

SEDUTA DI VENERDÌ 26 MAGGIO 1989

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GIORGIO BOGI

INDI

DEL VICEPRESIDENTE LINO ARMELLIN

PAGINA BIANCA

SEDUTA DI VENERDÌ 26 MAGGIO 1989

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIORGIO BOGI

INDI

DEL VICEPRESIDENTE LINO ARMELLIN

La seduta comincia alle 9,45.

PRESIDENTE. L'audizione odierna si svolge nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul controllo di qualità dei risultati di gestione e delle prestazioni professionali nella sanità.

Ringrazio tutti coloro che hanno accettato di collaborare con la Commissione affari sociali in questo lavoro, avendo ben presente la rilevanza dei loro incarichi, dei loro studi e delle loro pubblicazioni sull'argomento.

Questa indagine si svolge secondo modalità nuove rispetto a quelle tradizionali, poiché il Presidente della Camera ha accettato la proposta della Commissione di far convenire contemporaneamente i nostri interlocutori e consentire in seduta formale un eventuale dibattito tra di loro.

L'obiettivo di questa indagine è l'acquisizione da parte della Commissione affari sociali di una documentazione in funzione dei provvedimenti legislativi di riassetto del Servizio sanitario nazionale. A questo fine abbiamo ritenuto l'argomento oggi all'ordine del giorno estremamente importante, anche se nel dibattito

parlamentare ed extraparlamentare ad esso non è stata attribuita molta rilevanza. Del resto, questo è uno dei motivi che ci ha indotto ad organizzare in tal modo la nostra indagine.

Come previsto dal regolamento, verrà redatto il resoconto stenografico dei nostri lavori; è stata autorizzata, inoltre, la trasmissione televisiva a circuito chiuso per la stampa e per quanti hanno chiesto di poter assistere alla seduta.

Per ciò che riguarda l'organizzazione dei lavori, si è stabilito che i relatori esponano le loro argomentazioni per un periodo non superiore a 20 minuti; che gli invitati e i parlamentari possano rivolgere domande – in un tempo ragionevolmente breve – alla fine di ogni sessione e che ai relatori sia consentito replicare per non più di 15 minuti.

La prima sessione concerne l'efficienza della gestione ed i parametri per la sua valutazione; i relatori sull'argomento sono il professor Mario Zanetti e la professoressa Heather Palmer.

MARIO ZANETTI, *Direttore sanitario dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna e docente di ricerca e programmazione dei servizi sanitari all'università di Bologna.* Innanzitutto, ringrazio il presidente per avermi voluto invitare a partecipare ai lavori della Commissione. Devo premettere che non sono stato diligente come la collega Palmer, che ha preparato un intervento molto dettagliato; mi riprometto, però, di seguire fedelmente la scaletta che mi è stata sottoposta, nello svolgere una serie di riflessioni che derivano dalla mia esperienza professionale.

Mi scuso anticipatamente con la professoressa Palmer se su qualche argomento non saremo d'accordo; infatti non ho ancora avuto occasione di leggere la sua relazione, poiché l'ho ricevuta soltanto questa mattina.

Credo sia importante, innanzitutto, definire il concetto di gestione. A titolo di curiosità riporto due definizioni – una del 1981 dell'Organizzazione mondiale della sanità e l'altra di Rakich del 1977 – che mi sembrano cogliere bene il significato di questa parola. Scrive l'OMS che « la gestione consiste nell'utilizzare efficientemente le risorse e indurre la gente a lavorare insieme in modo armonico per raggiungere dati obiettivi ». Rakich, invece, scrive che « la gestione è un'attività che comprende le seguenti funzioni: il processo decisionale, la pianificazione, l'organizzazione, l'esecuzione e il controllo ».

Se consideriamo valide queste definizioni (io propongo ai colleghi di accettarle), gli obiettivi di una buona gestione diventano fondamentalmente tre: l'efficienza, l'efficacia e la qualità.

Non mi dilungo sul primo elemento, poiché è generalmente accettata la definizione di efficienza come rapporto tra le risorse ed il prodotto. Vorrei, invece, spendere alcune parole sui concetti di efficacia e di qualità.

Esiste un'efficacia di tipo economico, che è costituita dal rapporto tra l'*input* e l'*output* in senso economico, ma esiste anche un'efficacia intesa nel senso di modificazione della situazione della sanità collettiva o di quella individuale, che in lingua anglosassone viene definita *outcome*.

Vi è, infine, una terza dimensione che assume una rilevanza sempre crescente: la qualità. Seguendo lo schema proposto da Donabedian – il padre della problematica legata alla qualità dell'assistenza – anche questo concetto può essere a sua volta suddiviso in quattro momenti fondamentali. Vi è una qualità di carattere tecnico, che deriva dalla scienza medica, quindi dalla competenza e dalla preparazione del medico; esiste una qualità del

rapporto interpersonale tra il medico e il paziente, che Donabedian definisce « l'arte medica »; vi sono poi i problemi legati all'ambiente (che nella lingua anglosassone vengono individuati con il termine *amenities*), ai quali il paziente è molto sensibile, recependoli forse meglio dell'atto medico intrinseco. L'elemento fondamentale della qualità, tuttavia, secondo il parere di Donabedian (sono senz'altro d'accordo con lui), è l'equità, cioè la possibilità di distribuire equamente i singoli servizi all'interno di ogni paese. Su quest'ultimo punto, comunque, tornerò più avanti.

Per ciò che riguarda il primo argomento all'ordine del giorno, relativo alla definizione degli *standard* di gestione, credo sia necessario operare una distinzione tra *standard* di risorse e *standard* di risultati. Questi ultimi in particolare, come vedremo, nel nostro paese hanno avuto riflessi legislativi piuttosto discutibili.

In qualunque sistema sanitario le risorse sono fondamentalmente di tre tipi: la struttura, gli strumenti, il personale; è dall'omogeneità e dall'integrazione di questi elementi che può derivare un risultato positivo. Non vi è dubbio che struttura, strumenti e personale debbano avere dotazioni minime, al di sotto delle quali vi è un inevitabile peggioramento della qualità del prodotto. Credo che questo aspetto sia fondamentale, soprattutto per la sede in cui ci troviamo: troppo spesso gli strumenti legislativi predisposti dal Governo e dal Parlamento non affrontano questa problematica in modo complessivo, ma prendono in considerazione i tre aspetti della questione in modo disomogeneo.

Fondamentalmente gli *standard* di risultato sono due, uno di carattere qualitativo e l'altro quantitativo. Nonostante attualmente nel mondo ospedaliero, che ingloba la maggior parte dei servizi, oltre alla quantità ed alla qualità si cominci a misurare il prodotto in termini di *case mix* (più conosciuto in Italia con il termine DRG, anche se questo è un metodo

e non è detto che tutti debbano essere uguali ad esso), lo *standard* di gestione quantitativo e di risultato ha numerosi parametri (le giornate di degenza, le visite, gli interventi, gli esami di laboratorio e quelli radiologici); in altri termini, raccoglie un elevato numero di indicatori sanitari.

A questo punto mi permetto di formulare una prima riflessione concernente la legge n. 595 del 1985, la quale ha stabilito la quota di posti-letto che dovrebbero essere garantiti in futuro nel nostro paese ed il suo risultato quantitativo, in quanto fissa al 70-75 per cento l'indice di occupazione al di sotto del quale il risultato sarebbe assolutamente negativo.

Rivolgendomi all'attenzione dei colleghi e dei parlamentari presenti, ritengo di dover affermare che, secondo me, costituisce un errore aver sancito un valore così basso: nessuna industria privata, organizzata in modo omogeneo per struttura, strumenti e personale, potrebbe permettersi di lavorare con un prodotto del 75 per cento. Ciò non vuol dire che necessariamente il prodotto deve raggiungere il 100 per cento; ma senza dubbio deve essere più alto, com'è ormai accettato in tutto il mondo.

Ritengo – consentitemi di dirlo – che per ragioni politiche sia stato accettato il valore del 75 per cento, mentre sarebbe stato corretto prevedere un quota pari all'85-90-95 per cento (soprattutto con riferimento ad alcune specialità programmabili), sempre che gli *standard* di risorse – strutture, strumenti e personale – siano programmati per quel livello di lavoro.

Il secondo punto della relazione concerne la capacità di rispondere alla domanda: personalmente, aggiungerei anche « o la possibilità », un concetto sul quale il nostro paese è particolarmente sensibile.

In proposito, occorre svolgere un'approfondita riflessione sul problema della programmazione dei servizi sanitari. Il termine programmazione è nuovo per la cultura italiana, tant'è che si è partiti da quello che nei testi – compresa la bozza

di Piano sanitario nazionale – è definito « modello romantico » di programmazione sanitaria, che certamente non condurrà a risultati positivi. Ma in programmazione, che cosa vuol dire « modello romantico »? Significa che dalla descrizione dei caratteri quali-quantitativi della domanda si passa alla definizione delle risorse e delle modalità del loro consumo per fornire precise risposte. A parte le differenziazioni tra domanda e bisogni reali, non vi è dubbio che partire da questo per passare alle risorse ha costituito un'esperienza che ha fornito risultati deludenti, direi quasi negativi, nel corso degli anni, creando frustrazione nei cittadini, negli operatori sanitari e forse anche nell'autorità politica.

Successivamente, si è registrata la crisi del « modello romantico » di programmazione per due motivi. In primo luogo, in quanto – e ciò si è verificato anche nelle nazioni più ricche – non esiste una concreta correlazione tra l'incremento della spesa e quello della salute. In sostanza, pur aumentando la spesa, si arriva ad un livello in cui la salute collettiva tende ad omogeneizzarsi e, in alcuni casi, addirittura a decrescere soprattutto per le malattie causate dal sovrasviluppo e dall'accresciuta disponibilità di denaro. In secondo luogo, non esiste livello di offerta rispetto al quale, dopo una fase di assestamento, non si ricreino le premesse affinché la domanda indotta superi l'offerta, cioè nell'assistenza clinica in molti casi non si raggiunge la saturazione a differenza di quanto si verifica in economia.

Di conseguenza si dovrebbe seguire il « modello pragmatico », il quale parte dalla disponibilità delle risorse, dalle scelte politiche che si vogliono effettuare ed individua criteri di priorità. Si tratta di avere il coraggio politico di dare priorità. Troppo spesso, invece, si dice di voler realizzare tante cose – il Piano sanitario nazionale e quelli regionali ne sono esempi – ma nessuno ha il coraggio politico di decidere quale cosa fare per prima. Al riguardo, esistono anche sugge-

rimenti di carattere epidemiologico per scegliere le priorità: non per aprire una parentesi, ma sono profondamente convinto che i grandi problemi della sanità italiana nel 2000 saranno rappresentati dall'ambiente e dagli anziani, tutto il resto sarà secondario.

Ovviamente accanto alle priorità occorre verificare la fattibilità e soprattutto l'efficacia complessiva della risposta. In un recente libro di Joseph P. Peters, che forse alcuni colleghi conoscono, pubblicato recentemente dall'American Hospital Association ed intitolato *A strategic planning process for hospitals* nel capitolo dedicato alla pianificazione sono evidenziate tre fasi: *what I need, what I want to do, what must be done*, ovvero di che cosa ho bisogno, che cosa voglio fare e che cosa debbo fare per prima.

Quanto alla capacità di raggiungere gli obiettivi di gestione, anche in questo caso bisognerebbe aggiungere « o possibilità di raggiungere gli obiettivi » e soprattutto da parte di chi. È necessario, infatti, che gli uomini siano capaci e preparati alla realizzazione degli obiettivi prefissi. Tuttavia, se è vero che la capacità professionale deriva dal sapere, saper fare, saper essere e saper voler essere (cioè la motivazione del lavoro nella struttura pubblica), è altrettanto vero che in Italia mancano scuole idonee a preparare dirigenti amministrativi e sanitari i quali posseggano le prime tre caratteristiche: infatti l'ultima, ossia il saper voler essere, dipende da un insieme di elementi che variano da società a società. Ma se manca la capacità, esiste la possibilità? Credo che nell'attuale Servizio sanitario nazionale, così com'è strutturato — chi vi parla crede profondamente in esso ed è anzi convinto che in tutti i paesi presto o tardi si arriverà ad una forma analoga — non esistono o sono scarsissime le condizioni obiettive per ottenere il risultato di una buona gestione, caratterizzata, come ho già detto, dall'efficienza, dall'efficacia, dalla preparazione tecnica del personale, dall'equità verso il paziente e così via.

Oggi non esiste la possibilità di realizzare questi obiettivi, innanzitutto perché mancano gli uomini preparati a conseguirli, per la carenza oppure, addirittura, per l'eccessiva proliferazione legislativa. Può sembrare assurdo, ma in taluni casi la normativa è carente, mentre in altri vi è un'abbondanza di leggi regionali e statali, di decreti e di altri atti normativi che introducono continue modificazioni.

Esiste inoltre l'assoluta mancanza di verifica dei risultati, che viene effettuata soltanto sugli atti, ed allo stesso tempo manca un rapporto preciso tra i diversi livelli decisionali economici, in quanto spetta agli organi centrali decidere la spesa, ma non anche il tipo di assistenza, che viene definito poi in sede regionale; in tale situazione, quindi, è impossibile, senza un chiaro rapporto di responsabilità, ottenere quei risultati di cui sto parlando.

A mio avviso, ciò non è realizzabile neanche adottando il modello privatistico, che viene indicato da più parti come la panacea di tutti i mali; a tale proposito, ritengo che non si debbano nutrire eccessive illusioni per una serie di motivi. In primo luogo, perché l'« azienda sanità » è completamente diversa dalle altre aziende di produzione e di servizio cui si tende a farla somigliare, in quanto perlomeno le strutture sanitarie pubbliche non hanno come scopo il profitto.

Il dibattito sulla differenziazione dei vari elementi tra la struttura pubblica e quella privata non può esaurirsi in questa sede; tuttavia vorrei sottolineare che molte speranze sul modello privatistico cadranno se non verrà definita con estrema chiarezza (e al momento non mi sembra che ciò risulti dalla bozza legislativa) la commistione delle competenze tra responsabilità tecniche e responsabilità politiche.

Il direttore del dipartimento di economia presso il centro di York, Alan Williams, ha pubblicato un articolo nel quale, affrontando il problema del rapporto tra operatori tecnici e politici, ha

dimostrato che esso non riguarda soltanto l'Italia, ma è presente anche in altri paesi. Egli, tra l'altro, ha sostenuto che la medicina è politica, la sanità è politica, nel momento in cui spetta agli organi centrali assumere decisioni economiche e legislative, nonché definire gli aspetti macro-organizzativi. Il professor Williams ritiene che la gestione debba essere un fatto esclusivamente tecnico; la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 ha definito impropriamente i comitati di gestione, invece di usare una terminologia più prettamente politica. A mio avviso, non potrà esserci (e non ci sarà) decisionalità e responsabilità se non cambierà il metodo di finanziamento e se esso non si baserà nel futuro sul *budget*, prospettiva su cui siamo assolutamente impreparati.

Per quanto riguarda il problema della soddisfazione degli operatori, dei destinatari delle prestazioni e della verifica dei risultati, ricordo che tre sono gli elementi da prendere in considerazione: la qualità dell'assistenza e delle politiche di reclutamento degli operatori, nonché la qualità della spesa per beni e servizi. Con riferimento alla qualità dell'assistenza, la verifica di tale elemento non deve avere assolutamente carattere burocratico-fiscale, come si è verificato anche negli Stati Uniti con il PRO (Peer review organizations) e con i DRG (Diagnosis related groups). La *quality assurance*, che oggi esiste in America, ha portato ad un aumento delle spese per la *malpractice* ed anche ad un disimpegno reale degli operatori sanitari.

Mi risulta, invece, che funzioni senz'altro meglio il sistema olandese, che, se non erro, è stato fatto proprio anche dalla Organizzazione mondiale della sanità. Tale sistema si basa fondamentalmente sulla precisa responsabilizzazione dei medici iscritti agli ordini professionali, per cui la valutazione della qualità delle prestazioni non dovrebbe risolversi, almeno inizialmente, in giudizi di valore sulla persona, ma sull'atto. In secondo luogo, la deliberazione di direttive, di criteri e di *standard* da seguire competono a

commissioni centrali (ad esempio, l'ordine professionale centrale), ma il controllo è demandato allo *staff* delle singole unità operative. Tuttavia, affinché non si pensi che tali decisioni siano un fatto corporativo interno, le indagini sono affidate ad un *referee* ed esiste l'obbligo di una documentazione periodica agli organi centrali; si tratta di un metodo che sembra abbia già dato e continui a dare buoni risultati.

Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza per i destinatari delle prestazioni, due sono gli elementi che sottopongo alla vostra attenzione; premesso che il destinatario è il cittadino, cioè colui che usufruisce in prima persona del servizio, che cosa domanda agli operatori? Innanzitutto, un buon prodotto, ma egli non è in grado di verificarlo, né di valutare la qualità, l'equità e l'accessibilità della prestazione stessa. In questo ambito, mi risulta che l'esperienza danese stia dando risultati positivi.

In merito alla qualità delle politiche di reclutamento, alla verifica dei risultati e dei programmi di accreditamento, desidero subito precisare che nel primo caso è necessaria molta attenzione, perché oggi non esistono politiche di reclutamento né quindi la reale possibilità di una loro attuazione, almeno nel nostro paese, per vincoli legislativi, culturali e di altro tipo; è necessario, pertanto, come ho già affermato, riconsiderare il problema nel suo complesso.

In secondo luogo, non vi è dubbio che per assicurare la qualità della spesa di beni e servizi bisognerebbe prima di tutto superare forti conflitti tra centri erogatori di risorse finanziarie e centri a cui è affidata (o dovrebbe essere affidata) la responsabilità dei relativi consumi.

Infine, con riferimento alla verifica dei risultati e dei programmi di accreditamento, ricordo che la Joint Commission for accreditation of hospitals, esistente in America e similmente anche in Canada, concede l'accreditamento agli istituti che rispondano a determinati parametri di struttura, di strumenti, nonché di personale. Non mi risulta che strutture analo-

ghe esistano in Europa, né certamente sono state realizzate in Italia. È importante, a mio avviso, che nel momento in cui il Parlamento decide interventi in tal senso, si assuma poi l'obbligo – trattandosi di un Servizio sanitario pubblico e non privatistico – di fornire quanto necessario per la sua attuazione, perché sarebbe perfettamente inutile istituire nuove strutture senza dotarle degli strumenti necessari.

Vorrei precisare che le considerazioni svolte in questa sede hanno un peso molto più importante di quanto non si creda nel paese, che si avvicina imprecisato al 1992, data in cui dovrà affrontare inevitabilmente una serie di problemi anche nel campo della sanità, dei quali – ripeto – in Italia non si parla, ma che, provocando un forte impatto di gestione, ci faranno diventare un paese di serie « B ».

HEATHER PALMER, *Lecturer in health services, associate dean for students*. Ringrazio innanzitutto la Commissione per avermi invitato a partecipare all'indagine odierna.

Nel discutere della gestione della sanità dobbiamo considerare il problema da tre diversi punti di vista: quello degli operatori sanitari, quello dei governi e quello dell'utenza (vedi allegato n. 1).

L'opinione degli operatori è importante, perché sono essi che apportano la competenza e l'esperienza necessarie a fornire l'assistenza sanitaria. Il loro consiglio deve però essere seguito con cautela, in quanto essi hanno interessi personali nella gestione dell'assistenza sanitaria, per le eventuali ripercussioni sui loro redditi e sulle loro condizioni di lavoro; quindi, l'interesse dell'operatore può essere in conflitto con quello dei governi e degli utenti.

I governi, ovviamente, sono oggetto di pressioni perché forniscano tutti i servizi sanitari che possono essere di beneficio agli utenti, ma sono anche sottoposti a pressioni affinché mantengano un equi-

brio accettabile fra le spese per i servizi sanitari e quelle per gli altri servizi pubblici, e contengano tutte le spese pubbliche entro i limiti che i contribuenti sono disposti a tollerare.

Questo compromesso fra la qualità e il costo dell'assistenza sanitaria è al centro delle mie osservazioni sull'efficienza della gestione della sanità, che può essere considerata in due modi. Al riguardo, posso dire che i medici preferiscono innanzitutto stabilire degli *standard* per la qualità dell'assistenza, e poi considerano più efficienti gli operatori che registrano minori costi. I governi, che dispongono di bilanci fissi per i servizi sanitari, capovolgono questa impostazione: le spese vengono fissate prima, e gli operatori più efficienti sono quelli che assicurano la migliore qualità con gli stanziamenti stabiliti. Il governo degli Stati Uniti ha introdotto solo di recente alcuni limiti alle spese sanitarie, attraverso il sistema di pagamento degli ospedali basato su gruppi di diagnosi omogenee e attraverso i contributi dei pazienti iscritti a vasti programmi di assistenza sanitaria di tipo mutualistico.

Gli utenti e gli operatori sanitari si sono subito lamentati del fatto che tale sistema di contenimento dei costi può essere conseguito sia riducendo la qualità sia aumentando l'efficienza; solo controllando la qualità è possibile una distinzione tra le due alternative. Purtroppo, non è facile controllare la qualità delle prestazioni sanitarie; possiamo farlo valutando in che misura gli operatori sanitari abbiano migliorato lo stato di salute e la soddisfazione della popolazione tenendo presenti i vincoli esistenti, quali ad esempio l'efficacia della tecnologia sanitaria, le risorse disponibili e il livello di mobilità della popolazione.

