

Quality Skill

Procedure per la Sicurezza del paziente

PINNA PINTOR P¹, PICCO W².

¹ Presidente della Clinica Pinna Pintor e della Fondazione Arturo Pinna Pintor, Fellow for European Society of Cardiology, ² Clinica Pinna Pintor Torino Responsabile Qualità e Sicurezza

Abstract

Gli Autori, in coda all'analisi sistematica della letteratura internazionale sul tema dell'errore medico pubblicato su questo stesso numero di QA, propongono all'attenzione dei lettori una presentazione comparativa delle procedure per la sicurezza del paziente proposte da organismi di ricerca e istituzioni. Lo scopo è quello di consentire di confrontare la propria pratica professionale con raccomandazioni ampiamente condivise a livello internazionale e progettare pertanto iniziative per promuovere la sicurezza dei pazienti.

Parole chiave: Raccomandazioni, sicurezza del paziente, errori medici.

INTRODUZIONE

In coda all'analisi sistematica della letteratura internazionale sul tema dell'errore medico pubblicato su questo stesso numero di QA e al quale rimandiamo per ogni ulteriore approfondimento, proponiamo all'attenzione dei lettori una presentazione comparativa delle procedure per la sicurezza del paziente proposte da organismi di ricerca e istituzioni.

Lo scopo è quello di consentire di confrontare la propria pratica professionale con raccomandazioni ampiamente condivise a livello internazionale, perlomeno, come si potrà vedere, su alcuni temi maggiori, e mettere in atto pertanto iniziative per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria sul tema della promozione della sicurezza dei pazienti.

DESCRIZIONE DEI MODELLI

Non è questa la sede per l'analisi particolareggiata delle singole raccomandazioni proposte da istituzioni e agenzie di lavoro, per la quale si rimanda alla *review* sull'argomento già segnalata. In questo contesto si desidera ricordare le fonti di provenienza delle singole tabelle di raccomandazioni.

Appena dopo la pubblicazione nel 2000 del rapporto dell'Institute of Medicine e dello shock mediatico prodotto dall'inatteso quanto preoccupante numero di morti imputabile agli errori medici negli USA, l'Agenzia AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) del Dipartimento della Sanità degli USA promuove una vasta ricerca della letteratura per individuare e disseminare fra gli operatori sanitari le migliori procedure per garantire la sicurezza del paziente, basate sulle prove di efficacia.

A questo scopo commissiona ad esperti dell'Evidence-Based Practices Center dell'Università di S. Francisco un'ampia revisione della letteratura per individuare le pratiche per il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure da raccomandare agli operatori della sanità degli USA.

La ricerca bibliografica ha portato all'identificazione di 79 procedure cliniche efficaci in vario grado nella riduzione degli errori e dei loro danni.

I criteri di scelta sono stati dettati in base a:

- prevalenza e gravità dei problemi alla cui prevenzione sono de-

stinati;

- prove di efficacia delle procedure;
- uso abituale delle procedure;
- potenziale danno delle procedure;
- costo;
- eventuali problemi della loro introduzione nella pratica.

Gli stessi criteri sono stati utilizzati anche per la determinazione del livello o la "forza" dell'evidenza, cioè il potenziale impatto sulla sicurezza basato sulla prevalenza degli eventi, la loro gravità, le prove di efficacia fornite dalla letteratura e gli eventuali effetti collaterali e le barriere della loro implementazione, considerando il costo e i problemi politici inerenti.

Basandosi su queste caratteristiche le 79 procedure sono state classificate in 5 livelli di evidenza, e aggregati in riferimento a 9 aree di intervento, precisamente:

- danni da farmaci,
- controllo delle infezioni ospedaliere,
- chirurgia anestesia e trattamenti perioperatori,
- pratiche negli anziani e lungodegenti,
- sicurezza nella pratica clinica,
- procedure organizzative,
- problema del sistema e del fattore umano,
- ruolo del paziente.

Nel 1997 la Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors ha lanciato negli USA un'iniziativa nazionale per migliorare la sicurezza dei pazienti e ridurre gli errori medici. A tal fine un *Consensus Group* ha lavorato allo sviluppo di un set di 14 procedure e raccomandazioni per la prevenzione degli eventi avversi da farmaci: "MHA *Best Practice Recommendations to Reduce Medication Errors*".

Da diversi anni il National Quality Forum (NQF) negli USA promuove un sistema di reporting dell'errore medico. Nel 2003 il NQF decide di sponsorizzare trenta pratiche di sicurezza che dovrebbero essere utilizzate universalmente nella pratica clinica per ridurre il rischio di procurare danni al paziente: le "NQF-*endorsed*TM *safe practices*". Queste pratiche sono proposte come uno strumento da utilizzare da parte dei gestori e dei fruitori dei servizi sanitari per identificare e promuovere pratiche che possono ridurre

gli errori e migliorare le cure.

