

La QUALITA' DELLE CURE:

attori e punti di vista...

Relatore: dr. Sergio Bretti
ONCOLOGIA MEDICA ASL TO4, Direttore



Efficacia e
competenza degli interventi

Innovazione e ricerca Appropriatezza

Equità Tempestività di accesso Coinvolgimento dell'utente

QUALITA'



CAS:

*è il nostro STRUMENTO OPERATIVO
per CREARE QUALITA'*

CENTRO di ACCOGLIENZA e SERVIZI:

la nostra PORTA APERTA verso i PAZIENTI e loro FAMIGLIARI

Con:

- PERSONALE DEDICATO,
- MEDICO ONCOLOGO
- SEGRETERIA AMMINISTRATIVA DEDICATA

CAS: COSA FA IN PRATICA?

Esegue la VALUTAZIONE dell' ITER DIAGNOSTICO:

- PRENOTAZIONE ESAMI
 - RACCOLTA ESITI
 - ORGANIZZAZIONE VALUTAZIONI COLLEGIALI (GIC)
 - VERIFICA DEL PERCORSO CLINICO DEL PAZIENTE
 - RENDICONTAZIONE AMMINISTRATIVA ed
EPIDEMIOLOGICA
-
-

Ma soprattutto fa....

... la verifica della SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

- con il collegamento con i servizi SOCIO-ASSISTENZIALI
- l' eventuale attivazione PROGETTO FAMIGLIE FRAGILI
- il RILASCIO dell'ESENZIONE TICKET con procedura diretta
- la gestione diretta dei referti

e quindi fornisce a paziente e famiglia un

SUPPORTO ASSISTENZIALE – ORGANIZZATIVO

durante tutto il percorso:

- GRANDE RUOLO DEGLI INFERMIERI !

Ovvero il CAS **attua CONCRETAMENTE** la

PRESA IN CARICO

GLOBALE

MEDICA ed INFERMIERISTICA



Il paziente non è un mezzo per autoaffermarci,
ma è il nostro fine!



....e allora come attuiamo la qualità delle cure

in tempi di crisi?

...e con quali prospettive future?



*...introduciamo alcuni **CONCETTI** di **BASE** sulle
caratteristiche di un trattamento medico:*

- ATTIVITA': e' la capacita' di sortire un certo effetto clinico (di norma e' valutata in studi di Fase II)
- EFFICACIA: e' la capacita' di sortire un effetto clinico **PREVENTIVAMENTE DESIDERATO**, generalmente documentato da uno studio di Fase III, ovvero con confront standard
- EFFICIENZA: e' la capacita' di sortire un effetto clinico preventivamente desiderato
**CON UN UTILIZZO CONGRUO DELLE
RISORSE IMPIEGATE**
- EFFETTIVITA': e' l'effettiva applicabilita' di una procedura clinica **nella popolazione generale** dell'utenza (es., una terapia applicabile anche agli anziani...)

...E AL GIORNO D'OGGI...

UN CONCETTO ANCOR PIU' IMPORTANTE!

- **SOSTENIBILITA'**: - e' la caratteristica per cui un processo puo' essere mantenuto INDEFINITAMENTE:
 - A tutti secondo il bisogno, da tutti secondo le possibilita' (Lord Beveridge),
 - il che sottende un concetto DINAMICO della sostenibilita', secondo l'evolversi delle condizioni generali e anche del mercato,
 - perche' in concreto succede che SI INDUCANO:
Domanda sanitaria > Processi sanitari > Offerta sanitaria > Risultati
(>>Mercato!) >> Domanda sanitaria!...

.... la risposta è quindi....

L'APPROPRIATEZZA!

1 - ORGANIZZATIVA

2 - PROFESSIONALE

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA e GESTIONALE

vuol dire:

- SETTING ASSISTENZIALE ADEGUATO, es. ospedalizzazione EVITABILE
 - Capacita' di Allocazione risorse
 - Capacita' di DISINVESTIMENTO! su procedure inefficaci
 - Coerenza con i sistemi di monitoraggio
 - Fattibilita' e sostenibilita' politica
 - Prevenzione ed adeguati ambienti di vita e lavoro (Appropriatezza a monte del setting assistenziale) (es. rischio da CANCEROGENESI AMBIENTALE e adeguamento PREVENZIONE!)
 - Efficientamento organizzativo
 - Tutela dei diritti dell'utenza
-
-

.... LA NOSTRA RISPOSTA

è il CAS!