Nel quadro di questa vasta definizione generale la differenziazione delle diverse componenti della qualità, tra le quali esistono sovrapposizioni, riguarda l'accessibilità, la competenza tecnica e l'accettabilità.

Per « accessibilità delle cure » si intende la misura in cui l'assistenza sanitaria è equamente distribuita fra i possibili beneficiari. Infatti, in un servizio sanitario a gestione pubblica, anche se sono state rimosse le barriere finanziarie all'assistenza, possono ancora esservi pazienti che potrebbero beneficiare dei servizi ma non ne fruiscono. Gli operatori, specialmente se percepiscono uno stipendio fisso (nel quadro di un *budget* fisso), tendono a concentrarsi sui pazienti che presentano delle lagnanze, ignorando coloro che non ricercano attivamente le cure. La valutazione della qualità dovrebbe, quindi, comprendere quella della possibilità di accesso, lo studio delle esigenze sanitarie della popolazione rimaste insoddisfatte e degli ostacoli che si frappongono alla fruizione dell'assistenza.

Per competenza tecnica si intende il coordinamento da parte dell'operatore della tecnologia, della propria capacità e del proprio giudizio di migliorare la condizione di salute ed il grado di soddisfazione dei pazienti. Rientra nel concetto di competenza tecnica anche l'adozione di decisioni appropriate sulle analisi e sulle terapie di cui un paziente abbisogna e la loro pronta e sicura esecuzione.

È compito degli operatori sanitari l'adozione delle decisioni, che possono essere giudicate appropriate qualora la possibilità che i pazienti traggano beneficio dall'analisi o dalla terapia sia superiore alla probabilità di un danno. La realizzazione pronta e sicura delle analisi e delle terapie è una responsabilità congiunta dei sanitari, dei *manager* e del personale non sanitario.

La terza componente della qualità, ossia l'accettabilità dell'assistenza, rappresenta il modo in cui l'assistenza stessa soddisfa i pazienti. Naturalmente, i pazienti apprezzano la competenza tecnica, ma il termine accettabilità è solitamente circoscritto a quegli aspetti delle cure che possono essere valutati soltanto dall'angolo visuale del paziente, come l'umanità o la capacità di rapporto interpersonale dei sanitari, nonché la prestazione dell'as-

sistenza effettuata in base a criteri di *comfort*, convenienza e dignità dei pazienti.

Ai fini della valutazione, noi innanzitutto raccogliamo dati su ciò che deve essere misurato e, successivamente, paragoniamo quei dati con i criteri e gli *standard* per la valutazione. Nel raccogliere le notizie e nell'elaborare i criteri per la qualità dell'assistenza, possiamo utilizzare tre tipi di dati, a seconda che riguardino la struttura, le procedure ed i risultati.

I dati sulla struttura dell'assistenza sanitaria riguardano la qualità delle attrezzature, dei mezzi, del personale, ed anche gli orientamenti e le modalità che ne determinano l'interazione; quelli sulle procedure sono relativi alle azioni praticamente svolte sul paziente o per esso; quelli, infine, sui risultati riguardano qualsiasi cambiamento delle condizioni di salute di un paziente attribuibile alle cure mediche prestate.

La soddisfazione del paziente può, quindi, essere considerata come un particolare tipo di dato incidente sui risultati. Possiamo, ad esempio, usare dati strutturali per misurare la capacità concreta o potenziale di erogare un'assistenza soddisfacente, però una struttura valida pur necessaria non è sufficiente a produrre buone prestazioni. Possiamo, inoltre, valutare l'effettivo livello dell'assistenza utilizzando i dati sulle procedure e sui risultati. I primi vengono principalmente usati per esaminare l'assistenza in dettaglio e giungere ad un giudizio sicuro sulla qualità in casi particolari, mentre i secondi, che debbono essere adeguati al tipo di patologia del paziente e alla gravità della stessa all'inizio della terapia, sono più utili per individuare le maggiori differenze nell'assistenza prestata ad un gran numero di pazienti.

Negli Stati Uniti, l'accreditamento degli ospedali e dei centri di assistenza sanitaria si fonda solitamente su *standard* scritti per la struttura dell'assistenza, ed i dati utilizzati sono ricavati dalla documentazione amministrativa esaminata nel

corso di ispezioni presso le strutture sanitarie.

Per individuare le principali differenze nelle prestazioni ospedaliere, sotto forma di tassi di mortalità, vengono posti a confronto i risultati relativi ai diversi ospedali, avvalendosi di grandi banche-dati, elaborati in sede di pagamento dell'assistenza; le banche-dati danno soltanto brevi informazioni sui servizi offerti ai pazienti, che vengono poi allegate alle richieste di pagamento.

Per esaminare l'appropriatezza delle decisioni sulle procedure seguite, si applicano criteri qualitativi espliciti ai dati sulle procedure all'interno di grandi banche-dati, o delle cartelle cliniche. Qualora vengano individuati problemi relativi all'assistenza sanitaria, un cosiddetto « riesame implicito dettagliato » viene effettuato da un medico revisore, usando i dati delle cartelle cliniche.

Si ricorre di frequente ai sondaggi di utenti e, anche se in misura minore, ai sondaggi postali o telefonici, soprattutto per le cure ambulatoriali, onde valutare la soddisfazione dei pazienti e le possibilità di accesso all'assistenza.

Abbiamo finora discusso dei diversi modi di misurare la qualità; tuttavia, il nostro scopo è anche quello di aumentare l'efficienza, anziché ridurre la qualità e la quantità dei servizi, al fine di ottenere risparmi sui costi. Passiamo ora a considerare i due modi per migliorare la qualità: ciò è possibile innanzitutto attraverso la regolamentazione e la disciplina, al fine di combattere la qualità scadente, ovvero mediante l'uso di incentivi, sempre allo scopo di incoraggiare la buona qualità. L'elaborazione del giusto programma di verifica e revisione della qualità dipende dagli incentivi e dai disincentivi insiti nel sistema sanitario.

Nei servizi sanitari pubblici ed in quelli cosiddetti a bilancio fisso la responsabilità dell'erogazione dell'assistenza ad una determinata parte della popolazione ed il limite di costo fissato dal bilancio incoraggiano un approccio razionale alla programmazione procedurale

nonché tecnologica ed all'organizzazione dei servizi per i pazienti. Spesso il personale, tuttavia, ha un posto di lavoro garantito, con stipendio assicurato ed il monopolio della prestazione dell'assistenza. Tale situazione può indurre gli operatori a trascurare i propri doveri ed a perseguire i propri fini, consentendo così che l'incompetenza resti impunita.

Per combattere tali tendenze ed in presenza di prestazioni inadeguate ci si avvale spesso di misure, volte a migliorare la qualità, di regolamentazione e di intervento disciplinare. In questo contesto, gli operatori tengono alla sicurezza del loro posto di lavoro, ma non amano l'elemento negativo della regolamentazione. Gli operatori migliori, invece, considerano negativamente lo scadimento professionale che può verificarsi in tali ambienti. Gli utenti tendono a lamentarsi di non avere la possibilità di contribuire alla ideazione ed al funzionamento dei servizi, perché tutto il controllo è nelle mani degli operatori.

Le strutture sanitarie private, esposte ai rischi della concorrenza, tendono ad incoraggiare l'innovazione e la produttività, prestano attenzione ai costi e sensibilità verso le preferenze degli utenti. In un sistema siffatto, idealmente, attraverso le loro scelte (dell'ospedale, del medico e del programma sanitario) gli utenti possono influenzare il tipo di servizi necessari ed il modo in cui dovrebbero essere prestati, ma ciò solo nella misura in cui essi debbano e possano pagare l'assistenza con propri mezzi.

Sono gli utenti, inoltre, a determinare le somme da investire nell'assistenza sanitaria, anziché in altri beni e servizi. In un siffatto quadro imprenditoriale sono indispensabili provvedimenti volti a migliorare la qualità, affinché gli utenti e le organizzazioni che li rappresentano, come ad esempio le grandi aziende, i sindacati o lo stesso governo, possano operare le proprie scelte sulla base della qualità e del prezzo, evitando di premiare quegli operatori che realizzano risparmi a spese della qualità. Ciò significa che gli opera-

tori più efficienti, se premiati in termini di riconoscimento concreto, aumenteranno a spese di quelli meno efficienti: in questo contesto, le misure a favore della qualità fungono da efficace incentivo al miglioramento.

Nell'ultimo decennio negli Stati Uniti sono stati in una certa misura consentiti tentativi deliberatamente intesi a permettere alle forze del mercato di agire nel settore sanitario. Indubbiamente tale tentativo ha spostato una parte del controllo sulla concezione e la gestione dell'assistenza sanitaria nelle mani degli utenti e dei loro rappresentanti. Il rovescio della medaglia, però, è che utenti ed operatori coscienziosi non gradiscono l'erosione del tradizionale rapporto professionale per effetto delle considerazioni di mercato. Gli utenti, in particolare, corrono determinati pericoli a causa della loro limitata capacità di giudicare la qualità delle cure che ricevono. Inoltre, se il mercato risulta influenzato da più fattori, il sistema sanitario è meno fruibile da parte degli utenti più ignari, in quanto raramente è organizzato in modo sistematico. Nel breve termine la disorganizzazione, la proliferazione di tecnologie costose e l'occasionale fallimento economico degli operatori, possono comportare uno spreco di risorse. Queste ultime possono altresì essere distolte, come ad esempio negli Stati Uniti, dalla cura dei pazienti e destinate alla pubblicità ed alla creazione di un'immagine attraente che poco ha a che vedere con gli elementi professionali dell'assistenza sanitaria.

In questa situazione gli operatori, specialmente i meno competenti, non amano essere esposti al rischio del fallimento ed essere sottoposti a pressioni per aumentare la produttività; gli utenti, da parte loro, non gradiscono l'obbligo di dover pagare anche solo una parte delle loro cure, specialmente perché temono di vedersi negate quelle che potrebbero salvarli dalla morte o dall'invalidità.

Come possiamo riassumere, allora, la recente esperienza americana nell'instaurazione di un equilibrio fra costi e

qualità nell'assistenza sanitaria? Probabilmente gli operatori lavorano di più ed in modo più innovativo quando sono maggiormente responsabilizzati per il loro lavoro e, in tale contesto, i migliori sono premiati ed incoraggiati.

È però essenziale che essi siano responsabilizzati, per assicurare la qualità oltre che per il mantenimento dei costi a certi livelli, in modo che gli eventuali risparmi non siano realizzati semplicemente riducendo la qualità del servizio prestato.

Negli Stati Uniti aumentano i consensi attorno all'idea che le misure atte a migliorare la qualità possano funzionare meglio quando siano usate per premiare il successo anziché per punire il fallimento. Tra gli utenti statunitensi vi è una corrente di opinione maggioritaria secondo la quale le principali esigenze sanitarie debbano essere soddisfatte in assistenza diretta. Gli utenti esprimono una profonda avversione verso ogni limitazione che riguardi l'assistenza sanitaria, ma nello stesso tempo non vogliono che siano aumentate le imposte per pagare l'assistenza stessa. Attualmente non si è trovata una soluzione per soddisfare aspirazioni così contrastanti, salva la convinzione comune che medici ed ospedali debbano diventare più efficienti.

La soluzione oggi evidentemente preferita dal governo degli Stati Uniti è quella del rimborso posticipato delle spese ospedaliere, incoraggiando il pagamento di tutte le cure attraverso piani sanitari con quote fisse per i partecipanti. Questo tipo di sistema decentra la responsabilità del razionamento dell'assistenza agli ospedali ed ai programmi sanitari. Nello stesso tempo il governo si è assunto la responsabilità di richiedere una revisione esterna della qualità tramite organizzazioni di controllo costituite da medici e finanziate dal governo stesso, nonché attraverso organizzazioni private, quali la commissione mista per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie. È prassi sempre più diffusa negli Stati Uniti permettere che le informazioni sulla qualità dell'assistenza siano a disposizione degli

utenti, innovazione impensabile ancora fino a poco tempo fa.

Mi auguro che questa breve panoramica dei cambiamenti in atto negli Stati Uniti e delle nostre incertezze sul loro esito possa essere di aiuto alla Commissione sanità della Camera nel momento in cui dovrà assumere decisioni per il proprio paese.

PRESIDENTE. Ringraziamo il professor Zanetti e la dottoressa Palmer per la loro esposizione.

Invito i colleghi a formulare le domande che riterranno opportune.

LUIGI BENEVELLI. Ritengo che affrontare il problema della spesa sanitaria nei termini innovativi in cui viene esaminato nella seduta odierna sia molto importante e stimolante per la nostra Commissione e per l'intera Camera dei deputati. Speriamo che ciò rechi risultati ai fini del lavoro legislativo e, ancor più auspicabilmente, della pratica di governo.

Certamente stiamo vivendo un momento difficile per il modo confuso con il quale il tema in esame tende ad essere affrontato, secondo logiche ed approcci esclusivamente macroeconomici che non entrano nel merito delle questioni e, soprattutto, non sono rispettosi dell'autonomia e della responsabilità dell'organizzazione dei sistemi che forniscono prestazioni sanitarie.

Nell'introduzione al dibattito ci sono stati forniti un glossario e delle informazioni bibliografiche in ordine allo stadio in cui sono giunte la discussione e le pratiche negli altri paesi.

Il problema sul quale desidero richiamare l'attenzione della Commissione consiste nel fatto che il controllo di qualità ed il lavoro diretto a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni si riferiscono, quasi esclusivamente, all'ambito ospedaliero. Mi sembra esistano altri controlli per quanto riguarda alcuni servizi erogati in aree rurali ed un'ampia letteratura concernente i servizi di salute mentale, ma, in sostanza, o ci si riferisce, come dicevo, a strutture ospedaliere oppure a ristretti ambiti rurali nei quali è

stato possibile anche monitorare le prestazioni, il loro significato ed i relativi effetti.

Sappiamo, però, che un individuo, durante il suo percorso di vita, salute e malattia, anche in rapporto al luogo in cui vive, attraversa momenti diversi ed entra in rapporto con differenti organizzazioni che erogano prestazioni, le quali non sono esclusivamente quelle ospedaliere o di un determinato servizio: mi riferisco, in generale, alla medicina di base ed alla prevenzione.

Mi chiedo, pertanto, quali indicazioni possano fornire rispetto a tale problema le pratiche attualmente gestite riguardo alla possibilità di migliorare efficienza, efficacia e qualità delle prestazioni in tutto il percorso di salute e di malattia di un individuo, tenendo conto di un parametro insito nella nostra legislazione e nella Costituzione repubblicana: mi riferisco all'universalità degli accessi. Ciò anche in rapporto a valori diversi, per esempio di natura economica; infatti, se si tiene conto di dati pubblicati dalla stampa o, semplicemente, di tendenze in atto, ci si può chiedere fino a che punto valga la pena di spendere per migliorare la salute di persone che, per esempio, abbiano superato i 75 anni di età e se sia opportuno occuparsene in modo intensivo, giacché potrebbe trattarsi di soldi sprecati. Oppure emergono altre indicazioni, come quelle che mi pare di aver letto sulla stampa a proposito dell'accesso, in Svezia, alle attività di dialisi per pazienti nefropatici cronici, oltre una certa età. La situazione perciò mi sembra, in modo stimolante – sia pure dolorosamente – più complessa.

Sotto tale profilo, desidero sapere se esista la possibilità di controlli – già in atto o in fase di sperimentazione – di efficienza, efficacia e qualità anche su tipi di prestazioni diverse, cioè che si rivolgano complessivamente al cittadino che accede ai servizi, non tanto all'organizzazione delle singole prestazioni.

GIROLAMO SIRCHIA, *Segretario della Federazione italiana della società di medicina*

e primario dell'Istituto immunotrasfusionale del Policlinico di Milano. Ho qualche commento da fare a quanto esposto sia dal professor Zanetti, sia dalla dottoressa Palmer.

Il professor Zanetti dà per scontato che la miglior politica sanitaria sia quella di stabilire un tetto alla spesa, entro il quale comprimere il bisogno. Mi chiedo se una decisione del genere raccolga veramente il favore di tutti, poiché occorre stare molto attenti nel momento in cui si privilegia una tale scelta rispetto a quella, secondo me molto più etica, di definire il bisogno e poi reperire i fondi per soddisfarlo, stabilendo ovviamente tutta quella scala di priorità di bisogni che il professor Zanetti ha giustamente ricordato. Pertanto, ritengo che questo sia il primo punto da discutere, o quanto meno da sottolineare.

In secondo luogo, mi sembra di capire che il professor Zanetti sia contro l'aziendalizzazione, in particolare degli ospedali e delle USL: io desidero invece sottolineare quella che – ad avviso mio, ma anche di altri – è l'importanza di azienalizzare in particolare gli ospedali e le USL. Occorre, secondo me, distinguere nettamente tra il *provider*, cioè chi fornisce il servizio, e chi lo paga; oggi questa distinzione non esiste, per cui lo Stato è sia colui che offre il servizio, sia colui che lo paga, e ciò costituisce un errore incredibile, perché porta a quell'inefficienza che tutti siamo abituati a riscontrare.

Il primo grande vantaggio dell'aziendalizzazione è quindi di cominciare a distinguere i ruoli. Il secondo consiste nel fatto che, se l'azienda è davvero tale, anche il rapporto pubblico-privato risulta molto più equilibrato di quanto non sia oggi; infatti, attualmente il privato attinge al denaro pubblico con il sistema della convenzione, operando tuttavia con i meccanismi che gli sono propri, e quindi con la libertà di movimento che il pubblico non ha: da ciò deriva sicuramente, in gran parte, la maggiore efficienza del privato rispetto al pubblico.

Un tema molto importante, toccato dalla dottoressa Palmer, riguarda il fatto che lo Stato ha due compiti, secondo me prioritari. Uno concerne il sistema di raccolta delle informazioni e la loro analisi, proprio per compiere quelle valutazioni, quei paragoni sui costi e sulla qualità dei servizi che oggi non siamo in grado di fare: e sappiamo – poiché il professor Paderni credo ce lo abbia detto più volte – che una stessa prestazione in un ospedale costa cinque, o dieci, o venti volte in più rispetto a quanto costa in un altro ospedale o in un'altra USL. Risulta allora chiara l'importanza di dare priorità assoluta a tale sistema di raccolta ed analisi sistematica delle informazioni.

Un altro punto importante che è stato trattato si riferisce al fatto che occorre iniziare a svolgere questa *quality assurance* secondo la sua vera logica, cioè quella di incentivare (come è stato giustamente osservato dalla dottoressa Palmer), e non di reprimere.

Questi sono i punti che vorrei rimanesse all'attenzione dell'uditorio.

DANILO POGGIOLINI. Il professor Zanetti ha fatto cenno al ruolo che in alcuni paesi – in particolare in Olanda – viene svolto dagli ordini professionali per quanto concerne il controllo di qualità. Vorrei quindi sapere – se il relatore è in grado di chiarirlo – quali norme legislative diano la possibilità a questi ordini, nei paesi menzionati, di esercitare tale tipo di controllo.

Ricordo di aver riscontrato in Canada, una decina di anni fa o poco più, visitando l'ordine professionale dei medici canadesi, l'esistenza di apposite commissioni per il controllo di qualità, anche sui liberi professionisti, esterni agli ospedali, costituite da rappresentanti dell'ordine dei medici ed integrate da cittadini scelti con determinati criteri. Una commissione del genere, in base alla documentazione offerta dalle cartelle cliniche, valutava se la diagnosi e la terapia fatte fossero adeguate; in caso di evidente, forte discrepanza tra il livello medio di conoscenze dei medici canadesi e quello del medico,

per così dire, inquisito in quel momento, essa giungeva a decidere (e quindi aveva i poteri per farlo) di sospendere per sei mesi l'attività di questo medico, dandogli la possibilità - e perciò l'obbligo - di riaggiornarsi.

Questi poteri esistono pure in Olanda, dove l'ordine tiene anche un rapporto con il servizio sanitario, che in quel paese - come in Inghilterra e in Italia - è gestito direttamente dallo Stato. Ci interessa quindi sapere quali modifiche legislative possano essere introdotte nel nostro paese, affinché gli ordini professionali abbiano la possibilità di svolgere questo tipo di controllo.

In Italia l'ordine professionale è, a giudizio di molti, un ente inutile. In effetti, esso ha compiti di tutela generica del decoro e della dignità (mi sembra che così si esprima la legge), nonché compiti di elevazione culturale degli iscritti, ma non ha mezzi né possibilità.

In altri paesi vi è un aspetto positivo di gratificazione, poiché gli ordini professionali decidono di quale titolo di specializzazione possa fregiarsi un sanitario, naturalmente in rapporto alla documentazione che questi può presentare ed in base ad un procedimento inverso a quello seguito nel nostro paese, dove la specializzazione universitaria serve ad imparare a fare lo specialista. In Italia accadeva spesso, qualche anno fa (non so se accada ancora) che, ad esempio, uno specialista in chirurgia non fosse in grado di compiere un intervento chirurgico anche dei più semplici, perché possedeva una preparazione del tutto teorica. In altri paesi invece, come ripeto, un sanitario, in base ad una documentazione da cui risulti che egli ha svolto con esito positivo una certa attività di chirurgo, può acquisire il titolo relativo, e la decisione in proposito è compito dell'ordine: in Italia non è così.