Fra tutte le iniziative per il miglioramento della sicurezza negli ospedali degli USA sino ad ora citate si differenzia quella dell'IHI (Institute for Health Care Improvement).

Sull'onda del vantato successo della campagna "100000 vite salvate", nel dicembre 2006 lo stesso D. Berwick e l'Istituto da lui diretto (IHI), con il supporto delle grandi compagnie di assicurazione degli USA, ed in concerto con numerose istituzioni, comitati e associazioni professionali già coinvolte nella campagna precedente, rilancia un ambizioso progetto, "5 milioni di vite", destinato a prevenire in tempi rapidi, entro il 2008, 5 milioni di incidenti provocati dalle cure mediche o anche dalla mancanza di cure, quando indicate.

Complessivamente vengono indicate 12 aree di intervento nell'ambito del progetto IHI.

Nel 2001 il Ministero della Sanità in UK si affida ad una nuova agenzia, denominata NPSA (National Patient Safety Agency), la prima nel mondo occidentale per il miglioramento della sicurezza e la riduzione degli errori ed i loro danni.

Il mandato della NPSA è la raccolta, l'analisi e la disseminazione delle conoscenze ricavate dagli eventi dannosi o quasi tali, che hanno colpito i pazienti del NHS utilizzando un sistema proprio di rilevamento diretto dalle organizzazioni locali (*trust*) e anche da altre fonti.

Dal cospicuo lavoro organizzativo e dalle conoscenze ricavate negli ultimi pochi anni (2004-2007) ad opera dell'agenzia per la sicurezza (NPSA) del Ministero della Salute, sono state progressivamente elaborate le "iniziative", come vengono definite le raccomandazioni per la prevenzione degli eventi e dei relativi danni.

Nel programma per la qualità e la sicurezza promulgato recentemente (2006) del Ministero della Sanità della Spagna per l'implementazione di pratiche sicure nel Sistema Sanitario nazionale, sono indicate undici aree di rischio di errori e di eventi nocivi e le relative strategie per l'adozione di pratiche di sicurezza.

Completano la presentazione comparativa di questa rassegna di procedure per la sicurezza del paziente, le 27 strategie ("Suggested strategies") per la sicurezza indicate dalla JCHAO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) all'interno del programma di monitoraggio degli Eventi Sentinella 1998-2006 e le 26 strategie come "*Safety Practices related to Patient Safety Goals 2007*".

Ricordiamo, infine, le 9 strategie del programma congiunto JCHAO-WHO del 2004, un estratto delle indicazioni della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria (SIQUAS-VRQ) che raccomanda 34 delle procedure dell'AHRQ e NQF, e le 10 strategie fatte proprie dal Ministero della Salute tra il 2006 ed il 2007.

CONCLUSIONI

Esiste una certa disparità nel numero e nella tipologia delle procedure raccomandate da istituzioni e agenzie, ma in ognuna delle proposte di liste di raccomandazioni c'è la chiara intenzione degli autori di giungere ad una posizione il più possibile condivisa sulla base dell'evidenza dei dati pubblicati in letteratura. Come facilmente intuibile, il modello metodologico del *trial* clinico controllato, alla base dell'*Evidence-Based Medicine*, non sempre si adegua al tema in oggetto, in quanto non è sempre possibile disegnare progetti longitudinali di studio sotto forma di studio casi-controllo. Questa è la ragione per cui in una buona parte dei casi, gli autori della raccomandazioni fanno riferimento a studi in cui la situazione della diffusione degli errori è valutata prima e dopo l'introduzione di una procedura o di una pratica ritenuta di provata efficacia. Ciò non toglie il valore di guida e di orientamento che le raccomandazioni devono avere sul comportamento professionale degli operatori della sanità e deve piuttosto costituire una motivazione ulteriore a cercare soluzioni innovative anche dal punto di vista metodologico nell'ambito del terreno cruciale dell'errore medico e della promozione della sicurezza del paziente.

BIBLIOGRAFIA

Pinna Pintor P, Picco W. La caccia agli errori (medici). Rassegna "non sistematica" della letteratura. QA, 2009;19(4): 145-65

Safety Patient Practices

The authors, in the rear of the systematic analysis of the international literature on the medical errors problem published in the present issue of QA, present a number of patient safety practices delivered by institutions and research agencies. The aim is to allow each health operator and institution to compare his own professional practice to largely international shared recommendations and to plan practical projects for the promotion of patient safety during health care delivery.

Keywords. Waiting time and list, clinical priorities, clinical governance.