CENTRO dell'ACCOGLIENZA e dei SERVIZI al paziente

...ma fino a quando sarà sostenibile?



...per problemi di

Costi e budget sanitario

Rinnovo del personale (es. blocco assunzioni..., progressivo invecchiamento operatori...)

Formazione /vs carico burocratico

Supporto organizzativo generale (es. tempi di attesa per esecuzione esami, informatizzazione incompleta....)

Oscillante visione etica e politica del servizio pubblico...

...d'altro canto, APPROPRIATEZZA PROFESSIONALE

vuol dire:

- Trattamento PROFESSIONALMENTE APPROPRIATO se:
 - - di efficacia provata
 - - con favorevole rapporto rischio / beneficio
 - - applicato all'obiettivo (paziente/malattia) GIUSTO
 - - nel tempo giusto
 - - per la giusta durata, e nel giusto contesto
 - - senza sprechi
-
-

...e anche qui la risposta è il CAS,

perchè permetterebbe di evitare...



...l' inAPPROPRIATEZZA professionale che può essere...

- In ECCESSO:
 - aumento dei costi >> conseguenti “tagli”
 - la risposta corretta sarebbe: piu' formazione e pianificazione di disinvestimenti motivati
 - In DIFETTO:
 - mancata tutela del diritto alla salute
 - Evitando ERRORI / e Misuse delle risorse:
 - contromisura: formazione!
 - ovvero, studio e applicazione delle linee guida
 - rapportati al SETTING OPERATIVO.
- SOLUZIONE: i PDTA del CAS!

*Chi opera nell'ONCOLOGIA sa che ci sono
interessi di parte!*

- I **DECISORI** politico-amministrativi sono interessati a
 - RIDURRE le inappropriatelyzze **IN ECCESSO** (col rischio di mancata tutela dei diritto alla salute)
 - I **PROFESSIONISTI** sono interessati a:
 - RIDURRE le inappropriatelyzze **IN DIFETTO** (cercano di diffondere innovazioni e procedure nuove, non provatamente efficaci, temendo di sottotrattare i pazienti) (v. anche: Medicina difensiva...)
-
-

L' INAPPROPRIATEZZA PROFESSIONALE SI EVITA

APPLICANDO

L'EVIDENZA!



Ma ai costi attuali, QUALI oggettivi END POINTS CI POSSIAMO PERMETTERE (e quindi garantirli a tutti: EQUITA')?

DISEASE FREE SURVIVAL?

OVERALL SURVIVAL?

QUALITA' DI VITA?

Abbiamo scelto e sappiamo effettivamente usare e valutare per i nostri trattamenti nel setting oncologico / CAS

degli strumenti OGGETTIVI di valutazione dell'effettività ?

...es. i DALY , i Disability Adjusted Life Years?

...o i QALY, Quality Adjusted Life Years?

***ED A QUALE PREZZO PER UNITA' DI MISURA
DEI SUDDETTI PARAMETRI?***

*Applichiamo sempre degli strumenti organici
di verifica...*

...del grado di soddisfazione dell'utenza?



Le DIMENSIONI dell' APPROPRIATEZZA sono:

- EFFETTIVITA' (fondata su efficacia, efficienza)
 - EVIDENZA
 - SICUREZZA
 - EQUITA'
 - SOSTENIBILITA'
 - PARTECIPAZIONE
 - e anche... **AMBIENTE !**
-
-

...nel mondo oncologico d'oggi...