Vorrei quindi sapere se il controllo di qualità - come molti ritengono - debba essere effettuato all'interno della categoria, naturalmente con tutte le garanzie necessarie. Infatti la convinzione - almeno mia - è che sia utile imboccare questa strada, ma che le leggi attuali non

diano un tale potere all'ordine. Occorre quindi esaminare se all'estero questo problema sia stato risolto, sotto il profilo legislativo, ed in che modo.

ALDO PAGNI, *Rappresentante della Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri*. Nel ringraziare il presidente per averci invitato a partecipare all'importante indagine odierna, vorrei sottolineare come la verifica di qualità sia sicuramente un tema alla cui trattazione non ci si può più sottrarre, visto che anche l'amministratore delegato della FIAT, pochi giorni fa, ha parlato di qualità nell'industria oltre che nei servizi pubblici.

Dopo aver manifestato il mio compiacimento, vorrei però domandare se siate davvero convinti che la verifica di qualità possa comportare, oltre ad un miglioramento della qualità delle cure, anche una riduzione della spesa. Uno dei vizi d'origine di questo genere di ragionamenti consiste, infatti, nell'ansia di ricercare il controllo della spesa, per cui automaticamente si attribuisce a strumenti, che hanno carattere prevalentemente di sperimentabilità e di ricerca, la capacità di governare realmente la spesa.

Tra la relazione del professor Zanetti e l'intervento dell'onorevole Benevelli mi è parso di cogliere una differenza sostanziale: mentre il primo ha parlato di giudizio di valore sugli atti, il secondo - forse per motivi d'ufficio - si è riferito al controllo dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità, tutti termini estremamente complessi. Dico questo perché, nel compiere un'analisi di struttura, che è piuttosto facile, o di processo, che è più difficile, o dei risultati, esiste una gamma di valutazioni estremamente significative. Ciò comporta che, se appare relativamente agevole - ma non lo è - valutare la qualità dell'assistenza, nonché l'efficienza e l'efficacia di un servizio ospedaliero, cioè di una struttura che ha un apparato ed una sua organizzazione, molto più ardua è la valutazione di quell'atto complesso e relazionale costituito dal rapporto tra medico di famiglia, di base o generale e cittadino, rapporto in

cui gli intrecci psicologici finiscono con il confondere per qualità una connotazione che è prevalentemente di soddisfazione. Ciò è avvalorato dal fatto che un autore anglosassone ha osservato che l'unica qualità, nel campo della medicina generale, è la soddisfazione del paziente.

Analogamente può dirsi per quanto riguarda la problematica dei bisogni, qui richiamata dal professor Sirchia. La teoria dei bisogni ha creato non pochi problemi nel nostro paese, anche perché è stato necessario valutare quali siano i bisogni reali e quali quelli indotti, verificando se questi ultimi abbiano diritto di cittadinanza perché diventano reali in quanto vissuti come tali.

Sostanzialmente, siamo dell'avviso che la verifica di qualità, la valutazione in merito e tutte le tecniche relative siano importanti e debbano diventare patrimonio del medico, nel senso di un'autovalutazione del proprio operare quotidiano senza eccessi di burocrazia — come ha osservato anche la dottoressa Palmer nella sua relazione — nei confronti della quale è maturata un'insofferenza in un certo senso inevitabile. Tutto questo, però, presuppone anche che il sistema sia stabile e che i ruoli e le funzioni degli operatori che vi lavorano siano ben definiti; se così non fosse, sarebbe impossibile effettuare un'analisi di processo e, in presenza di una confusione di ruoli, sarebbe arduo compiere valutazioni di qualità a qualunque livello, ad eccezione soltanto di quello relativo alla disponibilità delle strutture.

Riallacciandomi a quanto diceva l'onorevole Poggiolini, mi pare importante che siano definite le responsabilità, avendo tuttavia presente che non ci si trova di fronte ad uno strumento di controllo reale, ma ad un processo da promuovere dal punto di vista culturale dal quale, una volta compiuto, si potranno trarre gli opportuni benefici, anche sotto il profilo della diversa cultura del medico che si autovaluta. Ciò non vuol dire, peraltro, porre un accento enfatico sull'autogoverno del medico. È evidente che in tutti i paesi c'è anche un *audit* esterno. Tutta-

via, bisogna prestare attenzione al fatto che *audit* è un termine ragionieristico; il che significa che individua una visione puramente economicistica ed econometrica di una professione che ha valenze emotive non indifferenti.

LINO ARMELLIN. Desidererei innanzitutto soffermarmi su un concetto che è già stato esposto, ma che mi pare abbia grande importanza. In Italia spendiamo cifre ingenti per la medicina extraospedaliera, eppure le unità sanitarie locali attualmente prestano la massima attenzione anche ai controlli, oltre che alla gestione del presidio ospedaliero. Su questo non c'è alcun dubbio; direi, anzi — ed anche questo è un aspetto particolare — che l'attenzione è massima per le nuove forme di cura e per gli interventi più importanti. Potrei portare ad esempio l'ospedale della mia città, dove i reparti di cardiocirurgia e di neurochirurgia sono particolarmente curati, mentre altrettanto non può dirsi per ciò che concerne il generale andamento della prestazione ospedaliera, anche a livello di controlli.

Ribadisco che, a mio avviso, manca del tutto la necessaria attenzione nei confronti della medicina di base, extraospedaliera. Ciò provoca un duplice danno: in primo luogo, il fatto che non venga adeguatamente valutato il criterio dell'efficienza e poi che non si valorizzi il territorio che, se potenziato, potrebbe rispondere a quelle funzioni per le quali si è tanto parlato di territorializzare questi servizi.

Un'ultima osservazione vorrei svolgere in ordine ad un accenno fatto dal collega Benevelli ad un tema sul quale, a mio giudizio, si gioca il massimo della credibilità della gestione sanitaria: nel fare i conti con le risorse, non ci si può porre nella situazione di valutare l'efficienza o l'efficacia rispetto all'età o al possibile recupero dell'ammalato. Credo, al contrario, che ci si debba collocare nella prospettiva di dare il più possibile a chi ha più bisogno: per esempio, l'anziano ha certamente una maggiore necessità di prestazioni rispetto a colui che, essendo

più giovane, una volta guarito potrebbe ancora dare il proprio apporto alla società. Se si privilegiasse quest'ultimo, si agirebbe sulla base di una visione efficientistica del servizio sanitario che, a mio avviso, non recherebbe alcun giovamento.

FRANCO PERRARO, *Presidente della Società italiana di VRQ*. Vorrei rispondere a due quesiti che sono stati posti relativamente al fatto che in paesi diversi dal nostro ci si interessi di valutare la qualità anche a livello di strutture non ospedaliere ed al ruolo delle professioni.

Riguardo alla prima domanda, vorrei far presente che negli altri paesi ci si interessa anche della medicina generale. Credo che la dottoressa Palmer potrà confermare che, per esempio, negli Stati Uniti la commissione congiunta per l'accreditamento delle strutture ospedaliere ha cambiato nome ricomprendendo anche i servizi sanitari, ed incomincia ad interessarsi dell'attività ambulatoriale, delle degenze protette e prolungate, della riabilitazione, dell'assistenza psichiatrica, dell'alcolismo e della tossicodipendenza. Vi è, pertanto, un fiorire di attività in questo senso, anche se esse si scontrano ovviamente con le difficoltà che qui sono state illustrate.

Sono d'accordo con l'onorevole Poggolini nel definire limitati i caratteri (sia deontologici sia etici) del nostro ordine professionale, che in altri paesi riveste un ruolo molto più impegnativo. Mi riferisco in particolar modo alla formazione medica prelaurea, postlaurea, nonché alla formazione continua.

A mio avviso ciò è estremamente importante, da parte degli ordini che non guardano solo gli aspetti etici e deontologici oppure quelli esclusivamente sindacali, bensì pongono in essere una loro acquisizione di responsabilità soprattutto nei confronti degli aspetti professionali; questi stessi ordini professionali collaborano con le più imporanti « forze » del settore, espresse da società scientifiche che diventano parte integrante dell'attività decisionale.

Nel campo della formazione vi sono interventi diretti (mi riferisco in particolare alla Germania e all'Olanda) sulla formazione postlaurea, cioè sulla formazione specialistica: un medico diventa specialista solo dopo aver superato una serie di tappe di formazione specificate e controllate dall'ordine medico che si avvale, a tale proposito, di collaborazioni professionali e scientifiche.

Nel campo della valutazione di qualità, il controllo è più indiretto; esiste una vera e propria presa di coscienza - e questo è l'aspetto più importante - soprattutto negli Stati Uniti, in Canada, nei paesi anglosassoni e in Australia, dove sono state istituite le commissioni di accreditamento, che stabiliscono criteri e *standard* di buon funzionamento delle strutture; si tratta naturalmente di criteri minimi, ma compito di queste commissioni è anche quello di controllare se le strutture in questione siano adeguate ai suddetti criteri ed agli *standard* indicati. Si tratta, in genere, di organismi indipendenti che sono sostenuti dalla professionalità, ma anche dai governi dei suddetti paesi che hanno tutto l'interesse a far funzionare tali commissioni sia per quanto riguarda l'emanazione di norme per il settore, sia per quanto riguarda il controllo ed il rispetto delle norme suddette.

In Italia, dove il sistema è diverso, si avrebbero indubbiamente delle difficoltà all'introduzione di tale meccanismo; infatti, negli Stati Uniti l'assistenza sanitaria è prevalentemente di tipo privatistico, o finalizzata anche al profitto; l'assicurazione di malattia regola il sistema sanitario sia pubblico sia privato, poiché vi sono anche forme di assicurazioni pubbliche (come il *medic care*) che garantiscono alcune fasce di cittadini. In Italia abbiamo il Sistema sanitario nazionale che è di tutt'altro genere; tuttavia, pur tenendo conto degli aggiustamenti di cui avremmo bisogno nel nostro paese, sono convinto che questo sia un sistema da perseguire poiché coinvolge effettivamente la professionalità medica ed introduce

criteri di valutazione sia a livello generale di sistema sia a livello di attività quotidiana: l'espressione più tipica di tutto ciò si ha con la *quality assurance*.

MARIAPIA GARAVAGLIA, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il professor Zanetti, nel suo intervento, ha detto qualcosa che ci è noto, nel senso che l'avvertiamo in maniera sperimentale: non esiste saturazione fra domanda ed offerta. Questa sua affermazione apodittica, che corrisponde al vero, si inserisce nella questione di « come programmare non romanticamente ma pragmaticamente ». Il nostro problema di politici — non vostro di tecnici e professionisti — è proprio quello che riguarda la richiesta o l'espansione della domanda, rispetto ad un'offerta, ammettiamolo per un momento, non limitata dalle risorse. Ipotizziamo, cioè, che si possa decidere, a livello politico, che una quota « x » del prodotto interno lordo è comunque destinata al settore sanitario (magari una quota rilevante: ipotesi non realistica, ma ammettiamola pure). Se anche fosse di una certa consistenza l'accesso sul PIL per la quota della sanità, all'interno della medesima quota non si potrebbe rispondere comunque a tutta la domanda, continuamente in espansione.

Anche una risposta organizzata, ammettiamolo di nuovo, in termini di efficienza e di efficacia, realizzerebbe una certa insoddisfazione da parte del cittadino che non troverebbe, in una risposta sia pure preconstituita e qualitativamente elevata, ciò che si aspetta a fronte della sua domanda.

Affinché la copertura sanitaria da garantire in ogni caso sia la meno discrezionale possibile sotto il profilo anche ideologico (perché i partiti rappresentati in Parlamento potrebbero decidere ideologicamente), a chi dobbiamo affidare questo compito?

A questo punto, infatti, il politico si sovrapporrebbe al tecnico nel decidere quali debbano essere le patologie più rilevanti. Lei, professor Zanetti, aveva citato in particolar modo il settore degli anziani e quello dell'ambiente: ammesso che que-

sti siano prioritari, la mia domanda si riproporrebbe interamente.

FRANCA BASSI MONTANARI. Mi sembra che una notevole difficoltà sia rappresentata dall'approccio al problema che vede la medicina come cura, come intervento *a posteriori*, mai come tentativo per rimuovere le cause che provocano patologie.

Nell'ambito di questo approccio si rilevano la centralità dell'ospedale, il luogo delegato della cura, ed in subordine (posti all'attenzione in posizione secondaria) la riabilitazione e la medicina di base.

A mio avviso è necessario andare oltre questa scala ponendo un altro gradino, cioè la prevenzione intesa nel senso più ampio anche per quanto riguarda la valutazione dell'ambiente di vita (inquinamento, alimentazione, modalità di rapporti e così via). Su questo gradino dobbiamo porre criteri di valutazione, efficacia ed efficienza di intervento: tutto questo non è neanche preso in considerazione (non dico sottovalutato, come per altri casi). Per quanto riguarda il rapporto medico-paziente, mi chiedo se l'unico criterio, sempre in riferimento alla medicina di base, sia la soddisfazione del paziente. Accettato questo dato, ci si domanda allora perché non vengano dati poteri al paziente medesimo. Nell'ambito ospedaliero e della medicina di base vi sono fortissime resistenze nei confronti delle varie associazioni dei pazienti e dei malati, che non vengono considerati elementi utili da far rientrare nel calcolo della valutazione dell'efficacia e dell'efficienza.

Circa il ruolo del medico e quello dell'ordine nei confronti della professionalità medica, debbo dire che a mio avviso esistono (soprattutto nel rapporto medico di base-paziente) alcuni elementi di carattere generale; nella valutazione di tale aspetto non credo che l'unico elemento sia rappresentato dalla soddisfazione del paziente.

Criteri oggettivi, quali quelli indicati nel corso di recenti indagini, potrebbero essere rappresentati da indicatori di effi-

cienza da controllare, per esempio, nel settore delle prescrizioni farmaceutiche. Inoltre la maggior parte delle visite mediche si conclude con una prescrizione farmaceutica: questo è un problema da valutare, da approfondire e sul quale si possono indicare criteri generali.

L'oggettività, naturalmente, in questo settore non può essere netta e definita, poiché vi sono moltissime variabili; possiamo però affermare che un altro elemento oggettivo potrebbe essere rappresentato dalla prescrizione diagnostica, che andrebbe analizzata e conosciuta a livello nazionale per arrivare, successivamente, ad una programmazione sanitaria mirata in relazione alle varie esigenze che emergono. Occorre inoltre esercitare un controllo non burocratico, bensì sostanziale, su determinate tendenze culturali, dovute all'abitudine, o di formazione e che magari vanno mutate perché cambiano le conoscenze. Pertanto, possiamo disporre di indicatori che ci consentano di intervenire direttamente sul medico.

Una parte di tale responsabilità deve essere attribuita all'ordine dei medici, però non sottovaluterei altri elementi, come i pazienti, né il potere di cui, nonostante le leggi attualmente in vigore, l'ordine stesso dispone. Infatti, se ne ha poco sul controllo della professionalità, ne ha molto sulle decisioni e sulle scelte etiche nei rapporti con il paziente. Basta pensare alla fecondazione artificiale, al problema dei trapianti, a quello dell'accanimento terapeutico. Ricordiamoci, inoltre, del potere dell'ordine rispetto ad altre forme di medicina che, bene o male, si stanno affacciando sul mercato (cito le prese di posizione dell'ordine contro i medici omeopati o quelli che seguono altre discipline).

Non credo che questo tipo di intervento, anche se va valorizzato un controllo sulla professionalità, possa essere delegato soltanto all'ordine dei medici.

SERGIO PADERNI, *Direttore dell'ufficio per la programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Desidero innanzitutto fornire alcune informazioni ai nostri

ospiti stranieri, per ricordare che in Italia il problema, dal punto di vista legislativo, è stato quanto meno affrontato già nel 1983, con la legge n. 730. Essa prevede che, al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie in regime convenzionale, nel rispetto dell'autonomia del segreto professionale dei sanitari convenzionati, gli accordi collettivi di lavoro, in sede di rinnovo della parte normativa degli stessi, devono prevedere le forme di responsabilizzazione degli ordinatori di spesa, al fine di contenere le spese da ancorare a parametri prefissati sulla base di indici medici regionali di spesa raccordati a quelli nazionali. È prevista, inoltre, l'istituzione di commissioni professionali regionali, con la partecipazione di rappresentanti dei medici convenzionati, scelti tra esperti qualificati delle strutture pubbliche universitarie e ospedaliere dell'ordine professionale, con il compito di definire gli *standard* medico-assistenziali e di fissare le procedure per le verifiche di qualità dell'assistenza. Si prevede, altresì, l'impegno a fornire informazioni ai medici e il ricevimento di informazioni dai medici stessi.

Tutto ciò è stato tradotto nelle convenzioni, e quindi negli ulteriori atti normativi, come il decreto del Presidente della Repubblica n. 270 del 1987, nel quale è prevista la costituzione, sia a livello regionale sia in ogni presidio ospedaliero, di una commissione professionale per la verifica e la revisione di qualità. Ricordo che deve essere valutata la qualità tecnico-scientifica delle prestazioni sanitarie e devono essere promosse misure per la diffusione di metodiche per l'innalzamento qualitativo del livello tecnico-scientifico delle prestazioni stesse, anche mediante iniziative di formazione professionale; deve essere inoltre valutato se le strutture pubbliche convenzionate soddisfino gli *standard* minimi di dotazione.

La commissione in questione è presieduta dal presidente dell'ordine dei medici. Di essa fanno parte cinque rappresentanti degli ordini e collegi professionali, cinque esperti qualificati scelti fra i

dipendenti del Servizio sanitario, cinque medici del servizio ospedaliero, cinque rappresentanti di associazioni scientifiche e culturali mediche, più un funzionario amministrativo. La stessa norma è ripetuta testualmente nel decreto del Presidente della Repubblica n. 119 del 1988, che riguarda le convenzioni di medicina generale.

Pertanto, in Italia le commissioni esistono. Si è passati dall'interpretazione economicistica della legge del 1983 ad una interpretazione e valutazione sulla qualità. Gli ordini sono presenti e dovrebbero attivarsi. Poiché il vero problema è quello di fornire informazioni alle commissioni, da parte dell'amministrazione centrale — come ricordava il professor Sirchia — è stata predisposta (e sta per essere avviata sperimentalmente) la lettura ottica sia di tutte le prescrizioni rilasciate all'esterno dell'ospedale sia di tutte quelle che si verificano all'interno dell'ospedale.

Ciò significa che la strumentazione normativa già esiste e che si tratta ora di passare alla generalizzazione e all'applicazione. Nel corso di tale realizzazione, gli ordini hanno già un ruolo importantissimo da svolgere.

ALDO PIPERNO, *Docente del dipartimento di sociologia dell'università di Napoli*. Vorrei rivolgere una breve domanda alla professoressa Palmer. In sostanza, il controllo di qualità si risolve nella possibilità di controllare l'operato medico, perlomeno se si tratta di strutture che erogano assistenza sanitaria in senso stretto. Dato che, come afferma la professoressa Palmer (e in corrispondenza con una vasta letteratura), i sistemi, se sono a produzione pubblica o a produzione privata, incentivano e disincentivano comportamenti professionali, sembrerebbe di comprendere che un sistema di controllo di qualità indirizzato sul controllo dell'operato medico, in un sistema a produzione pubblica, incontrerebbe qualche difficoltà, se è vero — come sostiene la professoressa Palmer — che ai professionisti, in questo genere di ambiente, piace la sicurezza del

lavoro e non la negatività della regolazione.

Mi chiedo, alla luce dell'esperienza americana, nella quale peraltro, essendovi parecchia produzione privata, sembra che funzionino i sistemi di controllo della qualità, se per l'Italia non sarebbe ipotizzabile la possibilità di trarre qualche suggerimento per organizzare secondo modalità diverse il controllo di qualità. Pongo la domanda in maniera diversa: se vi sia qualche possibilità che il controllo di qualità funzioni nei sistemi di orientamento di mercato, mentre in quelli a dominanza di produzione pubblica si esaurisce nei controlli di struttura (cioè nel momento in cui si consente alle strutture e ai professionisti di accedere alla produzione); in un contesto di questo tipo sarebbe forse immaginabile che qualche strumentazione « di mercato » possa far sì che quella legislazione possa essere applicata?

MARIO ZANETTI, *Direttore sanitario dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna e docente di ricerca e programmazione dei servizi sanitari all'università di Bologna*. Cercherò di essere molto rapido, tentando di rispondere, perché le domande danno anche la misura di non essere stati capiti in molti punti.

Onorevole Benevelli, presumibilmente è vero che gran parte dei concetti sulla gestione, in termini di efficienza, di efficacia e di equità, sono rivolti soprattutto non tanto e non solo ai servizi ospedalieri come tali, ma piuttosto alle prestazioni di carattere clinico. Sono assolutamente convinto dell'esistenza di una serie di indicatori per analizzare l'efficienza, l'efficacia e l'equità anche in tutti gli altri servizi sanitari. Ormai, la letteratura è colma di indicatori con i quali si possono affrontare anche i problemi di gestione, ivi compresi quelli più tradizionalmente tipici della prevenzione vera, che non cesserei di definire « prevenzione », perché, nel momento in cui si usa tale termine, si ipotizza la possibilità di prevenire una malattia; si tratta di indicatori che forniscono informazioni sul livello di tutela

dalla salute. Direi che questo costituisce un passo assai avanzato. Probabilmente non sono stato compreso dall'amico Sirchia: quando ho affermato che bisogna avere il coraggio politico di abbandonare la programmazione « romantica » per passare a quella « pragmatica » intendevo proprio ciò che lui ha sostenuto. Se analizziamo i bisogni e fissiamo le priorità siamo già nella fase della programmazione pragmatica; decidiamo quanto lo Stato è disposto a spendere per la sanità – il 6, il 7 o il 9 per cento del prodotto interno lordo – e successivamente procediamo in base alle priorità stabilite. Non possiamo continuare come si è fatto fino ad oggi, senza definire piani che individuino obiettivi prioritari.

