sicuri di utilizzare metodi e strumenti che avranno successo (27).

La qualità dell'assistenza dipende non solo dalle cono-

TABELLA III - CONOSCENZE E ABILITÀ PER MIGLIORARE

| Ambito sanitario | Ambito generale |
|---|---|
| Epidemiologia clinica | Sviluppo del pensiero creativo |
| Evidence Based Healthcare | Leadership |
| Technology assessment | Teorie dei sistemi complessi |
| Economia sanitaria | Tecniche di progettazione (PDSA) |
| Governo clinico (clinical governance) | Principi della comunicazione |
| Linee guida e percorsi assistenziali (managed care) | Lavoro di gruppo Accreditamento e certificazione |
| Gestione del rischio (risk management) | Indicatori di performance Benchmarking |

scienze disponibili nei diversi campi della medicina ma soprattutto da come tali conoscenze sono applicate nella pratica corrente. Per avviare progetti strutturati per il miglioramento continuo della qualità sono richieste conoscenze e abilità che non appartengono alle discipline mediche e che di norma non fanno parte della formazione del personale sanitario.

Conoscenze e abilità per migliorare appartengono ad altri saperi alcuni dei quali riguardano l'ambito sanitario mentre altri attengono a campi di interesse generale, utilizzabili in diversi contesti, come descritto nella Tabella III. Per cimentarsi con successo in progetti di miglioramento continuo della qualità professionale, soprattutto quando si detengono responsabilità gestionali e organizzative è utile tener conto, quindi, anche di altri importanti ambiti di conoscenza, per i quali sarebbe utile acquisire un minimo di conoscenze e di abilità.

Tra i tantissimi, importanti strumenti disponibili ne ricordo solo uno, il ciclo per il miglioramento continuo della qualità di Shewhart e Nolan rappresentato nella Figura 3 (28, 29). La sua utilizzazione, infatti, può tornare molto utile per tutti coloro che intendono impostare in modo sistematico un proprio progetto di miglioramento della qualità.

Ultimi consigli

- Iniziare con piccoli passi, essere flessibili e saper apprezzare anche piccoli miglioramenti.
- Nelle fasi di avvio impegnarsi in progetti che producono risultati visibili e immediati.
- Misurare i risultati ottenuti.
- Non affidarsi solo a iniziative di formazione. I progetti rappresentano un buon modo per acquisire familiarità con i principi e gli strumenti del *Continuous quality improvement* (CQI).
- Migliorare la propria attitudine a lavorare come *leader* e in gruppo e acquisire una visione sistemica dei problemi e del modo di affrontarli.

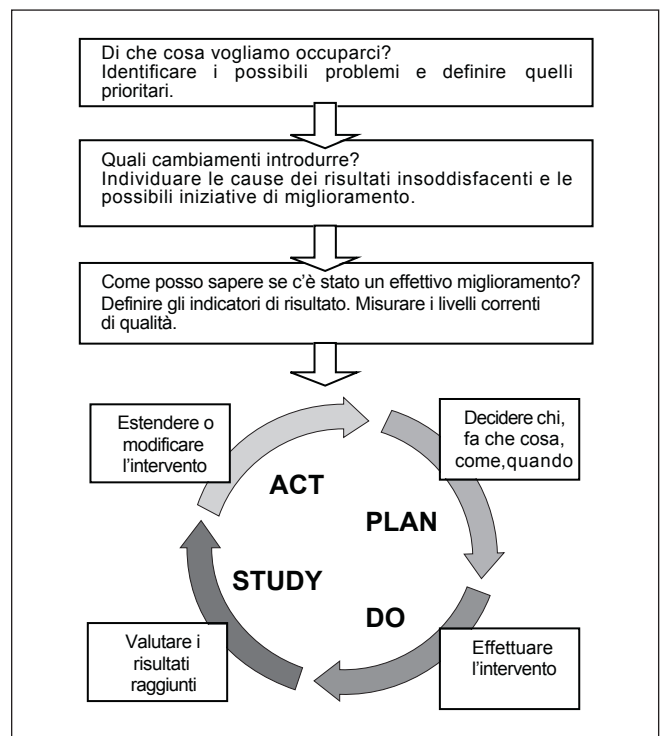


Fig. 3 - Il ciclo per il miglioramento continuo della qualità di Shewhart e Nolan.