- SI MODIFICA LA COMPOSIZIONE PER FASCE D'ETA' DELLA POPOLAZIONE, ANCHE ONCOLOGICA
 - SI MODIFICA LA PREVALENZA E LO STADIO D'ESORDIO DI MOLTE MALATTIE NEOPLASTICHE (es. lead time da screening di popolazione...)
 - EVOLVE la CARATTERIZZAZIONE BIOLOGICA delle neoplasie
 - Entrano in gioco NUOVE (costose) TECNOLOGIE
 - E allora, abbiamo sviluppato **un metodo di USO e verifica APPROPRIATO DELLE RISORSE** in questi **CONTESTI DINAMICI?**
 - E' mantenuta la sostenibilita' dei costi da parte dello Stato? e delle Assicurazioni?
-
-

QUANTIFICHIAMO LE MINACCE ALLA NOSTRA SALUTE:

- DALY: è lo strumento di misura, ovvero...
- – Disability adjusted life year : NUMERO DI ANNI PERSI PER MALATTIA.
- Ne sono causa:
 - - le malattie CARDIOVASCOLARI: 23%
 - - **le NEOPLASIE: 19%**
 - - le malattie PSICHIATRICHE: 15%
 - - i TRAUMATISMI: 11%

*Nella realizzazione della qualità'
assistenziale*

SONO ASPETTI TUTTI COLLEGATI!

- ...l'APPROPRIATEZZA
 - ...il PRIORITY SETTING
(cioè la definizione delle prioritá')
 - ...l'ALLOCAZIONE delle RISORSE
-
-

...ed infatti...

- Bisogna passare oltre la ricerca di efficienza, efficacia, accettabilità, accessibilità, equità e rilevanza...
 - per tendere all'**APPROPRIATEZZA, SICUREZZA e SOSTENIBILITÀ** (economica e anche ambientale) dei procedimenti
-
-

Definendo altresì I PERCORSI DI RESPONSABILITA' OPERATIVA...

Il CAS ed i GIC non devono essere una Istituzione Kitsch,

Ovvero non devono essere predisposti per sostenere solo

...un CONSUMISMO SANITARIO,

...un ESTETISMO OPERATIVO

...un FETICISMO SANITARIO

Dobbiamo tutti insieme capire.... cosa ricercare

..... cosa ricercare nel campo della salute personale e della societa'....

..... come evitare la mercificazione della salute

Ricordando che anche nella salute, talvolta, LESS IS MORE.....