Per quanto riguarda l'intervento del dottor Paderni relativo al Piano sanitario nazionale *in pectore*, ritengo che se dovessimo applicare tutto ciò che è contenuto in quel documento, il 6 per cento del prodotto interno lordo non sarebbe sufficiente: dobbiamo scegliere delle priorità ed io non ho ancora trovato nessuno che abbia esplicitato una tale indicazione.

Sono assai favorevole all'aziendalizzazione delle strutture sanitarie, ma dobbiamo stare attenti a non trasportare i medesimi strumenti dell'azienda privata nella sanità. Inoltre, è illusorio ipotizzare che un direttore generale « megagalattico » risolva i problemi degli ospedali scorporati o quelli delle unità sanitarie locali se non dispone degli strumenti utilizzati dai privati.

All'interno del rapporto pubblico-privato vi è una grande differenza: il privato ha la possibilità di scegliere in base ad una analisi di mercato; il pubblico invece, nella realtà italiana, deve essere esaustivo, è tenuto ad offrire tutte le prestazioni, quindi è impossibile che tale rapporto possa essere corretto. Le case di cura private offrono servizi che producono guadagni, e non ho mai saputo di una clinica privata che avesse in organico 36 infermiere destinate alle attività di pronto soccorso come è previsto per un ospedale pubblico.

Per quanto riguarda le osservazioni dell'onorevole Poggiolini in riferimento al

sistema olandese, devo fare notare che l'Olanda non ha un servizio sanitario nazionale, ma un sistema assicurativo anche se molto controllato dallo Stato. Desidero leggervi i capisaldi del modello sanitario olandese: « la valutazione della qualità dell'assistenza erogata non deve tradursi in nessun caso in giudizi di valore delle persone o degli ospedali coinvolti; fatta salva la produzione di direttive, criteri e *standard* da parte di commissioni di medici a livello nazionale, ogni altra iniziativa è di competenza dello *staff* medico dell'ospedale »; terzo punto molto importante è « l'obbligo della documentazione periodica delle attività svolte per monitorare l'effettivo conseguimento dei risultati attesi ». Questi sono i tre punti che, se non erro, sono stati fatti propri dalla regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Non vorrei che si confondessero le commissioni di qualità – mi riferisco all'onorevole Poggiolini – con i comitati etici. Le commissioni di qualità debbono essere composte da medici e non certo per ragioni corporative, mentre i comitati etici devono essere formati da laici e cittadini. Mi domando infatti come possa una persona priva di professionalità valutare la qualità dell'atto medico.

Il professor Pagni parlava del miglioramento della qualità e del calo della spesa. Ormai abbiamo una vasta letteratura sulla *quality competition* e sulla *price competition*; in particolare Catherine Mc Loughan, della scuola di sanità pubblica della California ha scritto molto sull'argomento. Dopo l'esperienza dei DRG in California, e soprattutto nello stato del New Jersey, dove sono stati applicati totalmente, si sono ottenuti ottimi risultati circa il rapporto tra diminuzione della spesa e calo della qualità o viceversa. Fate attenzione, perché il contenimento della spesa può avvenire solo se esistono precisi protocolli di accesso, altrimenti si innesca il meccanismo della rincorsa; allora l'arte e la tecnica medica devono accettare il principio dei protocolli di accesso che, da parte dei medici sono considerati ancora una sorta di limitazione

alla propria capacità: ma sono proprio loro che devono definirli. L'onorevole Armellini segnalava una carenza delle USL, le quali presterebbero maggiore attenzione agli ospedali rispetto ad altre strutture. Il punto non è questo, disgraziatamente è la società contemporanea che si indirizza esclusivamente agli ospedali; quando si seguono programmi televisivi (come per esempio *Check up*, *Trentatré*, eccetera) che si interessano di problemi legati alla salute, si affrontano solo le questioni che fanno clamore, trascurandone altre. Allora è la cultura del nostro paese che si interessa solo di ciò che fa notizia, come i trapianti di due o tre cuori o quattro fegati, problemi che tra l'altro riguardano solo una minoranza della popolazione. Inoltre in ogni paesino – almeno per la regione da cui provengo – si scatenano reazioni con raccolta di firme in piazza e altro se si osa pensare di chiudere anche il più piccolo ospedale esistente; in Emilia-Romagna le opposizioni sono di un certo tipo, nel Veneto sono altre, ma il risultato finale non cambia.

L'onorevole Garavaglia con i suoi quesiti mi consente di rispondere brevemente alla questione che più mi sta a cuore. È vero che la domanda nel settore della sanità è praticamente senza limiti, perché vi sono bisogni emergenti per cui non si verifica saturazione; ciò accade a prescindere dalle caratteristiche dell'offerta, ovviamente entro certi limiti e in determinati settori: per esempio, l'assistenza sanitaria al parto trova una sua limitazione nel numero della nascite. Se ci riferiamo invece ad altre specializzazioni mediche, notiamo che limiti non ve ne sono: nell'odontoiatria si passa per esempio dal dente d'oro a quello di platino, alle protesi, eccetera; analogo discorso potremmo fare per l'oculistica e via dicendo.

Dunque, a chi spetta la decisione sulle priorità? A mio avviso, i grossi gruppi tecnici debbono suggerire all'organo politico i campi prioritari; non vi è dubbio comunque che a tale riguardo le tensioni siano fortissime. Sarà una decisione diffi-

cile infatti, proprio per ragioni di professionalità, perché per gli oncologi il problema più importante riguarda il proprio settore medico e lo stesso vale per i cardiologi. A volte esistono anche associazioni dei malati che hanno un peso perché sono organizzate: pensiamo ad esempio agli emodializzati, le cui associazioni hanno esercitato forti pressioni fino a che il nostro paese ha realizzato il sistema più avanzato di emodialisi.

Una volta stabilita tale graduatoria – tra l'altro ben riportata nella bozza di Piano sanitario nazionale in senso epidemiologico – qualcuno sarà comunque chiamato a stabilire le priorità ed io ritengo che il soggetto che deve assumersi tale responsabilità sia l'autorità politica; infatti, penso che governare significhi scegliere e quindi decidere e le decisioni scontentano sempre qualcuno.

Come sosteneva il professor Paderni, che oltre ad avere la mia amicizia e la mia stima manifesta un entusiasmo che io definisco sempre « galattico », è vero che nel nostro paese esistono leggi specifiche o sono previste le commissioni, ma stiamo attenti perché quando ho affermato che in Italia o vi sono troppe leggi o ne mancano mi riferivo al fatto che quasi sempre in sede di accordi contrattuali si prevedono clausole aggiuntive, la cui realizzazione io credo non abbia mai visto la luce in nessuno degli ordini professionali provinciali italiani (e se sono state applicate sarei curioso di sapere in quanti casi sia stato affrontato un certo problema). Allora è necessario rinnovare la cultura: non è sufficiente approvare le leggi, ma è necessario controllare che vengano applicate eventualmente prevedendo anche sanzioni.

Signor presidente, ritengo – o almeno mi auguro – di aver risposto schematicamente alle domande che sono state poste.

HEATHER PALMER, *Lecturer in health services, associate dean for students*. Spero che mi perdonerete se non risponderò a tutti individualmente, ma cercherò di raggruppare alcuni temi ed alcuni quesiti ricorrenti.

Uno di essi riguarda la necessità che i programmi di VRQ, la pianificazione e l'assegnazione delle risorse vengano estesi anche a strutture non ospedaliere. Si tratta di un punto molto importante, in particolare perché le pressioni sui costi provocano cambiamenti nel sistema sanitario ed alcuni problemi che una volta erano considerati ospedalieri possono diventare ambulatoriali. Ciò è certamente accaduto negli Stati Uniti.

A mio avviso, i legislatori che hanno approvato l'attuale sistema di pagamenti hanno ritenuto di controllare la spesa sanitaria controllando i costi degli ospedali. È accaduto che i costi ospedalieri sono stati controllati stabilendo alcuni limiti, mentre i costi non ospedalieri sono stati trasferiti alle case di riposo, alle strutture terapeutiche a lungo termine o agli ambulatori. Negli Stati Uniti sono state quindi approvate norme che prevedono il controllo della qualità nelle strutture ambulatoriali, inclusi gli studi dei singoli medici. La questione è estremamente controversa ed il governo sta procedendo con grande cautela nell'attuazione del provvedimento.

Quando ci si riferisce a realtà non ospedaliere, un notevole problema è rappresentato dall'assenza di dati e dal gran numero di strutture da considerare. Se ci si limita agli ospedali, constatiamo che negli Stati Uniti ve ne sono circa 6 mila, mentre, se consideriamo anche le strutture per l'assistenza a lungo termine, per esempio le case di cura, passiamo ad un numero di circa 40 mila. Quando, poi, cominciamo a parlare di strutture ambulatoriali e di studi medici, il numero è enorme. Diventa quindi difficile anche l'aspetto dell'elaborazione dei dati, per cui appare necessario un decentramento del controllo. Attualmente, a Washington, viene prestata attenzione allo sviluppo di fonti di dati che seguono i pazienti in tutte le strutture. È quella che viene chiamata la « continuità dell'assistenza », ma per realizzarla ci vorranno ancora un anno o due.

Vi è stato un altro tema ricorrente quello del contrasto tra strutture pubbli-

che e private. La mia opinione è che, qualunque sia la struttura, le misure a favore della qualità sono sempre necessarie. Infatti, in ogni tipo di struttura, le misure per la qualità sono necessarie affinché si possa garantire l'efficienza. È facile calcolare i costi, ma non è altrettanto facile effettuare una valutazione della qualità, la quale, ripeto, è necessaria in ogni tipo di struttura.

Cercherò, tuttavia, di tracciare una distinzione fra un'impostazione che definirei negativa, volta ad individuare gli ospedali ed i medici inefficienti, per penalizzarli, ed un atteggiamento più positivo che è oggetto di crescente interesse negli Stati Uniti. Misuriamo, quindi, la qualità e confrontiamo i diversi livelli qualitativi di ospedali e medici, con l'intenzione di incoraggiare i medici a migliorare sempre; eviterei di fissare parametri il cui mancato raggiungimento comporti sanzioni ed adotterei, piuttosto, un'impostazione fondata sul confronto tra l'operato di colleghi e lo stimolo a migliorare.

Anche nel quadro delle commissioni professionali (le quali sono gestite da medici) si tende a porre l'accento non sull'allontanamento di un medico dall'assistenza ai pazienti delle strutture pubbliche, ma sul sostegno all'aggiornamento dei medici, i quali devono essere incoraggiati a ricevere una formazione che consenta loro di raggiungere il livello qualitativo dei colleghi.

Altro tema ricorrente è stato quello del ruolo della professione e del modo in cui essa può autodisciplinarsi. Ritengo che l'esperienza americana abbia in realtà dimostrato che il controllo interno, in seno ad un gruppo professionale, è sì importante — sono le persone stesse che possono automotivarsi a migliorare — ma che vi sono anche rapporti psicologici molto delicati all'interno del gruppo, per cui può essere difficile rilevare la prestazione insoddisfacente di un collega.

Quindi, un sistema di controllo esterno, con termini di paragone esterni, è molto importante come fattore motivante. Credo sia chiaro che i professioni-

sti devono essere abituati ad una dimensione del genere per il proprio operato. Inoltre, di nuovo, *a posteriori*, guardando all'esperienza americana, probabilmente sarebbe stato saggio introdurre i programmi di VRQ sin dall'inizio, quindici anni fa, potenziando la formazione dei giovani medici al riguardo, in modo da far intraprendere ad essi la professione con la consapevolezza che il controllo da parte dei colleghi è un dato di fatto.

Vi può essere un'esigenza di educazione anche per quanto riguarda gli utenti. Quelli di loro meno informati non sono in grado di offrire un utile contributo. I gruppi e le associazioni di utenti possono senz'altro acquisire una migliore capacità di comprendere le questioni mediche. Ritengo, quindi, che con una maggiore educazione e con un'attività più coordinata dei gruppi professionali e degli utenti sia possibile avvantaggiarsi del parere dell'utente.

Passiamo ad un altro tema: è stato chiesto se i programmi di VRQ comportino una riduzione delle spese. La risposta è: no. La riduzione delle spese deve essere affrontata direttamente. La verifica della qualità può proteggere la qualità dalle pressioni sui costi. L'esperienza negli Stati Uniti è stata la seguente: quando le organizzazioni per il controllo della qualità sono state lasciate a se stesse, le spese non sono state contenute. D'altra parte, l'introduzione di rigidi controlli dei costi comporta il pericolo di riduzioni della qualità; tale rischio è stato affrontato istituendo meccanismi di controllo della qualità.

Vorrei ora esprimere la mia opinione su un tema sollevato da diversi oratori: l'uso dei farmaci da parte dei pazienti non ricoverati. Si tratta di un problema che il governo americano si troverà ad affrontare perché esso comincia per la prima volta quest'anno, con il programma « Medicare », a pagare i farmaci per i pazienti non ricoverati. Molti di noi prevedono notevoli difficoltà: la domanda di farmaci è quasi illimitata e, quindi, sarà essenziale disporre di dati per verificare se il loro uso sia inappropriato o se

vi sia una spesa eccessiva per determinati tipi notoriamente inefficaci. In passato sono state acquisite valide esperienze in Gran Bretagna ed in alcuni Stati americani per quanto concerne il controllo dell'uso dei farmaci in base ad una certa informazione sulle prescrizioni. Posso anticipare che il prossimo anno quella cui ho accennato diventerà una importante questione negli Stati Uniti.

L'ultima osservazione che desidero esprimere è che a mio parere occorreranno tempi lunghi. Per dei professionisti, imparare nuovi modi di esaminare il proprio comportamento ed ascoltare di più il parere degli utenti è molto difficile. La verifica formale della qualità con il contributo del governo è in atto negli Stati Uniti da quindici anni e, a mio avviso, stiamo ora soltanto toccando marginalmente i problemi reali. Non si tratta, però, di trovare una scusa per non cominciare! Se non si comincia, non si arriva mai da nessuna parte ed io credo che per questi problemi siano necessari tempo e perseveranza.

PRESIDENTE. Con l'intervento della professoressa Palmer si conclude la prima sessione.

Sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 11,40, è ripresa alle 12.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE

LINO ARMELLIN

PRESIDENTE. Riprendiamo la discussione, dando inizio alla seconda sessione, riguardante la variabilità nei comportamenti professionali degli operatori ed il processo di definizione dei criteri, nonché degli *standard* per l'operatività e la valutazione della qualità delle prestazioni professionali.

Interverranno in qualità di relatori il professor Alessandro Liberati, capo del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario

Negri di Milano, ed il professor Charles Shaw, coordinatore della Fondazione King's per la gestione dei fondi ospedalieri.

ALESSANDRO LIBERATI, *Capo del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano*. Desidero ringraziare innanzitutto il presidente della Commissione per l'invito rivoltomi e scusarmi con i colleghi se le diapositive che presenterò sono descritte in lingua inglese (vedi allegato n. 2). Vorrei precisare che ciò è dovuto non alla consueta abitudine di riciclare, per così dire, materiale già utilizzato in altre sedi, ma ad un dovere di ospitalità verso i colleghi stranieri perché, come avete visto, la professoressa Palmer ha presentato diapositive in lingua italiana.

In primo luogo, vorrei chiarire quali sono le ragioni che hanno presieduto alla preparazione del materiale da illustrare, sempre che oggetto della discussione della seconda sessione non sia immediatamente il problema dell'organo competente ad esprimere la valutazione di qualità. A mio avviso, bisognerebbe riflettere su un altro problema, che invece non ci si pone, riguardante la possibilità di esprimere una valutazione di qualità e che, una volta implementata in modo sistematico, vi siano dei segnali di miglioramento nella qualità delle prestazioni.

Illustrerò ora il contenuto del mio lavoro, che si articolerà in tre punti fondamentali e ovviamente su alcuni concetti generali, visto che la variabilità insita nella valutazione di qualità può essere un utile punto di partenza. Accennerò inoltre ai problemi che pone tale variabilità, peraltro ampiamente documentata anche dalla letteratura internazionale, al fine di stabilire dei criteri di valutazione di qualità che assicurino il successo degli obiettivi prescelti.

Da questo punto di vista, ritengo siano da condividere almeno tre importanti concetti già illustrati dalla professoressa Palmer. Innanzitutto, il termine qualità non esprime un concetto assoluto, perché è noto che vi sono differenti « at-

tori » che potrebbero dare una propria definizione di qualità delle prestazioni. Infatti, generalmente ci si riferisce agli operatori sanitari, agli utenti ed agli amministratori, ciascuno dei quali ha un suo concetto di qualità, che non necessariamente coincide, ma che tuttavia ha un peso poi nella sua definizione globale.

Quindi, per tale ragione, la qualità non è un concetto assoluto, ma non lo è anche perché si devono definire (quanto ora dirò è emerso in parte nella discussione in corso) gli obiettivi di un dato sistema e i diversi spazi concessi rispettivamente ad una « sanità-mercato » e ad una « sanità-servizio ».

A mio avviso, in questo contesto, l'opzione politica deve essere particolarmente precisa. Tra l'altro, rispetto al problema di cui ci stiamo occupando, si è cominciato ad intravedere lo « spettro » della questione farmaci, sul quale credo che il professor Tognoni non mancherà di intervenire. Ritengo che l'« indicatore farmaci », dal punto di vista della valutazione di qualità, sia un ottimo esempio per dimostrare che si debbono rispettare priorità politiche nel momento in cui si deve definire tale concetto.

Inoltre, sono del parere che il concetto di qualità sia di per sé particolaristico, nel senso che si applica specificatamente al sistema sanitario cui ci si riferisce. Per tale ragione, è senz'altro importante conoscere le esperienze degli altri paesi ed è altrettanto importante riflettere sulle similarità, le differenze e le specificità del nostro sistema nazionale rispetto, ad esempio, a quello americano. Infine, cercherò di dimostrare che, nonostante le difficoltà, la valutazione di qualità può essere data se si condividono alcuni principi generali. Ad esempio, il tema della variabilità rischia di colpire la fantasia dei non addetti ai lavori, perché il fatto che sistematicamente una serie di studi condotti in diversi paesi su problemi simili abbia riscontrato comportamenti diversi da parte dei medici costituisce, credo, un'acquisizione non certo comune. Più in particolare, non è comune il fatto che non abbiamo una sola indicazione

con cui dimostrare la ragione dell'esistenza di tale variabilità. Non vi è dubbio che vi possono essere diverse spiegazioni, ma intanto è importante sottolineare che la variabilità nei comportamenti dei sanitari è stata dimostrata in tutti i momenti della pratica medica, dai tassi di procedure chirurgiche alla prescrizione dei farmaci, dall'uso di *test* diagnostici alla durata dell'ospedalizzazione, e così via.

Passerò ora ad illustrare la prima diapositiva, che sostanzialmente riprende un classico studio di Wennberg, in cui è stata dimostrata, confrontando tre aree geografiche di paesi diversi (la regione del New England nel nord degli Stati Uniti, una contea della Norvegia ed una regione inglese), la variazione dei tassi di utilizzo delle procedure chirurgiche cosiddette elettive tra paesi diversi (cito, tra l'altro, le appendicectomie e le prostatectomie). Tutto ciò nel campo degli studi sulla variabilità dimostra che questa è la situazione fotografabile al primo impatto. Peraltro, individuare quali siano gli elementi determinanti di tale situazione è la sfida che si pone agli studi di valutazione di qualità, soprattutto per capire quanto di essa può essere modificato con interventi educativi, quanto non dovrebbe esistere affatto e quanta parte invece dipende da bisogni sanitari diversi e da attitudini professionali anch'esse diverse.

La diapositiva in questione spiega la variazione nel tasso di *test* diagnostici; attraverso di essi si può confrontare il difforme comportamento di medici americani ed inglesi rispetto allo stesso problema clinico, e cioè il trattamento di pazienti con ipertensione lieve. Come vedete, sistematicamente per i vari *test* utilizzati (elettrocardiogramma, radiografia del torace e del tratto inferiore dell'intestino, urografia, eccetera) vi è una sostanziale tendenza da parte dei sanitari americani ad usare molti più *test* dei colleghi inglesi. Tale risultato non è spiegabile semplicemente con il grado di gravità dei pazienti, perché vi potrebbero essere molte altre ragioni (probabilmente emergeranno anche nel corso di questa discus-

sione) che giustificano la maggiore tendenza a non curarsi dei costi ed a tenere un comportamento eccessivamente prescrittivo da parte dei medici americani, cui fa riscontro l'atteggiamento di quelli inglesi, tendente a sostituire all'uso massivo dei *test* lo strumento delle visite e dei controlli periodici ambulatoriali.