Riassunto

Molti pazienti, ogni giorno, soffrono o subiscono danni più o meno gravi alla loro salute a causa della cattiva qualità delle cure che ricevono. Molte di queste sofferenze potrebbero essere evitate migliorando la qualità professionale dell'assistenza. L'articolo traccia un percorso ideale di lavoro fornendo indicazioni metodologiche e strumenti pratici per medici e operatori sanitari che desiderano accrescere le loro capacità di disegnare, sostenere e valutare iniziative di miglioramento della qualità professionale nelle loro organizzazioni. In particolare l'articolo offre una visione d'insieme di come si esprime la qualità professionale, come si misura, come si valuta e come si migliora. A questo scopo vengono presentati i concetti principali relativi all'efficacia attesa (è utile quello che faccio per i miei pazienti?), all'appropriatezza (lo faccio alle persone giuste?) e all'efficacia pratica (l'intervento, allorché viene trasferito nel contesto operativo locale, migliora effettivamente la salute dei pazienti ai quali viene somministrato?). Vengono forniti alcuni suggerimenti per misurare la qualità attraverso l'impiego di indicatori di processo (ciò che viene fatto ai pazienti durante l'erogazione dell'assistenza) e di indicatori di esito (i benefici ottenuti dai pazienti dalle cure che hanno ricevuto), evidenziandone i principali vantaggi e limiti. Vengono poi presentati brevemente quattro schemi, di

crescente complessità, da utilizzare per la valutazione dei servizi sanitari: valutazioni di tipo descrittivo, di processo, di esito e di tipo sperimentale. Infine, viene descritto il ciclo di miglioramento continuo di Shewhart quale utile strumento per chi desidera impostare un progetto strutturato di miglioramento.

Indirizzo dell'Autore:
Dr. Antonio Bonaldi
Direttore Sanitario, Azienda Ospedaliera di Verona
Piazzale A. Stefani, 1
37126 Verona
e-mail: abonaldi@libero.it

Bibliografia

1. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. *JAMA* 1998; 280 (11): 1000-5.
2. Chassin MR, Koseoff J, Park RE, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health services? A study of three procedures. *JAMA* 1987; 253: 2533-7.
3. Report of the US preventive Services Task Force Guide to clinical preventive services: Baltimore: Williams & Wilkins 1996 .
4. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
5. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in Bristol hospital: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001; 322: 517-9.
6. Autori vari. Reducing error, improving safety. *BMJ* 2000; 321 (7259).
7. Bonaldi A, Focarile F, Torreggiani A. Curare la qualità - Manuale per valutare e migliorare l'assistenza sanitaria. Guerini e Associati editore, Milano, 1994.
8. Coen D, Magrini N. Prevenzione e trattamento dell'osteoporosi. *R&P* 1993; 50: 55-9.
9. Enkin M, Keirse MJ, Chalmers I. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford: Oxford University Press 1990.
10. Bruinvels DJ, Stiggelbout AM. Follow-up of patients with colorectal cancer: a meta-analysis. *Ann Surg* 1994; 219(2): 174-82.
11. Ellis G, Mulligan I, Rowe J, et al. Impatient general medicine is evidence based. *Lancet* 1995; 346: 407-10.
12. Gill P, Dowell AC, Neal RD, et al. Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ* 1996; 312: 819-21.
13. Cochrane AL. Effectiveness and efficacy. Random reflections on health services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
14. La medicina delle prove di efficacia. A cura di A Liberati. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1997.
15. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 1st ed. New York: Churchill Livingstone 1997.
16. Terzian E, Regalia AL. Né arte né scienza: il "caso" dell'assistenza ostetrica. *R&P* 1993; 54: 165-8.
17. Bonaldi A, Pozzi E, Ranieri M. Controversie e certezze dei check-up. *Medicina Generale* 1990; 686-93.
18. Fellin G, Apolone A, Bevilacqua L, et al. Appropriateness of hospital use: an overview of Italian studies. *Int Qual Health Care* 1995; 7 (3): 219-25.
19. Brook RH, Lohr KN. Efficacy, effectiveness, variations and quality: boundary-crossing research. *Med Care* 1985; 23: 710-22.
20. Granados A. Health technology assessment and clinical decision making: which is the best evidence? *Int J Technol Assess Health Care* 1999; 15: 585-92.
21. Focarile F. Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Torino: Centro Scientifico Editore 1998.
22. Morosini P. Griglie di valutazione in sanità. Torino: Centro Scientifico Editore 2000.
23. Panella M, et al. La costruzione, la sperimentazione e l'implementazione dei profili di assistenza: istruzioni per l'uso. *QA* 2000; 4: 251-62.
24. Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica. Come produrre e implementare linee-guida. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1995.
25. Davies HTO, Lampel J: Trust in performance indicators? *Quality in Health Care* 1998; 7: 159-62.
26. Øvretveit J. Evaluating health interventions. Open University Press Buckingham, 1998.
27. Øvretveit J. Il miglioramento della qualità "cost-effective". *QA* 2000; 4: 245-50.
28. Shewhart WA. Economic control of quality of manufactured product. New York: Van Nostrand, 1931. Reprinted in Milwaukee, WI: American Society for Quality Control, 1980.
29. Langley GJ, Nolan KM, Nolan TW. The foundation of improvement. Silver Spring, MD: API Publishing, 1992.