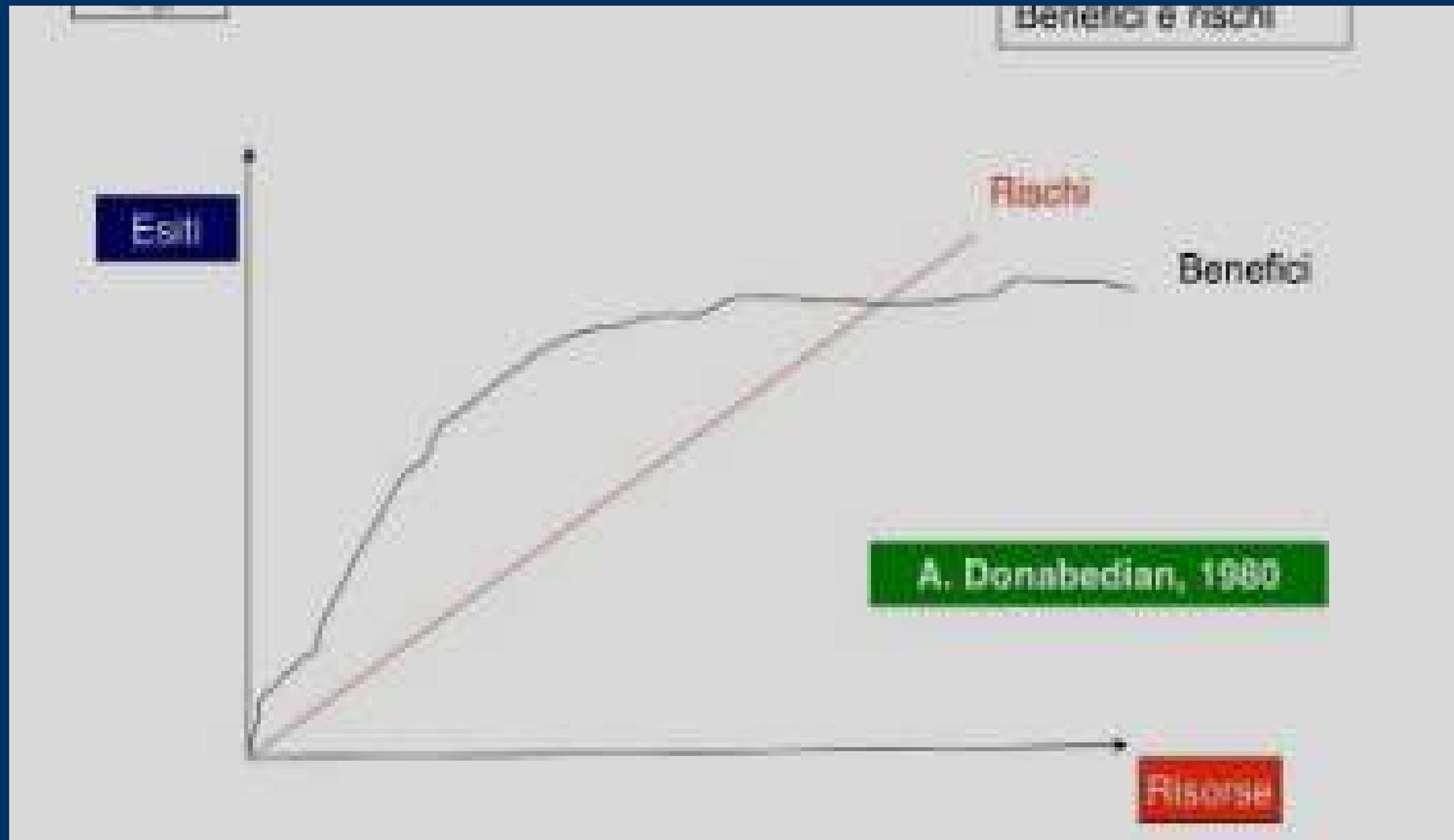
....perchè se non lo facciamo, le colpe dei padri ricadranno sui figli....



...quindi ecco delle RACCOMANDAZIONI...

- Evitare l'OVER-DIAGNOSIS
 - NON IMPIEGARE NUOVI FARMACI, se ve ne sono di piu' vecchi ma altrettanto efficaci
 - Escludere atti diagnostico-terapeutici TROPPO DANNOSI (es. eccesso accertamenti Rx, procedure invasive...)
 - Applicare le terapie in luoghi di cura ottimali
 - Nel setting piu' opportuno fra DH o RICOVERO, e per una DURATA adeguati
-
-

...perchè è statisticamente dimostrato che...



...e perchè...

- Pochi vogliono “tagliare” veramente
- Pochi sanno RIALLOCARE, o ottimizzare le procedure, creando un giusto rapporto fra
 - - VOLUMI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE
 - - ed ESITI

*Medicina difensiva causa di
Inappropriatezza:
(esempi anche in Oncologia...)*

- I provvedimenti legali in genere PUNISCONO il mancato trattamento e TOLLERANO l'eccesso di interventi
- Mentre in realtà spesso scoprire PRIMA una malattia di per sé poco trattabile NON da' vantaggio clinico reale

Insomma, in conclusione....

...in 15-20 anni la nostra Oncologia ha fatto molto

L'organizzazione IN RETE è stata determinante,

...ma ANCORA DI PIU' RESTA DA FARE

- PER LA NUOVA CORNICE ECONOMICA
 - PER IL QUADRO POLITICO INCERTO e le conseguenti interferenze etico organizzative ed assistenziali....
 - per MIGLIORARE LE METODOLOGIE OPERATIVE
-
-

Quindi, insieme,

- dobbiamo continuare a curare ed a prenderci in carico i nostri pazienti, condividendo le scelte assistenziali
 - e contemporaneamente dobbiamo approfondire le nostre conoscenze metodologiche, di supporto sia per la pratica professionale, sia per i decisori politici
 - senza ridurre la nostra valenza etico-professionale
-
-