Si tratta di variazioni che, a mio avviso, nella pratica medica non dovrebbero essere necessariamente considerate sorprendenti, dal momento che gran parte delle conoscenze in questo settore è ambigua. Infatti, uno dei problemi che abbiamo di fronte nella valutazione di qualità consiste nel fatto che le procedure di cui siamo realmente certi, sul piano dell'efficacia e del rapporto benefici-rischi, sono molto poche, così come sono pochi i servizi assolutamente necessari. Talvolta al problema della variabilità si aggiunge quello di comportamenti diversi spiegati con l'assoluta mancanza di solide ragioni per imporre o suggerire cambiamenti di condotta.

A mio avviso, la questione più importante, peraltro poco approfondita anche dal punto di vista della ricerca valutativa, riguarda l'atteggiamento dei medici i quali, molto spesso, sono influenzati da fattori diversi dalle conoscenze scientifiche. La loro pratica ed i loro comportamenti sono guidati da principi che poco hanno a che vedere con interventi di efficacia; ciò è tanto più vero quanto più ci muoviamo in settori, come ad esempio quello della medicina di base, di cui a tutt'oggi si ignora il vero campo di attività. In altri termini, ciò si verifica in quei settori in cui vi siano problemi di dubbia identificazione delle questioni e degli interventi di efficacia.

Desidero mostrare alcuni dati che derivano da studi italiani. Si tratta di un lavoro condotto negli ultimi anni dal nostro istituto per analizzare le opinioni di diversi specialisti (internisti, chirurghi, radioterapisti, oncologi, ginecologi) sul problema dell'uso della chirurgia conservativa quale nuova procedura nel trattamento del tumore della mammella. Poiché è stato documentato che le procedure

conservative tradizionali sono efficaci, lo scopo dello studio era di verificare se tale informazione fosse giunta in modo eguale ai medici, o se tali procedure fossero applicate in base ad altri fattori.

I parametri presi in esame sono due, l'età della paziente e la specialità del medico. Si può notare che dai chirurghi e dagli internisti, da una parte, e dagli altri specialisti più addentro alle problematiche di tipo oncologico, dall'altra, l'utilizzo delle terapie conservative, soprattutto in pazienti di età superiore ai 55-60 anni, è nettamente percepito in modo diverso. Ciò, evidentemente, ha una implicazione perché significa che una paziente ha diverse probabilità di ricevere un certo tipo di intervento a seconda dell'ospedale o del tipo di medico con il quale si confronta. Con buona pace delle valutazioni all'interno della professione, sarebbe interessante chiedere ai pazienti cosa pensano di fronte all'evidenza di situazioni di questo genere.

Attraverso il medesimo studio è stata valutata qual è l'opinione degli specialisti circa l'utilizzo della endocrinoterapia su pazienti affette da tumore della mammella come trattamento post-chirurgico. Anche in questo caso è possibile notare l'esistenza di percentuali di preferenza e di sostegno della terapia estremamente diverse in funzione della specialità. I chirurghi e gli internisti si collocano nuovamente in uno spettro completamente opposto rispetto ai radioterapisti, agli oncologi e ai ginecologi.

La medesima differenziazione di opinioni si nota in relazione all'utilizzo della chemioterapia adiuvante per pazienti affette da tumore della mammella. Si tratta di dati ricavati da studi di opinione su campioni abbastanza rappresentativi della realtà ospedaliera italiana del centro-nord.

Situazioni come queste, per altro, non sono tipiche dell'Italia. È stato effettuato un confronto di opinioni tra medici americani, canadesi ed inglesi sull'opportunità di adottare diversi trattamenti basati sulla terapia chirurgica radicale, nel caso di tumore della vescica localmente avan-

zato o del tumore della prostata. Anche in questo caso si rileva che i colleghi inglesi sono sostanzialmente molto più conservativi dei colleghi americani e canadesi nella raccomandazione di procedure di questo tipo. Bisogna tener presente il fatto che lo studio era interessante anche perché la domanda era posta nei seguenti termini: « Immagini di essere affetto lei da questa patologia: a quale tipo di trattamento si sottoporrebbe? ». Lo studio, quindi, rileva notevoli differenze di attitudine che verosimilmente si traducono in seguito in differenze di comportamento.

Un'altra parte del medesimo studio pone a confronto le opinioni di medici americani, inglesi e canadesi circa la scelta di un'opzione più conservativa, astenendosi da un trattamento attivo nel caso del tumore della vescica superficiale o di quello metastatico.

Un altro diagramma propone il problema delle abitudini prescrittive in campo diagnostico, nel confronto tra i medici americani ed inglesi per ciò che riguarda l'utilità percepita dell'uso di determinati *test* diagnostici nel *management* dei pazienti con ipertensione. I medici americani sistematicamente tendono non solo a prescrivere più esami, ma a ritenere che più esami siano necessari e che le conseguenze negative per il paziente sarebbero più gravi se questi esami non fossero prescritti.

Buona parte della variabilità, quindi, può essere spiegata sia dalla incertezza scientifica, sia da fattori collegati alle caratteristiche del medico. In questo senso vi sono solo alcune delle possibili spiegazioni che giustificano la diversità di comportamento tra medici. Certamente una di queste è il desiderio di reddito; si tratta di un tipo di motivazione che si applica molto di più a sistemi a forte connotazione privata rispetto a sistemi in cui esiste una realtà pubblica del servizio sanitario, anche se poi all'interno di sistemi a prevalenza pubblica vi possono essere anche situazioni di interesse personale nella scelta di un approccio terapeutico piuttosto che di un altro.

La seconda motivazione potrebbe essere data dal desiderio di uniformarsi ad un certo stile di pratica che, in una determinata epoca, viene percepito come importante.

In terzo luogo – come abbiamo già visto – vi possono essere le caratteristiche personali dei medici; si è notato l'effetto della specialità. Anni fa la collega Heather Palmer ha condotto una brillante revisione della letteratura sull'esame delle caratteristiche specifiche dei medici in grado di predire il loro comportamento.

Un altro fattore molto importante è dato dalle caratteristiche dell'ospedale o del luogo di pratica. Nell'ambito delle indagini che abbiamo condotto nel corso dello studio sulla valutazione della qualità della terapia oncologica, è emerso che la probabilità che una paziente ha di ricevere una radioterapia, quale trattamento postoperatorio, varia da 5 a 10 volte a seconda che si trovi in un ospedale dove è installato un apparato per la radioterapia, rispetto ad uno dove tale apparato non c'è. In questo caso le spiegazioni non possono essere così semplici (nel senso che l'adozione di una certa terapia sarebbe in funzione della presenza delle apparecchiature). Accade infatti che, anche in centri dove vi sono ospedali dotati di radioterapia, essa non venga praticata in modo intensivo. Evidentemente esiste una tendenza abbastanza ovvia da parte dei singoli specialisti a difendere l'importanza della propria branca.

L'ultimo dei fattori è rappresentato dal ruolo della *leadership* clinica. Sappiamo bene che, in questo senso, l'industria farmaceutica da anni ha capito che cosa ciò significhi nel campo della promozione e della diffusione del consumo di farmaci.

La mia presentazione ha, quindi, semplicemente lo scopo di dire che i dati relativi alla variabilità delle prestazioni sarebbe utile non venissero solo utilizzati per documentare l'esistente, ma anche per valutare se a tale variabilità conseguano esiti positivi o negativi. Purtroppo ciò avviene di rado. Questo ritengo sia il nocciolo della questione. Uno dei problemi che si pone per la valutazione della

qualità è quello di disporre di una scarsa possibilità di quantificare gli esiti che si determinano con tale variabilità. È abbastanza difficile, infatti, pensare che l'intera variabilità non comporti conseguenze sulla salute dell'utente. Evidentemente deve essere utile anche per promuovere degli strumenti educativi mirati a migliorare e ad aumentare il consenso. Da questo punto di vista – ascoltando la discussione precedente tra valutazione di qualità intesa come strumento di controllo e di repressione, e come strumento di aumento delle conoscenze di modifica del comportamento – la comprensione del processo decisionale medico è fondamentale per capire quali siano gli strumenti più idonei per un aumento della qualità. In un grafico molto semplice è possibile schematizzare la probabilità di malattia – considerata tra zero e cento – quindi l'incertezza con cui il medico si pone di fronte alla decisione se prescrivere o meno un *test* diagnostico, e se – dato un certo risultato di tale *test* – prescrivere un determinato trattamento. Esiste una soglia del *test* che fa percepire al medico, con una probabilità sufficientemente alta, che quel paziente è affetto da una determinata patologia, per cui si rende necessaria la prescrizione di un certo tipo di *test* o di approfondimento diagnostico. Esiste inoltre un'area del grafico che identifica la possibilità che, data una certa risposta del *test*, si decida di agire in un certo senso o meno. Infine, vi è la cosiddetta soglia tra il risultato del *test* e la decisione di procedere al trattamento, che è quella critica e che giustifica di fatto, molto verosimilmente, la variabilità osservata in precedenza. Il continuo spostamento, per così dire, di questi valori della soglia di probabilità – che avviene, implicitamente od esplicitamente, nella riflessione degli operatori sanitari – giustifica la variabilità dei comportamenti. Da questo punto di vista è illusorio pensare che per cambiare i comportamenti sia sufficiente diffondere delle linee-guida: certamente il problema della conoscenza dei trattamenti più efficaci costituisce una delle componenti da incenti-

vare; l'altro elemento – che rappresenta la grossa sfida degli studi di valutazione di qualità – consiste nel comprendere come mai i fattori che prima abbiamo esaminato influenzino il comportamento medico e come possano essere positivamente modificati.

Desidero sottolineare un'ulteriore questione dal punto di vista dell'interpretazione degli studi di variabilità: infatti, documentare quest'ultima non indica necessariamente che vengano forniti servizi non necessari. Non sappiamo, infatti, se siano le aree in cui si registra una sovrautilizzazione o quelle in cui vi è una sottoutilizzazione che in qualche modo sono devianti rispetto ad un comportamento atteso. Potrebbe avvenire che, per esempio, in certe aree vi sia una sottodotazione dei servizi od una sottorappresentazione del personale sanitario, che non è in grado di soddisfare i bisogni di cui si parlava prima. Gli studi relativi a questo aspetto sono abbastanza controversi anche se, in generale, tendono a documentare che sostanzialmente ci troviamo spesso di fronte, soprattutto nei paesi cosiddetti sviluppati, ad un uso eccessivamente pletorico di molte procedure.

Un'altra questione è rappresentata dal fatto che ridurre la variabilità non rappresenta necessariamente un obiettivo appropriato. Infatti, se non teniamo conto del concetto di appropriatezza oltre che di correttezza di una procedura, potremmo trovarci, per esempio, a considerare accettabile un tasso di variabilità moderato, nonostante la maggior parte delle prestazioni erogate non siano in realtà appropriate secondo le conoscenze disponibili.

Affronto rapidamente la seconda parte del tema che mi era stato assegnato: evidentemente, a fronte della variabilità cui si è accennato, sotto il profilo della fattibilità degli studi di valutazione, si pone la questione della misura in cui sia possibile stabilire criteri adeguati; mi riferisco al problema che oggi è stato richiamato più volte, concernente, appunto, i criteri e gli *standard* da utilizzare.

Una questione che spesso viene taciuta

è che, come molte tecnologie mediche, la stessa *quality assurance* è uno strumento di cui non conosciamo l'efficacia. Infatti non abbiamo dimostrazioni certe – anzi se decidessimo di ricavarle alla luce della letteratura medica, rinunceremmo addirittura a porci su questo piano – che la valutazione di qualità, di per sé, modifichi i comportamenti. Tale questione, evidentemente, può avere a che fare con alcuni fattori che ho sottolineato, tra i quali si colloca, al primo posto, il problema dell'incertezza medica, e, quindi, quello di stabilire criteri e norme che siano condivisi all'interno della professione. Si tratta, però, di una considerazione che non è valida in ogni caso perché non è mia intenzione sostenere che attualmente non esistano aree della medicina in cui non si possano definire chiaramente inappropriati certe procedure ed interventi. Si può affermare, tuttavia, che un'area piuttosto ampia della medicina è caratterizzata dall'incertezza di cui dicevo.

Una seconda questione che depone per una relativa, limitata efficacia delle attività di valutazione è rappresentata dal fatto che spesso i criteri e le linee-guida vengono imposti dall'alto e manca una sufficiente partecipazione della professione nella definizione dei criteri stessi. Affrontando tale problema spesso decisamente una lancia a favore del fatto che la partecipazione non debba riguardare solo i professionisti, ma anche essere aperta, in aree opportunamente definite, agli utenti ed alle loro rappresentanze (credo che nel corso della discussione potremmo tornare su questo aspetto).

Il terzo punto concerne il fatto che spesso vengono stabiliti criteri e norme di carattere generale, che non tengono conto delle caratteristiche del luogo di cura e di assistenza dove le linee-guida devono essere applicate. È chiaro che dare importanza all'uno piuttosto che all'altro dei tre fattori che ho indicato molto schematicamente costituisce una sorta di opzione culturale e filosofica. Personalmente penso che spiegare i relativi insuccessi degli studi di valutazione di qualità solo

sulla base della scarsa partecipazione dei professionisti sia molto riduttivo. Ritengo piuttosto che la questione nodale sia rappresentata dalla accettazione dell'incertezza nelle conoscenze al fine di promuovere studi di qualità, mirati non tanto alla irregimentazione dei comportamenti, quanto alla valutazione critica e, voglio sottolinearlo, palese ed aperta, senza reticenze, degli operatori sanitari che, come tutti coloro che operano nella società, non possono soltanto avocare diritti, ma devono anche presentare la loro responsabilità sociale.

Dal punto di vista del miglioramento del possibile impatto degli studi di valutazione, credo si debba prestare attenzione almeno a tre aspetti: il primo è quello di stabilire criteri clinici che siano veramente rilevanti, ossia che sia necessario fissare criteri che indichino comportamenti in grado di modificare l'esito dei pazienti. Penso che la dottoressa Palmer potrebbe fornirci un'ampia documentazione sulla misura in cui il parziale insuccesso degli studi di *quality assurance* negli Stati Uniti sia proprio dovuta al fatto che spesso si stabiliscono liste di criteri molto dettagliati e particolareggiati che, però, poco hanno a che fare con comportamenti realmente percepiti come utili dai professionisti.

Un secondo aspetto consiste nella necessità di stimolare il consenso attorno ai criteri stabiliti, mentre il terzo, e più importante, è quello di stabilire una visione della valutazione di qualità come un momento dinamico e flessibile che non serva solo a stabilire conseguenze punitive, ma che, nello stesso tempo, venga visto come l'unico modo, basato su una accettazione palese ed aperta da parte di tutti, per operare una riflessione sulla propria attività e una promozione della qualità.

È chiaro che ciò lascia del tutto inaffrontato il dilemma se debbano o meno esistere sanzioni per comportamenti chiaramente aberranti e non accettabili. Personalmente non sono a favore della totale autonomia degli studi di valutazione, né ritengo che l'importante sia procedere comunque alla valutazione, perché poi le

conseguenze devono essere decise comunque dalla professione al suo interno. Credo che, nell'ambito del servizio sanitario pubblico, un sistema di controllo e di verifica, finalizzato all'assunzione di provvedimenti, per quanto limitato, debba esistere. In caso contrario, tutto si ridurrebbe ad un puro e sterile esercizio accademico. Su questo punto, comunque, potrà aprirsi una discussione.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Liberati per la sua esposizione.

CHARLES SHAW, *Director medical audit programme, King's Fund Center, London.* Esprimo innanzitutto il mio ringraziamento per essere stato invitato a partecipare a questa riunione. Vorrei esporre quale sia la mia esperienza: mi sono occupato di pianificazione sanitaria e, fino all'anno scorso, sono stato amministratore di tre policlinici in Inghilterra; dal gennaio di quest'anno ho assunto la responsabilità dell'introduzione del controllo medico a livello nazionale nel Regno Unito. Credo, pertanto, di avere basi abbastanza concrete per intervenire.

L'argomento sul tappeto è molto complesso e non ritengo sia facile definire un chiaro piano d'azione. Tuttavia vorrei suggerire alcuni temi ed alcune ragioni per cui la qualità è diventata una questione significativa, non solo in questo paese, ma anche nell'Europa occidentale e in tutto il mondo.

La prima ragione è politica ed ha a che fare con il costo dell'assistenza medica. Si tratta, cioè, di vedere quanto denaro debba essere speso e quali risultati ci attendiamo.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha approvato in Europa una risoluzione - cui credo l'Italia abbia aderito - secondo la quale nel 1990 ciascuno Stato membro dovrà disporre di meccanismi atti a verificare la qualità dell'assistenza sanitaria erogata. In concreto, questo è uno degli obiettivi dell'OMS che pochi hanno finora realizzato.

In Gran Bretagna il governo, in un recente documento politico intitolato *La-*

vorando per i pazienti, ha suggerito un drastico cambiamento del servizio sanitario nazionale, che dovrà essere maggiormente orientato verso l'aspetto commerciale e verso il mercato, al fine di renderlo più competitivo al suo interno e nei confronti del settore privato. A mio avviso, è insorta confusione nell'ambito del governo britannico - o almeno in alcuni suoi membri - fra la qualità ed il costo delle cure. Si è forse pensato che quella che viene oggi chiamata gestione delle risorse coincida con il controllo medico. La gestione delle risorse è un'area di competenza essenzialmente manageriale, in cui si opera dall'alto verso il basso, mentre il controllo medico è un interesse di base, incentrato sulla qualità delle cure prestate ai pazienti. I due assetti hanno considerevoli margini di coincidenza, si avvalgono delle stesse informazioni e, in gran parte, delle stesse strutture, ma si fondano su ragioni diverse.

Prima del « libro bianco », pubblicato quest'anno, tutta la gestione del servizio sanitario è stata riorganizzata sotto la direzione di Sir Roy Griffith, il quale ha introdotto nel servizio - come era da molto tempo necessario - il concetto del giudizio degli utenti.

Nutro, tuttavia, qualche preoccupazione, perché mentre un cliente in un supermercato può riconoscere un pomodoro, toccarlo e decidere se comprarlo, potrebbe non riconoscere un medico competente. Penso, quindi, che vi sarà sempre la necessità di operare una qualche valutazione professionale sulla qualità dell'assistenza effettuata per conto degli utenti. Queste osservazioni si riferiscono all'aspetto politico.

In secondo luogo vi sono ragioni professionali a favore della qualità. In Gran Bretagna i Royal Colleges, gli ordini professionali responsabili del livello dell'assistenza e della pratica medica (del tutto separati dai sindacati: la British Medical Association è un sindacato, non un ordine professionale e si interessa delle condizioni lavorative, piuttosto che della qualità delle cure cliniche), hanno dichiarato in modo molto esplicito che gli aderenti

dovrebbero dimostrare di disporre di efficaci meccanismi di controllo clinico. Tre grandi ordini, il College of Physicians, il College of General Practitioners ed il College of Surgeons, hanno rilasciato dichiarazioni politiche in cui invitano i propri membri ad istituire meccanismi di controllo attivi ed efficaci anche ai fini del riconoscimento delle attività di formazione.

La terza ragione riguarda l'opinione pubblica: il pubblico è oggi meglio informato e non è disposto a fidarsi ciecamente dei professionisti. Recentemente, parlando con il pilota di un aereo sul quale mi trovavo, gli chiesi quali tipi di *test* dovessero affrontare i piloti per continuare a volare. Egli mi rispose che, avendo quarant'anni, doveva sottoporsi a due visite mediche l'anno con il controllo del cuore, della vista, della capacità di coordinamento, dell'equilibrio e dell'udito; inoltre, una volta l'anno doveva entrare in un simulatore - una carlinga elettronica - ed affrontare ogni sorta di problemi. Per di più in qualsiasi momento, senza alcun avvertimento, il suo pilota in seconda poteva essere sostituito da un comandante anziano che osserva tutte le manovre. Egli aggiunse che, qualora un pilota non fosse riuscito a superare qualcuno di questi esami, sarebbe stato costretto a restare a terra fino a quando non fosse stato in grado di dimostrare di essere ancora capace di volare.

Lo stesso pilota mi chiese poi qualcosa a proposito dei chirurghi. Pensai che era poco gentile da parte sua rivolgermi quelle domande, ma è un tipo di questioni che il pubblico comincia a porsi. La gente è anche disposta a credere che le categorie professionali si sappiano gestire da sole, ma vorrebbe averne qualche prova. Avete già avuto dal professor Zannetti e dalla professoressa Heather Palmer definizioni di che cosa sia la qualità. Vorrei, però, ribadire un'osservazione fatta da Heather Palmer sui modi alternativi di valutazione dei sistemi. I fattori produttivi sono il denaro, il personale e le risorse, ma ciò che interessa sono i risultati che è difficile misurare, mentre

tradizionalmente i politici tendono a stimare altri dati. È facile stabilire quale percentuale del prodotto nazionale lordo sia spesa per la sanità, ma è molto complesso valutare quale ne sia l'effetto.

In Gran Bretagna stiamo ora cercando di avvicinarci a questo risultato, ma vi è ancora una confusione tra l'esito e ciò che potrei definire la produzione, vale a dire il volume del lavoro compiuto. Se il numero dei pazienti dimessi da un ospedale aumenta del 10 per cento, ci si deve chiedere se si tratti di un risultato positivo: dal punto di vista amministrativo, in termini di costi, può essere così, ma da quello dei risultati tale dato può contare molto poco. Spesso non sappiamo che cosa siano le buone cure mediche. Talvolta è molto difficile sapere quale trattamento, concretamente, darà dei risultati e quali possono essere. Anche quando sappiamo che è giusto che un paziente che abbia una diagnosi x debba essere trattato con un trattamento y, non possiamo misurare il risultato terminale ma quello a breve termine, stabilire, cioè, se riceve la cura appropriata. Questa valutazione viene chiamata controllo del processo anziché del risultato. In qualsiasi modo si possa misurare l'assistenza sanitaria, sia che si guardi al singolo medico - e quanti non hanno cercato di definire che cosa sia un buon medico - sia che si faccia riferimento al buon trattamento clinico - ma spesso nemmeno noi sappiamo in che cosa consista - sia che si miri ad un ospedale completo - abbiamo mai definito che cosa sia un buon ospedale? - in qualsiasi modo si misuri la qualità si deve cominciare con lo stabilire che cosa si intende per livello buono e quale sia lo *standard*.

Si tratta, per così dire, di definire le aspettative. A che cosa pensate debba servire il servizio sanitario? È, come si diceva una volta, un servizio della società? È una gentilezza fatta alla popolazione? Oppure serve a dare lavoro a gente come me? Personalmente penso si debba essere chiari sulle ragioni per cui esiste un servizio sanitario.

A questo punto è forse legittimo includere gli utenti, il pubblico, per definire i criteri secondo i quali stabilire che cosa sia un buon ospedale, una buona unità di terapia intensiva. In molti campi della sanità regna un sostanziale disaccordo. Per esempio, nello *screening* del tumore cervicale, gli epidemiologi o gli amministratori, riterrebbero che lo scopo del programma sia quello di ridurre la mortalità da tumore. Ma per molte donne non si tratta di questo, quanto piuttosto di ridurre l'ansia. Entrambi sono obiettivi ragionevoli per un programma che non è, però, lo stesso. Perciò se si valuta il programma in base ad un criterio, mentre in realtà lo si elabora per un altro, si creerà confusione.

L'altro aspetto è che quando sono chiari gli *standard* e le aspettative vi è anche il bisogno di un sistema di misurazione. A livello locale, questa potrebbe essere una verifica medica: misurare che cosa fanno i singoli medici, o le infermiere, od altre persone e quali risultati ottengono. A livello ospedaliero potrebbe essere adottato un sistema come il riconoscimento ufficiale dell'ospedale, di cui abbiamo già sentito parlare. Un elemento per misurare che cosa concretamente accade e rispetto a quello che dovrebbe avvenire. In ogni caso, però, il passo cruciale è quello di effettuare il cambiamento: se non potete introdurre alcun mutamento nel sistema, se non desiderate farlo, o se non ne avete il coraggio, allora non è molto utile cominciare perché una volta che si è iniziato, in effetti, si apre una serie di altre questioni.

Tra le cose da cambiare si potrebbe anche includere il modo in cui mantenere la competenza degli operatori sanitari, conclusi i periodi di formazione. Dopo vent'anni spesi a fare il chirurgo o dopo trenta che si fa il medico, che cosa succede? Alcuni paesi, tra cui gli Stati Uniti, hanno preso in considerazione l'eventualità di concedere autorizzazioni per un periodo di tempo limitato, facendo in modo che una qualifica specialistica scada, per esempio, dopo cinque anni. Tale ipotesi solleva una selva di problemi

tecnici, anche se può apparire una buona risposta.

Dal punto di vista dei *manager*, ritengo vi siano tre modi diversi di verificare l'assistenza. Il primo è di puntare sull'autocontrollo dei medici o dei lavoratori del settore sanitario in genere. Gli amministratori, infatti, non sono in grado di formulare giudizi sulla qualità tecnica degli interventi chirurgici, ma possono ragionevolmente aspettarsi, così come il pubblico, che li esprimano soggetti competenti, facendo funzionare tutta la struttura. Definirei tale procedimento come indiretto, in cui gli amministratori debbono affidarsi alle altre categorie che esercitano un autocontrollo.

Il secondo modo di impostare questa problematica è esterno: si tratta di fare intervenire una terza parte, un revisore indipendente, come la Joint Commission in America. In Gran Bretagna esistono i Royal Colleges delle categorie sanitarie, che visitano gli ospedali per esaminare ed osservare la formazione dei dottori. Essi definiscono dei criteri che molto spesso sono contrastanti e visitano in modo irregolare e disorganizzato. Sarebbe opportuno che fossero maggiormente organizzati e più simili all'American Joint Commission, o preferibilmente al Canadian Council, o anche all'Australian Council on Hospital Standards, ma in questi paesi esiste un organo indipendente centrale di opinione professionale, che diventa il custode degli *standard*. Personalmente ritengo che sia molto utile, e mi dispiace che in Gran Bretagna manchi un analogo organismo. Il nostro sistema è amministrato, posseduto e finanziato dalle stesse persone. Questo assetto, secondo me, non è idoneo a realizzare un buon equilibrio ed è per questo che il governo vorrebbe assistere ad una maggiore competizione interna.

La terza strada è ben nota agli amministratori, i quali esercitano un controllo diretto sull'articolazione dei contratti, allo scopo di individuare chiaramente gli obiettivi (da realizzarsi attraverso il reclutamento), nonché le altre politiche cui si può ricorrere.

Vorrei, comunque, ritornare al primo aspetto, citando un esempio il cui *standard* risulta abbastanza chiaro: la vaccinazione trivalente dei bambini. Sulla base di valide ragioni cliniche è presumibile (si tratta di una cifra *standard*) che almeno l'85 per cento dei bambini all'età di cinque anni siano immunizzati nell'ambito di ciascun gruppo di popolazione. Tali gruppi sono definiti dai medici generici.

Quando ho inviato i risultati ai medici, non ho comunicato loro a che punto si trovavano tutti gli altri, ma ho indicato a ciascuno di loro, con una piccola freccia, il punto in cui si trovava. Le persone si sono dimostrate molto soddisfatte ed interessate ed hanno chiesto di poter conoscere qualche elemento ulteriore. A questo punto, però, esse non si sono più mostrate soddisfatte ed interessate ed hanno anzi dichiarato che tutto era sbagliato e che quella attività non rientrava nei miei compiti.

Inoltre, mi è stato chiesto quale fosse la fonte delle mie informazioni. La mia risposta è stata che le avevo ottenute dal *computer*, utilizzato per retribuire il loro lavoro. Se era vero che le persone interessate erano realmente giunte a quel punto, allora vi era una notevole somma di denaro non reclamata; improvvisamente l'interesse si è riaperto.

Sto cercando di dimostrare che determinati aspetti del comportamento possono essere misurati nella pratica sanitaria e che i soggetti reagiscono in un determinato modo quando si riesca ad interessarli ai dati. Le persone, in definitiva, reagiranno maggiormente nel momento in cui si riesca a mostrare ad esse il relativo comportamento, anziché nell'ipotesi in cui ci si rivolga ad esse affermando che non svolgono ottimamente la loro attività di immunizzazione. Tale criterio, infatti, non funziona, perché in questo campo bisogna essere espliciti ed obiettivi.

Un altro esempio (anche in questo caso si tratta non di controllo interno ma, diciamo, di controllo esterno) è quello dei decessi per tre tipi di trattamenti chirurgici molto comuni, standar-

dizzato per età e dimensioni delle popolazioni. Il risultato dimostrato è che, per chi vive in un certo distretto, le possibilità di morire nelle condizioni date — che, ripeto, sono molto comuni, e per le quali in realtà non si dovrebbe morire — sono dieci volte superiori rispetto a quelle che si registrerebbero se visse qui. Si tratta di un dato estremamente interessante, perché in parte potrebbe essere determinato dall'incidenza della malattia, ed in altra parte, probabilmente, no. Non si è trattato comunque di un'annata cattiva, che avrebbe potuto comportare una distorsione delle cifre; si è trattato, per quel distretto, di dieci anni cattivi.

Un'altra situazione interessante si verifica quando, come ora il nostro « libro bianco » governativo vuole che noi facciamo, suggeriamo di trasferire i pazienti in altri ospedali del paese, dove vi possono essere liste di attesa più brevi. Supponiamo che un paziente sia in lista di attesa presumibilmente per tre anni e che gli si offra la possibilità di essere operato in un determinato ospedale entro una settimana. In questo caso il paziente non dovrebbe conoscere la differenza tra le due situazioni? Non dovrebbero conoscerla anche gli amministratori ed i chirurghi?

Il concetto dell'informazione rappresenta, in realtà, un aspetto essenziale, anche se l'informazione, ovviamente, costa. Occorre sottolineare, tuttavia, che, se questo tipo di informazione non viene garantito, la gente è meno propensa a rispondere.

Sono favorevole a fornire determinate informazioni ai pazienti, anche se ritengo che occorra farlo con particolare attenzione. L'esperienza degli Stati Uniti, per esempio, ha dimostrato che l'informazione può essere interpretata in maniera non corretta quando non si ponga particolare attenzione ai criteri con cui essa è fornita.

Vorrei svolgere un'ultima osservazione sul controllo formale. In che modo questo differisce dalla verifica medica tradizionale, dalle conferenze e dalle presentazioni? A mio avviso, è necessario essere

espliciti sui criteri, dire quali sono i nostri *standard*, invece di lasciarli semplicemente impliciti. In secondo luogo, abbiamo bisogno di un sistema di misurazione che possa quantificare nella misura possibile quali siano le procedure della pratica medica. Ciò al fine di non limitare la discussione a tali casi individuali, che possono difficilmente verificarsi, ma per parlare di cose ordinarie, molto comuni: proprio in questo, probabilmente, è possibile riscontrare la differenza fra il lavoro quotidiano di un ambulatorio ed il carattere sensazionale di un trapianto cardiaco. Per paragonare adeguatamente i criteri di lavoro di diverse persone, infatti, sarebbe opportuno cominciare a guardare alle cose più comuni. Tra l'altro, ciò risulterebbe senza dubbio più formativo per i diretti interessati.

In definitiva, è essenziale individuare i cambiamenti che si intendono introdurre, evitando di discutere l'argomento per poi lasciarlo cadere. A mio avviso, è opportuno inserire un meccanismo (si potrebbe trattare di un meccanismo amministrativo) idoneo a fornire una risposta ai problemi che emergono dalle verifiche condotte.

Infine, bisogna fissare i dati e le informazioni per iscritto. Ciò dovrebbe avvenire non per garantire una documentazione dettagliata, ma almeno per indicare i protagonisti, la materia discussa, le conclusioni cui si è pervenuti. Se non si ricorre allo scritto, infatti, le iniziative rischiano di non concretizzarsi; in secondo luogo gli organismi professionali non sapranno che è stata avviata una determinata procedura e, insieme con loro, non ne avranno conoscenza nemmeno gli amministratori e l'utenza.

Sulla base di un parere legale raccolto in Gran Bretagna, entro dieci anni qualsiasi ospedale o medico generico che non sarà in grado di dimostrare una capacità in tal senso si troverà legalmente in difetto e si potrà ipotizzare che il medico in questione non sia un buon professionista. Pertanto, il rischio che le persone scoprano questo tipo di informazione è minore rispetto a quello che deri-

verebbe dall'assoluta assenza della stessa informazione.

In conclusione, vorrei affermare che gli elementi cruciali da inserire a livello nazionale sono senz'altro quelli idonei a realizzare un quadro nel quale la verifica della qualità possa concretamente manifestarsi. Ciò può avvenire in diversi settori: nella definizione delle aspettative del servizio; nella definizione degli *standard* del servizio; nella fissazione dei meccanismi per valutarli. Alcuni di questi aspetti potrebbero opportunamente essere delegati agli organi professionali, oppure alle organizzazioni degli utenti.

In Gran Bretagna opera un gruppo molto efficiente, l'Associazione nazionale per il benessere dei bambini negli ospedali, che ha definito taluni criteri molto utili per valutare l'assistenza pediatrica negli ospedali. Si pone tuttavia la necessità di disporre di meccanismi idonei ad assicurare un effettivo cambiamento, alla cui realizzazione potrebbe attendere l'amministrazione.

Infine, è opportuno determinare criteri idonei ad attribuire le responsabilità; ciò comporta un'unanime valutazione in merito al ruolo dei politici ed a quello degli organi professionali, stabilendo consensualmente i progetti da realizzare ed i soggetti ad essi preposti. Si tratta di un obiettivo di difficile realizzazione dal momento che i medici auspicano determinate attribuzioni a loro favore, ma non sono realmente disposti ad assumersi le connesse responsabilità (si tratta di un atteggiamento che ho potuto riscontrare in Gran Bretagna). I medici, infatti, spesso affermano di essere responsabili rispetto ai propri pazienti, ma negano tale responsabilità nei confronti dei pazienti affidati a colleghi. A mio avviso, se le categorie professionali intendono continuare ad autogovernarsi, debbono manifestare la disponibilità ad accollarsi una simile responsabilità.

PRESIDENTE. La ringrazio per la esauriente relazione. Passiamo ora alle domande.

MARIO ZANETTI. *Direttore sanitario dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna e docente di ricerca e programmazione dei servizi sanitari all'università di Bologna.* Vorrei chiedere al professor Liberati una precisazione. Nella sua relazione egli si è chiesto quale sia il campo di attività reale del sanitario di medicina generale. Se ho capito bene, si tratta di questione che non è ben chiara e stabilita nella realtà del nostro paese, mentre, all'interno di quella inglese, il *College of General Practitioners* ha uno schema ben definito dei compiti, delle possibilità di intervento e dei limiti di questa categoria; in genere, in Inghilterra - fortunatamente per loro - il *general practitioner* non ha quasi limiti. Se è attendibile quanto si legge nelle statistiche, si tratta di una categoria che risolve il 95-96 per cento dei casi, almeno per quanto riguarda i primi contatti con i loro pazienti, il che rappresenta un dato certamente rilevante (se sono vere, come ho detto, tali statistiche).

Personalmente sono convinto che possa essere pericoloso specificare il campo di attività, perché si può incorrere nell'errore commesso in America, dove il medico di primo intervento era stato totalmente abbandonato, mentre attualmente si sta tornando indietro, con la figura della *family medicine*; si sono, infatti, resi conto che il medico di primo intervento, se opera bene e se ha un buon livello di cultura, rappresenta comunque un elemento di fondo per ridurre l'incidenza del servizio di secondo livello. Ripeto: vorrei capire bene questo punto.

Il professor Liberati ha inoltre detto, illustrando una specifica diapositiva, che una delle variabili è rappresentata dall'elemento retributivo. A mio avviso non ci si deve assolutamente scandalizzare; anzi, considerando il medico un professionista come tutti gli altri, dovrebbe essere utile verificare - attraverso lo strumento di una corretta retribuzione - come si possa innescare un meccanismo di verifica della funzionalità e della qualità del servizio. In sostanza, non esorcizzerei questo problema, che nelle altre professioni viene preso in considerazione come uno degli strumenti di controllo; abbandoniamo l'i-

dea che il medico debba essere necessariamente missionario: si tratta di una definizione che va bene per chi opera nei paesi sottosviluppati, ma che certamente non è valida nella realtà dei paesi occidentali in cui il medico è un professionista che va controllato come tutti gli altri.

LUIGI BENEVELLI. Se ho ben capito, il professor Liberati ha parlato di « illusorietà dello strumento delle linee-guida », nella definizione dei comportamenti ottimali dei professionisti e, di conseguenza, della possibilità di valutazione delle prestazioni e del loro valore. Vorrei un chiarimento al riguardo.

Nell'ambito della Commissione affari sociali il tema dei protocolli diagnostici e terapeutici emerge periodicamente, soprattutto per quanto riguarda i risultati effettivi negli ospedali che funzionano molto bene, laddove si è molto lavorato intorno a patologie complesse; nel campo dell'oncologia, ad esempio, vi sono effetti esterni all'ospedale per pazienti che vengono dimessi e che seguono alcuni protocolli terapeutici affidati alla medicina di base.

Da questo punto di vista vorrei un chiarimento, poiché si tratta di una di quelle « parole » alle quali ci attacchiamo quando pensiamo di fare qualcosa che abbia efficacia.

Vorrei, inoltre, esplicitare un problema che sta dietro alla questione che stiamo dibattendo in questo momento. Ci stiamo riferendo a patologie definite dal punto di vista biomedico; ebbene, credo che solo su queste sia possibile tentare di costruire una griglia di lettura dei comportamenti medici. Così come, nella lingua inglese, esiste la distinzione fra *illness*, *disease* e *sickness*, dovremmo parlare solo dell'aspetto della patologia definita dal punto di vista biologico, poiché sulla restante parte è certamente più difficile effettuare un controllo. In altre parole, si entra nell'ambito di problemi che hanno a che fare più con questioni di ordine antropologico che con problemi di possibile controllo di efficacia. Il contatto tra il cittadino che sta male, o che teme di

star male, e il medico al quale si rivolge rappresenta una questione complessa e difficilmente definibile dal punto di vista delle linee-guida, eppure essa è il cuore della prestazione medica. Mi pare che il professor Zanetti l'abbia definita come « tema dell'arte », anche se è vero che potrebbe essere ricompreso tra le richieste dotazioni di professionalità. Naturalmente non mi soffermo sulle questioni connesse con tale tema.

A questo punto desidero pormi un problema, sottoponendolo nello stesso tempo all'attenzione dei colleghi. Stiamo trattando, contemporaneamente, ma anche separatamente, due aspetti: quello del comportamento del singolo medico e quello di squadre di operatori, anche multiprofessionali, che lavorano insieme. Su tale tema ho una convinzione, che sia cioè possibile, modificando l'organizzazione del lavoro ed il sistema di responsabilità, aumentare l'efficacia del servizio. Nelle nostre strutture ospedaliere, molto rigide dal punto di vista delle divisioni e dei reparti, è molto diffusa l'incompetenza. Probabilmente è necessario incidere notevolmente nel livello dell'organizzazione e della prestazione del lavoro, nonché in quello delle responsabilità connesse utilizzando lo strumento degli incarichi a termine (e quindi da sottoporre a verifica). Naturalmente ciò significherebbe spostarsi sul terreno della progettazione dei servizi, senza dare per scontato il loro attuale assetto.

GIROLAMO SIRCHIA, *Segretario della Federazione italiana della società di medicina e primario dell'Istituto immunotrasfusionale del Policlinico di Milano.* A mio avviso è mancata, in questa sessione, la premessa tesa a definire che cosa intendiamo per *quality assurance*. Se l'intendiamo per quello che deve essere esattamente (cioè un protocollo di lavoro concordato fra tutti i medici di un certo ospedale, su uno specifico problema, e quindi l'impegno ad attenersi a tale protocollo, accompagnato dall'uso di indicatori per la raccolta ed il monitoraggio dei dati, con un dibattito aperto e franco che porti all'e-

mulazione ed al confronto), credo che essa servirebbe a fugare i dubbi sollevati nella relazione.

Il professor Liberati, infatti, si è chiesto se tali misure siano efficaci. Personalmente, ho vissuto l'esperienza di *quality assurance* in un ospedale sull'uso del sangue, e quella di una *quality assurance* internazionale sul trattamento della talassemia: vi assicuro che il vantaggio è enorme. Non vi sono dubbi che tale forma di controllo sia efficace. Ma occorre poi domandarsi se la *quality assurance* debba fruire di strumenti repressivi o meno. Personalmente, ritengo di no, perché lo stimolo maggiore per i medici a cambiare è costituito dall'emulazione, e non certo dalla lettera di censura dell'ospedale. Lo stimolo maggiore deriva dallo smacco che un determinato chirurgo può subire vedendo che un suo collega lavora meglio di lui.

A margine di questo argomento, vorrei sottolineare un aspetto che mi risulta abbastanza sgradito: le posizioni del medico, del pianificatore della salute, dell'organizzatore o dell'amministratore ancora una volta emergono in antitesi l'una con l'altra, antitesi che credo abbia danneggiato moltissimo l'avanzamento della tutela della salute. Nello stesso modo, ha nuociuto moltissimo, e continua a nuocere, il concetto dell'ospedale considerato come antitetico al territorio, o quello secondo cui la prevenzione va vista in alternativa alla cura; si tratta di concetti che dovremmo abbandonare una volta per tutte. Dobbiamo ricordarci che tutto contribuisce alla salute. Mi risulta inoltre sgradevole sentir dire che il trapianto di cuore dovrebbe essere abbandonato a favore della colecistectomia: il malato che soffre di una miocardipatia dilatativa, infatti, deve essere sottoposto al trapianto di cuore, se invece soffre di colecisti, alla colecistectomia. Pertanto, sarebbe ora di abbandonare determinati discorsi.

MARIELLA GRAMAGLIA. Ho seguito con molto interesse l'intervento del professor Liberati, che ha avuto la funzione di « spiazzarci » rispetto ai luoghi comuni

che in qualche modo circolano e sui quali ci sembra di convenire, mentre poi, se li analizziamo più a fondo, è difficile individuare un filo certo.

Desidero tentare di valutare se ho compreso alcuni dei concetti del professor Liberati, mentre alcuni altri desidero sottolinearli in maniera problematica.

Mi pare che il professore abbia affermato che è molto difficile individuare le occasioni concrete nelle quali il criterio della qualità risulti oggettivo. Si possono presentare casi nei quali la comunità scientifica concorda totalmente. Un comportamento medico è giusto o sbagliato secondo un sistema binario, su ciò non vi è dubbio, però mi sembra che il professor Liberati abbia specificato che sono rari i casi in cui tale affermazione si possa fare con certezza. Possono inoltre verificarsi casi di inefficienza conclamata e oggettivabile (l'esempio del professor Shaw a proposito delle vaccinazioni realizzate o meno in determinate aree).

Il professor Liberati ha inoltre affermato che esiste una dimensione della qualità che si accompagna a quella della soggettività clinica, su cui è molto difficile dire una parola definitiva, poiché è legata anche ai comportamenti collettivi della cultura medica, a seconda dei diversi paesi. Ha affermato, per esempio, che nella cultura americana si riscontrano atteggiamenti molto interventistici, in sede sia diagnostica sia chirurgica; ciò accade in misura molto minore nella cultura inglese. Non sappiamo i motivi di questa situazione, o forse il professore li conosce ma gli è risultato difficile comunicarli.

Professor Liberati, a questo punto non si pone un problema che prescinde in parte dalla dimensione della libertà clinica e dalla sua relativa neutralità? Non si pone quello che definirei un problema di politica economica nell'affrontare la questione della qualità? Mi spiego: se, dal punto di vista epidemiologico, si viene a verificare che, tutto sommato, intervenendo in misura minore, l'effetto di beneficio sulla popolazione ammalata risulta *grosso modo* equivalente, o di poco

inferiore – salvi i casi eccezionali, sui quali ha affermato che è giusto intervenire con tutta la tecnologia e con il massimo della spesa (non voglio fare demagogia contro la medicina d'avanguardia) – ciò costituirebbe un dato rilevante, anche se non clinico, di politica economica. Molto spesso si riscontra una scissione tra politici ed economisti da una parte e medici dall'altra: sembra quasi che i primi fissino un tetto coercitivo e che i secondi si pongano un problema di qualità clinica. Non è immaginabile di rovesciare tale processo e prevedere che siano i medici stessi che, nel fissare la qualità, si pongono anche un problema di politica economica, compatibilmente con la qualità stessa, che è il principale obiettivo del loro operare?

In questo modo si rovescerebbe la separazione esistente tra politici e programmatori da una parte e medici dall'altra. Se ciò è possibile, il medico stesso potrebbe decidere se sia preferibile o meno intervenire, e non avrebbe più il rispetto neutrale per il collega, poiché seguirebbe un criterio di valutazione. Se così fosse, non mi scandalizzerei affatto se si determinasse un riscontro in termini di riconoscimento economico, professionale o altro, poiché non si tratterebbe di un semplice risparmio, ma piuttosto di un'integrazione tra due variabili delle quali, in ultima analisi, soltanto il medico è il responsabile finale e complessivo.

DANILO POGGIOLINI. Nel corso degli interventi della seconda sessione, come in quelli della prima, un argomento ha aleggiato sulla discussione. Esso mi pare importante, anche se forse è stato soltanto sfiorato. Mi riferisco al concetto in base al quale la qualità non è funzionale al risparmio, perché – anzi – può verificarsi il contrario. Naturalmente, non si deve rinunciare alla qualità.

Un'altra questione che ci sta a cuore e che dovremo tenere presente nel momento in cui affronteremo le leggi generali che riguardano la sanità, e in particolare il Servizio sanitario nazionale, è quella relativa alle scelte spettanti al po-

litico, alle priorità. Siamo tutti d'accordo sul fatto, fondamentale, che la medicina moderna costa sempre di più. È vero che il paziente che ha bisogno del trapianto di cuore non può essere sottoposto all'appendicectomia, però il trapianto cardiaco implica costi assai elevati, come, del resto, gli altri grandi interventi che sempre di più interesseranno la medicina moderna.

Occorre dunque operare una scelta. Ma chi deve compierla, e secondo quali modalità? Nel corso del dibattito politico, in passato e anche recentemente, ho sentito sostenere che, se dobbiamo compiere un'opzione, dobbiamo scegliere l'intervento importante, privando della copertura il piccolo intervento, quello del medico di base. Ma la prevenzione che può essere eseguita dal medico del territorio, l'esigenza di porre tale medico in grado di effettuare un'efficace prevenzione personale, in modo da evitare che insorgano malattie di grave incidenza sociale (come quelle derivanti dall'alcoolismo o dalla tossicodipendenza), possono essere trascurate, e in quale misura, dato che le risorse non sono sufficienti? Si tratta di un problema da tenere presente. Se non ho compreso male, il professor Sirchia nel suo primo intervento ha affermato che è anomalo che chi offre l'assistenza – in Italia, lo Stato – sia anche il gestore. Ci fa capire che probabilmente – ed ora che si parla di modelli nuovi per il Servizio sanitario italiano, la questione andrà affrontata – bisogna ipotizzare, come è avvenuto in Germania, che colui che deve garantire l'assistenza lo debba fare non in prima persona, ma utilizzando le strutture esterne che si occupano proprio di questo.

Si possono effettuare verifiche sulla qualità per esempio vedendo quanti interventi chirurgici, anche non impegnativi dal punto di vista tecnico, abbiano un esito letale nei diversi ospedali del paese; mi sembra che un'indagine di questo tipo non sia mai stata condotta in Italia.

In queste condizioni lo Stato gestore del servizio sanitario potrebbe scegliere i migliori ed invitare le altre strutture ad

adeguarsi. Comunque, il discorso relativo alla privatizzazione ci porterebbe troppo lontano ed io voglio spendere gli ultimi minuti del mio intervento per affrontare una questione che ho già posto in questa sede in relazione agli ordini professionali ed al loro aggiornamento. Il professor Padermi mi ha risposto che tale materia è regolata dalla legge e che la convenzione per i medici di medicina generale prevede l'istituzione di una commissione *ad hoc* presieduta dal presidente dell'ordine. Però non prendiamoci in giro: il presidente della commissione ha il compito di stabilire gli *standard*, ma ammesso che possa effettivamente definirli, bisogna vedere a chi è in grado di imporli, forse ai primari ospedalieri? Ci siamo accorti che non basta approvare le leggi.

D'altra parte, uno dei relatori nel suo ultimo intervento ha affermato che la British Medical Association è un sindacato e che invece il Royal College è una specie di ordine; ma vorrei osservare che non è obbligatorio iscriversi al Royal College, anzi è un onore; forse se anche in Italia esistesse un tale sistema avremmo maggiori potenzialità.

ALDO PAGNI, *Rappresentante della Federazione nazionale ordine medici chirurghi e odontoiatri*. Vista l'ora tarda vorrei svolgere solo una breve considerazione sulle competenze e sul ruolo dei medici di medicina generale, argomento rimasto in ombra nell'intervento del professor Liberati.

Certamente vi sono competenze precise all'interno della legge; il problema è quello di vedere se sussistano le condizioni per realizzare taluni interventi, considerato che l'organizzazione e le strutture sono abbastanza deficitarie.

Un altro problema che a mio parere emerge riguarda la distinzione, e in un certo senso la poca conciliabilità culturale, tra la visione dell'epidemiologo e del clinico, tra chi lavora sui grandi numeri e chi opera sul singolo soggetto che non è molto attento ai problemi dell'interesse più generale, anche se tale aspetto non può riguardare il mondo politico.

Vi è un altro punto che è stato sottovalutato e che è stato accennato dall'onorevole Benevelli: esiste la malattia clinicamente definita da tradizioni, arti e cultura mediche da un lato e dall'altro vi sono i problemi, che rientrano in generale nell'interesse di un medico, ai quali abbiamo la tendenza ad applicare modelli clinici che corrispondono ad una visione tradizionale. D'altra parte non esistono altri modelli perché è difficile intervenire socialmente ed è molto più semplice agire « medicalmente ».

Vi è poi il problema del diverso valore dei *test* di cui si è molto parlato; la significatività e la predittività di un esame varia a seconda che sia effettuato in un ambiente ospedaliero su pazienti preselezionati oppure tra la popolazione. Se i modelli sono i medesimi utilizzati all'interno e all'esterno, è chiaro che andiamo incontro a situazioni difficili. Si tratta comunque di una questione assai complessa che in questa sede, data l'ora, non posso approfondire. La sostanza del problema, però, è proprio questa: la differenza tra la medicina generale, che lavora al confine tra la società e la medicina, specialistica, e la medicina ospedaliera che opera un intervento più tecnico.

Per quanto riguarda la prevenzione, che è uno dei compiti fondamentali della medicina generale, si rende necessaria una sua differente valutazione poiché, considerati la multifattorialità ed il tempo in cui emerge la patologia, la fase *prae limine* rappresenta i due terzi dell'intera evoluzione naturale. Quindi le nostre diagnosi precoci sono spesso già tardive.

MARIO ZANETTI, *Direttore sanitario dell'ospedale Sant'Orsola di Bologna e docente di ricerca e programmazione dei servizi sanitari all'università di Bologna*. Desidero chiedere ai deputati presenti che, quando bisogna decidere se è più opportuno effettuare un trapianto di cuore oppure la colecisti, almeno abbiano il coraggio non di autorizzare quindici centritrapianti - provvedimento che ha fatto ridere tutti gli addetti al settore nel resto

d'Europa – ma di individuare i quattro, cinque centri migliori e concedere loro finanziamenti adeguati per un ulteriore sviluppo, senza accontentare tutti solo perché si sono ritenuti soddisfatti di ciò che è stato loro concesso.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola al professor Liberati, voglio pregarlo di tener presente che abbiamo superato l'ora che avevamo fissato per chiudere la seconda sessione dei nostri lavori e quindi, nei limiti del possibile e senza nulla togliere alla chiarezza della sua esposizione, di essere conciso.

ALESSANDRO LIBERATI. *Capo del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano.* Cercherò di essere breve anche se le domande poste sono complesse; per quanto è possibile risponderò ai quesiti nell'ordine in cui sono stati esposti.

Non mi sono spiegato sulla questione del campo reale di attività del medico di medicina generale; non intendevo affermare che non esiste una definizione di tipo legislativo o normativo circa i compiti della medicina di base. Io sostengo che, se si consultano le ricerche svolte in vari paesi – e recentemente quella condotta in Emilia-Romagna con la collaborazione dell'Istituto superiore di sanità – cercando di comprendere in che cosa consista l'attività del medico di base, la questione diventa assai dubbia. Il professor Pagni nel suo ultimo intervento si poneva il problema se tale attività si collochi nel campo medico oppure se sia a metà tra il settore medico e quello socio-assistenziale, oppure se appartengono al tipo dell'assistenza sociale.

Quindi, viste le difficoltà esistenti sul piano della valutazione, in un settore quale quello della medicina di base in cui non è chiaro né esplicitato l'oggetto delle prestazioni, non è facile stabilire un sistema di revisione della qualità. Non mi riferivo dunque alla mancanza di legislazione su tale materia. Mi sembra però che anche nella ricerca realizzata in Emilia-Romagna – una delle prime indagini

sistematiche effettuate in Italia – sia molto difficile, pur partendo da un elemento semplice (ossia la descrizione del volume di attività di un gruppo di medici di base, tra l'altro autoselezionato e quindi con una qualità superiore alla media), comprendere ciò che hanno prodotto.

Per quanto riguarda la questione delle retribuzioni, non intendo demonizzarla o lanciare appelli esortando ad attitudini francescane in rapporto agli incentivi. Stiamo però attenti a non confondere forme di incentivazione professionali o di produttività con l'accettazione del perseguimento del proprio interesse personale attraverso l'offerta di prestazioni professionali.

Quando mi riferivo alla possibilità che il medico fosse influenzato da motivazioni di carattere economico, non intendevo dire che in assoluto occorre bandire il termine « incentivo » dagli strumenti di promozione della qualità; affermo tuttavia che, da un punto di vista sociale, politico e culturale, prima ancora che professionale, la documentazione –, e in argomento credo che la professoressa Palmer possa intrattenerci a lungo – in sistemi dove esistono meccanismi cosiddetti di *fee for service* in cui il medico ha un diretto guadagno per il tipo di prestazioni prescritte, non è accettabile.

Sul piano degli incentivi, quindi, la questione è diversa e vi prego di non creare confusioni.

L'onorevole Benevelli ha posto una domanda difficile, pertanto mi scuso per aver liquidato in due parole una tematica estremamente complessa, qual è quella dell'impatto dei protocolli. Comunque, intendo ribadire che oggi non esiste una evidenza scientificamente documentata – anzi ne esistono alcune di tipo contrario – sul fatto che sia sufficiente la diffusione per iscritto dei messaggi per influenzare i comportamenti. Ho portato una pubblicazione che definirei « orfana », in quanto attende pubblicità (anzi, se è presente qualche *sponsor*, sarò lieto di riceverlo), e che è relativa ad uno studio svolto per conto del Consiglio nazionale delle ricer-

che sull'impatto dei protocolli diagnostico-terapeutici per la cura di alcuni tumori, in particolare quello della mammella, del colon retto e dell'ovaio.

Il documento è interessante in quanto rappresenta il primo segnale del fatto che chi ha finanziato il programma educativo, valuta con attenzione anche l'impatto; tuttavia, sarebbe utile che il CNR lo pubblicizzasse. Abbiamo potuto riscontrare che, al di là della cattiva qualità del programma di diffusione dei protocolli – sconosciuti ad un elevato numero di medici italiani – anche laddove questi sono arrivati, proprio perché elaborati a tavolino da tecnici, sono stati largamente trasgrediti.

Esistono studi estremamente interessanti, effettuati negli Stati Uniti, sull'impatto delle cosiddette *consensus conferences*, le quali rappresentano i meccanismi in virtù dei quali gli esperti di alcuni settori stabiliscono di concerto il minimo comune denominatore della pratica accettabile. Il tempo non mi consente di soffermarmi a lungo sui dettagli, tuttavia ritengo doveroso ribadire un concetto: non si pensi che la conoscenza sia l'unico elemento determinante del comportamento. La conoscenza è certamente importante, ma esistono anche altri fattori che lo guidano e da questo punto di vista il protocollo può essere valido, ma non l'unico. Il professor Sirchia non si è dichiarato convinto dalla mia affermazione. Posso però sostenere che gli esempi da lui citati costituiscono un caso particolare di attività di *quality assurance*, nel senso che sono attività di monitoraggio permanente. Se mantengo viva la mia attenzione, nel senso che non solo preparo i protocolli, ma li sostengo nella loro applicazione, è un conto; il problema del limitato impatto degli studi di *quality assurance*, però, è rappresentato dal fatto che laddove si è realizzato un intervento puntuale, poi forzatamente abbandonato, la curva di applicazione del cambiamento tende a posizionarsi sui livelli precedenti. Quindi, nel momento in cui ci si accinge a discutere dei programmi di *quality assurance*, o si decide di assumere il doppio

del personale, al fine di valutare ciò che il personale sanitario svolge, oppure il limitato impatto nel tempo di questo intervento di modifica dovrà confrontarsi con l'insufficiente ruolo delle conoscenze nel determinare i comportamenti.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIORGIO BOGI

ALESSANDRO LIBERATI, *Capo del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano*. Non voglio sostenere che in assoluto le attività di *quality assurance* non servano, ma intendo affermare che il monitoraggio esterno realizzato senza l'attivazione dei meccanismi di *feedback* tra gli operatori molto spesso è destinato al fallimento. Quindi, sarebbe opportuno promuovere un'attenzione costante dei soggetti interessati ed un continuo miglioramento dei protocolli.

Rimane però il fatto che, pubblicati e sottoposti ad una valutazione scientifica critica, non ho ancora visto molti programmi di *quality assurance* efficaci. La stessa professoressa Palmer, negli anni passati, ha condotto un interessante studio nell'area di Boston sull'efficacia di cicli di *quality assurance* all'interno di pratiche di medicina ambulatoriale, ma se non sbaglio i riscontri di efficacia complessiva del programma non sono esaltanti. È vero, vi sono alcune evidenze di un limitato impatto, ma questo in generale è stato abbastanza contenuto: forse sbaglio, per cui la professoressa Palmer potrà correggermi.

Il professor Sirchia ha giustamente sottolineato la necessità di superare il dilemma pianificatori-tecnici. Ciò mi consente di « rilanciare la palla » in modo ancora più radicale in quanto, nel corso di questa seduta, ho sentito affermazioni (date per certe e mai documentate) secondo le quali il sistema privato è migliore del pubblico.

Parliamoci chiaramente: mentre negli Stati Uniti si spende l'11 per cento del

prodotto nazionale lordo per spese sanitarie, in Italia si arriva all'incirca al 6 per cento. Ciò nonostante si continua a dire che si spende troppo: può darsi che sia vero, occorre però chiarire che si tratta di giudizio qualitativo, non quantitativo. Si può decidere di spendere l'1 per cento del prodotto nazionale lordo, oppure il 20: questo però rappresenta un giudizio politico non tecnico.

Ho qui un articolo, pubblicato di recente, riguardante l'andamento della spesa sanitaria italiana nel periodo 1981-1986; ebbene, le storie che circolano sull'incontrollabilità della spesa sono bugie! Di conseguenza ritengo che nell'ambito di una Commissione parlamentare occorra attenersi alla verità dei dati e dei fatti.

Sono sostanzialmente d'accordo sulle affermazioni dell'onorevole Gramaglia, tuttavia vorrei chiarire taluni punti. Quando ho sostenuto che è difficile raggiungere un accordo professionale su criteri di valutazioni di qualità, mi riferivo ai criteri di tipo procedurale indicati dal professor Shaw, ossia ciò che è opportuno fare e quello che costituisce effettivamente la differenza per il paziente. Se disponessimo - e purtroppo da questo punto di vista siamo indietro - di indicatori affidabili di esito, di risultato, non vi sarebbero discussioni: del resto, la diapositiva illustrataci dal professor Shaw, circa la mortalità per ernia, appendicite o colecistectomia, non credo necessiti di particolari dibattiti tecnici. Evidentemente, il problema concerne un altro aspetto. Infatti, allorché svolgiamo studi di valutazione di qualità ci soffermiamo sugli aspetti procedurali, in quanto sono più facili da misurare. Poiché però su questi spesso non si raggiunge un accordo, il medico sosterrà di non aver sbagliato pur essendosi comportato diversamente; anzi, finché non si dimostrerà che il suo agire ha comportato un esito negativo sul paziente, non sarà disposto a cambiare opinione.

Poc'anzi ci si è soffermati sul problema dei farmaci: l'Italia, circa la valutazione sull'uso dei farmaci, insieme con i

paesi scandinavi, è il paese che sicuramente ha prodotto più documentazione. D'altra parte, i dati esistono, basta leggerli.

La tematica dell'uso abnorme dei farmaci, nonché quello della plethora del prontuario farmaceutico, sono fatti noti ed è strano che una Commissione parlamentare non acquisisca a monte elementi di tale tipo.

Desidero ribadirlo: la difficoltà di valutazione della qualità deve essere tenuta presente, non però per giustificare che tale valutazione non viene fatta in quanto vi sono argomenti su cui essa è già stata svolta; il punto fondamentale è leggere i dati e trarne le dovute conseguenze. Da questo punto di vista, la proposta di rovesciare la logica che oppone spesso il medico al programmatore mi trova senz'altro d'accordo; il nocciolo del problema, a mio avviso, riguarda il fatto che tale rovesciamento non è poi così facile da realizzare e l'esperienza americana insegna che oltre un certo livello non è possibile far sopportare alla categoria professionale la necessità di una autoregolamentazione. Peraltro, come ha affermato il professor Shaw, se ciò non avverrà, prima o poi assisteremo alla eteroregolamentazione (personalmente, anch'io ritengo che ciò sia un processo storico inevitabile).

Vorrei inoltre chiarire che non ho sostenuto l'inaccettabilità degli incentivi, ma ho semplicemente affermato che proporre ai medici, ad una classe di professionisti, « buone opportunità » (consentitemi l'espressione) per ottenere da loro prestazioni che rientrano normalmente nella loro dignità professionale è, a mio parere, offensivo. Se invece altri colleghi ritengono che gli incentivi debbano essere concessi, possono adoperarsi in tal senso. Vorrei precisare che la mia non è una presa di posizione moralistica, bensì una rivendicazione culturale all'interno di una categoria professionale alla quale anch'io appartengo; pertanto, ritengo che non potrei essere accusato di sostenere determinate posizioni, come se fossi estraneo al mondo della medicina.

Il professor Poggiolini ha osservato che la qualità non è funzionale al risparmio; si tratta di una precisazione che era necessaria, però è altrettanto necessario indicare le conseguenze che da essa derivano. In altri termini, bisogna stare attenti a porre tale problema proprio nella sede parlamentare, perché non vorrei che in una situazione politica dove ci si preoccupa principalmente del contenimento dei costi, sostenere tale tesi ci porti ad un « autogol ». Non vi è dubbio che sia utile la ricerca di valutazioni di qualità, ma ciò non può essere concepito come uno strumento di risparmio. Il settore dei farmaci – scusatemi se torno ancora a parlare di questo argomento – è un campo nel quale sicuramente una seria valutazione di qualità è sinonimo di drastica riduzione dei costi.

Il professor Pagni ha sostenuto alcune teorie che sono senz'altro fondate (secondo me andrebbero comunque superate), in merito al fatto che spesso il punto di vista non dico antitetico, ma di diversa visuale tra il clinico e l'epidemiologo, cioè tra chi vede i problemi del singolo paziente e chi quelli della comunità, differisce in modo sensibile. Ovviamente, ciò è vero, ma sostenere che vi è una scarsa identificazione di ciò che costituisce il cuore dell'attività della medicina di base non vuol dire esprimere un giudizio negativo, né vuol dire riconoscere che tale campo della medicina comprende una serie di competenze e di compiti (peraltro frequentemente delegati per i continui tagli sulla spesa sociale) di tipo anche assistenziale. Tale situazione non mi appare negativa, però non si capisce bene quali siano gli strumenti cui deve ricorrere il medico di base.

In questo contesto, pertanto, mi sembra inevitabile tornare a parlare dei farmaci, anche se talvolta è difficile risolvere numerosi problemi sociali attraverso interventi di tipo farmacologico. Se però vogliamo il *placebo*, allora dobbiamo metterci d'accordo, affinché lo Stato ne produca una gran quantità a costi bassissimi, ma non dimentichiamo che la dimensione del volume di attività della

professione medica di base è un capitolo che rientra nella problematica totale dei costi.

Mi interessa, in particolare, riprendere alcune affermazioni dei colleghi e ricordare quanto ho affermato all'inizio del mio intervento: sarebbe bene non continuare a sostenere che il servizio sanitario privato è di gran lunga superiore a quello pubblico, perché, tra l'altro, vi sono numerosi esempi di disinformazione sul problema.

Alcuni giorni fa, è stata presentata una ricerca condotta dal CENSIS per conto dell'Associazione nazionale ospedalità privata – come sicuramente ricorderà il professor Pintor – che dimostrava, su un campione di qualche migliaio di intervistati, l'alta percentuale di soggetti soddisfatti dell'assistenza pubblica ricevuta, i quali hanno dichiarato che ciò costituisce un elemento a favore della superiorità della prima rispetto alla seconda. Devo anche aggiungere che in taluni casi basta non considerare una parte del problema per ottenere un risultato parzialmente diverso. Se, per esempio, lo stesso tipo di indagine fosse condotto in un ospedale pubblico che notoriamente non offre una buona assistenza dal punto di vista, per così dire, alberghiero, credo che la risposta non sarebbe molto diversa dalla precedente.

A mio avviso, il problema consiste nel porre le varie questioni su un piano di confrontabilità e di valutabilità; ad esempio, nell'ambito di un'indagine, che abbiamo appena concluso presso l'ospedale di Monza sul trattamento dei ricoverati, è emerso che contrariamente a quanto dimostrano gli studi teorici, una percentuale piuttosto alta di pazienti si è lamentata della qualità delle stanze, dei servizi o dell'accessibilità ai telefoni, ma non ha rilevato problemi di tipo tecnologico i quali, peraltro, essendo di diversa consistenza, potrebbero essere facilmente risolti. Agli stessi intervistati è stato inoltre chiesto se tutto ciò differisse da quanto essi si aspettavano: la maggior parte di loro ha risposto negativamente, sostenendo che la prestazione ottenuta coincideva con quella attesa.

Ritengo che i servizi pubblici siano continuamente vittime di una propaganda dei *media*, che conferisce un'immagine positiva all'assistenza privata, mentre confina in serie « B » quella pubblica. Non intendo in alcun modo sottolineare ulteriormente il conflitto tra i due settori, invito soltanto i presenti ad analizzare con attenzione i dati e a non trascurare tale confronto, anche in termini di controllo, per evitare rischi ben più gravi.

CHARLES SHAW, *Director medical audit programme, King's Fund Center, London.* Signor presidente, onorevoli deputati, colleghi, tenendo conto che il tempo riservato ai nostri interventi è limitato, sarò breve e quindi concentrerò i miei commenti in particolare su una questione sollevata dall'onorevole Benevelli, per accertare se la verifica e la revisione della qualità influiscano concretamente sulla pianificazione dei servizi sanitari. A mio avviso, se ciò non avviene, ossia se tali procedure non influiscono nemmeno sulle prassi cliniche, vuol dire che esse non funzionano. Peraltro, è ampiamente dimostrato che studi di elevato livello possano influire sull'organizzazione dei servizi. A tale proposito, cito un esempio tratto dalla situazione scozzese, dove sono stati studiati i risultati della chirurgia di urgenza per le emergenze vascolari e le differenze fra i risultati ottenuti dai chirurghi che svolgevano regolarmente ovvero occasionalmente chirurgia vascolare. La differenza era così netta che si è deciso di sospendere ovunque le attività di chirurgia vascolare, tranne che in un centro nel quale è stata concentrata tutta la chirurgia vascolare, anche se vi era un limitato rischio dovuto al trasporto con ambulanze e a problemi analoghi. Ritengo che, in presenza di dati inoppugnabili, dovremmo cambiare parere.

Potrei altresì citare l'esempio di un recente studio sui decessi perioperatori nel Regno Unito, dove è stato dimostrato che gran parte delle urgenze venivano affrontate nel cuore della notte da perso-

nale meno qualificato, e ciò non in quanto fosse clinicamente necessario, ma in quanto non era disponibile la sala operatoria. Adesso, invece, cerchiamo di rendere disponibili, ogni giorno, le sale operatorie per le urgenze, semplicemente prevedendo spazi di tempo per quei pazienti che altrimenti sarebbero stati operati durante la notte.

Per quanto riguarda la chirurgia coronarica, gli studi effettuati su 15 centri della Gran Bretagna che eseguono *by-pass* delle arterie coronariche, dimostrano che i tassi di mortalità, che certo non considerano le specificità dei casi, variano da una unità all'altra dall'1 al 6 per cento; risulta inoltre, in generale, che le unità con minor volume di lavoro registrano tassi di mortalità più elevati. Si tratta, ancora una volta, di un bilancio relativo alla chirurgia vascolare, ma ritengo che lavorare molto in un determinato campo consenta di raggiungere migliori risultati.

A mio avviso, questo tipo di informazioni possono influire sulla realtà e sulla programmazione dei servizi; ovviamente, è necessario che l'indagine sia obiettiva, quantificata, e conforme a degli *standard* specifici, nonché ripetibile. Si dovrebbe, quindi, essere in grado di ripetere l'indagine nell'arco di dodici mesi e dimostrare che i risultati sono migliorati.

PRESIDENTE. Poiché abbiamo concluso i lavori della seconda sessione, sospendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 13,45, è ripresa alle 15.

PRESIDENTE. Diamo inizio alla terza sessione concernente i sistemi di valutazione dell'attività ospedaliera, le implicazioni per la qualità dell'assistenza sanitaria e per il finanziamento dei servizi (Diagnosis related groups sistem ed altri sistemi di valutazione del *case-mix*) ed il caso della medicina generale (protocolli terapeutici autodefiniti dai medici). Interverranno in qualità di relatori il professor

Antonello Zangrandi, il professor Gianni Tognoni e la professoressa Rosa Sunon Sala.

ANTONELLO ZANGRANDI, *Capo area pubblica amministrazione dell'università Bocconi di Milano*. Desidero innanzitutto ringraziare la Commissione per aver consentito alla scuola di direzione aziendale di fornire il contributo dell'esperienza maturata in questi anni nel campo della formazione manageriale. Premetto, inoltre, che il mio apporto all'indagine odierna concernerà unicamente il problema della valutazione dell'attività ospedaliera, soprattutto dal punto di vista manageriale.

Ritengo che per affrontare in maniera concreta il problema della valutazione dell'attività ospedaliera, e quindi della misurazione dei risultati della medesima, ci si debba in primo luogo chiedere quali siano le finalità e le ragioni per le quali si pongono in essere attività in questo senso. Nell'ambito delle discipline economico-aziendali e manageriali è ormai dato per acquisito il fatto che le finalità e gli obiettivi della misurazione aiutano a comprendere quale sia l'oggetto della misurazione medesima e come essa concretamente si attui. La misurazione, come fenomeno oggettivo, è sicuramente da perseguire, ma all'interno delle organizzazioni sanitarie essa è collegata a specifiche finalità. A tale proposito, credo che la valutazione delle attività ospedaliere – quindi la loro misurazione – possa sostanzialmente perseguirsi attraverso tre tipi di finalità. La prima concerne la programmazione e l'allocatione delle risorse; il secondo obiettivo riguarda i sistemi di controllo in senso lato della gestione, dal punto di vista quantitativo e qualitativo; il terzo fine è connesso con il finanziamento. Tenendo presenti tali finalità, si potrà chiarire, almeno dal punto di vista manageriale, il problema della valutazione dell'attività ospedaliera.

Tuttavia, prima di descrivere concretamente la misurazione ai fini di programmazione, controllo e finanziamento, credo valga la pena di addentrarci in un

aspetto preliminare e – almeno sulla base delle ricerche che abbiamo realizzato – di fondamentale importanza. Mi riferisco al problema della responsabilizzazione economica complessiva che, a nostro giudizio, è scarsamente presente, almeno nei fatti e nei comportamenti, all'interno del Servizio sanitario nazionale. Infatti, i sistemi di valutazione delle attività risultano essere rilevanti e significativi quando producono concreti effetti sulla gestione. Come è stato giustamente detto, la semplice conoscenza non produce di per sé cambiamenti; quindi, il vero punto critico che riteniamo assolutamente qualificante di qualsiasi intervento legislativo sui sistemi di misurazione e valutazione concerne il fatto che quelli dell'attività ospedaliera – ma anche non ospedaliera – divengano operativi all'interno delle organizzazioni. È questo, almeno sulla base della nostra esperienza, il vero punto cruciale.

I sistemi di valutazione presentano difficoltà non solo perché mancano gli strumenti, o essi – come è stato sottolineato questa mattina – risultano non oggettivi, ma soprattutto perché all'interno delle organizzazioni sanitarie pubbliche è assente una chiara e precisa responsabilizzazione sui risultati e sulla misurazione dei medesimi. Il problema risiede nel fatto che i sistemi di valutazione, da semplici studi sui comportamenti dei medici, devono diventare sistemi operativi, intendendo con ciò quell'insieme di processi che incidono concretamente sull'attività svolta all'interno degli ospedali. In altre parole, credo che nella situazione italiana sia assolutamente importante introdurre criteri di sistemi operativi, ritmici e continuativi, ancor prima di discutere di strumenti estremamente sofisticati. Esempio esplicativo di tale situazione può essere considerato il fatto che nella maggior parte degli ospedali italiani non si conosce il tempo di degenza pre e post-operatoria: si tratta di un dato banale, tuttavia utile ai fini della valutazione sulle attività ospedaliere.

Ribadisco, pertanto, che ancor prima di strumenti complessi e sofisticati è im-

portante introdurre in queste organizzazioni sistemi di valutazione, favorendo lo sviluppo di una cultura organizzativa legata alla valutazione medesima e all'autocontrollo dell'attività professionale, quindi inserendo strumenti collegati direttamente alla gestione ed ai risultati della medesima. Credo che questa rappresenti, soprattutto nella pubblica amministrazione, una logica assolutamente innovativa.

Noi riteniamo – ed è questo il punto di vista che ci caratterizza – che nella situazione pubblica italiana si possano individuare tre grandi fenomeni. Innanzitutto, non esiste in materia una diffusa conoscenza dei processi, comunque non esistono studi approfonditi sui comportamenti legati ai risultati delle attività ospedaliere; in secondo luogo, sono assenti all'interno delle singole strutture sistemi informativi (oggi ovviamente di tipo informatico) finalizzati alla rilevazione dei risultati dell'attività ospedaliere. Infine – ed è il fenomeno più grave – si considera sostanzialmente superflua la valutazione, perché si ritiene che esistano altri sistemi di gestione, lontani da quelli di valutazione delle attività, che esistano altri strumenti pregnanti all'interno delle organizzazioni, non certo connessi con i sistemi di valutazione delle attività stesse.

I risultati di una ricerca che la scuola di direzione aziendale ha condotto sul settore sanitario del nord Italia dimostrano uno stato di sfiducia, abbastanza generalizzata, sui sistemi di valutazione, in quanto essi sembrano non essere praticati ad alcun livello dell'organizzazione. Esistono talune esperienze di misurazione e di valutazione delle attività ospedaliere, ma esse sono paragonabili a studi di singoli casi, di singoli problemi o di specifici aspetti, in quanto, generalmente, non risultano collegate alla gestione delle attività stesse.

A livello di sistemi informativi, inoltre, non esistono strumenti diffusi, ovvero un sistema informativo che permetta di rilevare, in modo sistematico e ritmico, i dati sulle attività svolte all'in-

terno degli ospedali; esistono taluni tentativi, ma condotti in modo assolutamente non sistematico e, comunque, collegati a specifici aspetti.

Il terzo elemento che emerge da quel tipo di ricerca – anch'esso preoccupante – è relativo alla necessità di porre in essere strumenti di valutazione della gestione degli ospedali. Tutti i soggetti intervistati li hanno richiesti, ma nei loro interventi hanno anche evidenziato una generale sfiducia sulla loro efficacia, in quanto i criteri che determinano il funzionamento dell'ospedale (e mi riferisco alle modalità di assegnazione delle risorse, di gestione delle incentivazioni e di indicazione dei campi di sviluppo delle attività) non sono collegati o collegabili ai sistemi di valutazione e di misurazione delle attività ospedaliere. Dunque, dal giudizio generalizzato sembra emergere una generale sfiducia, la quale nasce non tanto dalla scarsità o dalle difficoltà di applicazione degli strumenti stessi, quanto dalle complessive regole del gioco della gestione degli ospedali.

Qualora le osservazioni sopra riportate risultino essere esatte per il nord Italia, ne conseguirebbe una prima, fondamentale, considerazione: lo sforzo comune dovrebbe essere quello di orientare questo tipo di organizzazioni a perseguire i risultati e, successivamente, a valutarli. Dal punto di vista dell'organizzazione in quanto tale, cioè dell'ospedale o dell'unità sanitaria locale, dunque, occorrono sia sistemi che, tramite maggiori risorse, premiano le strutture che hanno ottenuto un certo tipo di risultati, sia sistemi in grado di incentivare, in qualche modo, un certo tipo di comportamenti da parte dei professionisti.

Ribadisco, infatti, che ci ha sorpreso, soprattutto, la sfiducia espressa sugli strumenti, non tanto dal punto di vista tecnico, quanto da quello della loro concreta applicabilità nella realtà. Il vero problema è rappresentato non dagli strumenti di misurazione o da quelli di valutazione, ma dal fatto che le organizzazioni non appaiono in grado di considerare i risultati raggiunti. Se pensiamo che

l'attività di finanziamento di un'unità sanitaria locale risulta essere abbastanza indifferente rispetto al livello e alla qualità delle attività erogate, è facile comprendere come questo parametro non sia assolutamente ritenuto valido dai dirigenti, né, tanto meno, dai singoli specialisti.

Sempre su questo tema, la ricerca a cui mi sono riferito poc'anzi metteva in luce un altro aspetto rilevante, ovvero l'esistenza di una profonda deresponsabilizzazione su tutti i tipi di risultati economici o finanziari. Credo sia a tutti noto come all'interno delle unità sanitarie locali non esistano criteri di responsabilizzazione legati ai risultati. Ciò comporta, sostanzialmente, la presenza di gruppi professionali i cui criteri di gestione e di comportamento risultano assai lontani e diversificati sia da quelli degli amministratori, sia da quelli degli amministrativi. Questa radicale diversità di orientamenti e di interessi fa sì, inevitabilmente, che venga meno la responsabilità sui risultati. Anche in questo caso, appare ovvio che l'elemento qualificante della riforma della sanità pubblica debba essere individuato nella definizione di chiare aree di risultato e di responsabilità economica, tali da comportare, nei fatti, conseguenze in termini di sistemi premianti o non premianti.

Associandomi alle osservazioni espresse questa mattina, ritengo che il medico e lo specialista debbano costituire un preciso punto di riferimento, in quanto l'esperienza dell'intero mondo occidentale dimostra come non sia possibile imporre *standard* o definire criteri in modo univoco, dall'esterno; occorre che in ciascuna singola realtà si sviluppi questo tipo di consapevolezza, ed è possibile farla emergere ponendo in essere sistemi che premiano, esplicitamente, un certo tipo di comportamenti.

Rifacendomi ad una delle tre finalità dei sistemi di misurazione delle attività ospedaliere, cioè la programmazione, ritengo che quelli relativi all'allocazione delle risorse debbano essere esplicitamente collegati o, comunque, misurati

alle attività ospedaliere. La complessità delle attività svolte dall'ospedale può divenire un criterio da seguire per l'allocazione delle risorse, nonché del personale e delle attrezzature. Anche in questo senso, la possibilità di misurare e di valutare le attività ospedaliere permetterà di definire, in modo più consono ed adeguato, il bacino d'utenza. Sarà così ipotizzabile un passaggio radicale nei sistemi di programmazione, nel senso che dalla definizione di ospedali piccoli, medi, grandi, generali, specialistici o specializzati - che sono tutti modi semplificati per valutare l'attività - si potrebbe pervenire a sistemi che siano in grado, per esempio, di stimare in modo più preciso fabbisogni finanziari legati ai casi trattati, e quindi alla loro complessità.

Sul controllo di gestione, ovvero sulla seconda finalità, mi permetto di svolgere qualche considerazione in più, in quanto rappresenta il contributo particolare delle discipline manageriali. Credo che i sistemi di valutazione delle attività possano permettere ai medici, all'interno delle singole realtà, di porsi nell'ottica corretta di uno strumento e di un sistema di ordine « budgetario », cioè di uno strumento che richiede - come sottolineavo poc'anzi - una specifica responsabilità di ordine economico nei confronti delle attività svolte, lasciando, ovviamente, libertà di azione per raggiungere gli obiettivi concordati e negoziati.

Ritengo che questo sistema « budgetario » sia molto più attuabile di quanto non si pensi, perché credo sia interesse congiunto dei vari gruppi professionali (medici ed amministratori) quello di definire specifiche aree di responsabilità. Quindi, penso che sperimentazioni nel campo di sistemi « budgetari », in grado cioè di consentire un certo autocontrollo ai gruppi di medici e comunque di professionisti, possano rappresentare un'iniziativa interessante sulla via (che sarà lunga, almeno in Italia) del cambiamento organizzativo. Ma anche in questo caso non posso non ricordare, per l'ennesima volta, la rilevanza dei sistemi premianti. Se esistono, all'interno delle organizza-

zioni, sistemi premianti come quelli oggi riscontrati, non credo sia possibile sperimentare concretamente un sistema « budgetario ». Occorre aumentare il grado di libertà all'interno del settore pubblico.

Infine, desidero sottolineare che i metodi di misurazione delle attività possono essere collegati con i problemi del finanziamento. In questo caso, l'esperienza di molti paesi può esserci di aiuto. Credo – e questo è un nostro giudizio – che, nel presente momento storico, legare direttamente il finanziamento e l'attività sia prematuro, non tanto da un punto di vista tecnico quanto proprio da quello « del ciclo e di vita » – così lo chiamiamo noi – delle nostre organizzazioni; infatti, pur ritenendo che il sistema di finanziamento collegato direttamente con i livelli delle attività rappresenti sicuramente un fine, debbo osservare che oggi lo stato delle nostre organizzazioni e le tensioni che si respirano nelle organizzazioni stesse rendono questo modo di valutare le attività e le finalità della valutazione un obiettivo alquanto difficoltoso, perché la cultura organizzativa ancora non mi sembra del tutto preparata ad un meccanismo del genere.

GIANNI TOGNONI, *Capo del laboratorio di farmacologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano*. Penso sia opportuno supportare i concetti che mi accingo ad esporre con alcuni dati, visto che mi è stato chiesto di trattare la seconda parte del tema di questa sessione, rappresentata dalla possibilità, da parte della *general practice*, di darsi codici di comportamento prescrittivo o, in generale, di trattamento. I dati che illustrerò richiamano direttamente una questione che è stata ricordata stamattina dalla professoressa Palmer e pongono quesiti al professor Zangrandi in relazione alla presenza di *manager* in una situazione come quella della prescrizione. Essi sono stati raccolti in uno degli osservatori permanenti di gruppi di medici con servizi farmaceutici ed unità sanitarie locali (in questo caso, quella di Verona) al fine di valutare la qualità della prescrizione nella realtà della loro pratica.

Dei primi 25 farmaci prescritti nella USL di Verona, raccolti da un gruppo di un centinaio di medici, circa 10 hanno una giustificazione farmacologica in senso lato. In altre parole, sui primi 25 farmaci, che costituiscono il 32 per cento della spesa, solo 10, al massimo, hanno un fondamento farmacologico, mentre i restanti sono falsi.

Il secondo elemento importante si riferisce ad un andamento che, in termini epidemiologici, sarebbe visto come un'epidemia a scoppio rapido ed incontrollabile e riguarda, nel periodo – molto breve – compreso tra il 1983 e il 1988, il numero dei pazienti che, nella pratica di un medico di medicina generale, vengono trattati con farmaci antiulcera.

Ciò significa che i pazienti affetti da ulcera aumentano in progressione stretta con l'immissione di nuovi farmaci antiulcera. L'epidemiologia dell'ulcera rimane certamente stabile ma, se si aggiunge alla cimetidina la ranitidina, quest'ultima crea pazienti con ulcera; se si aggiunge alla ranitidina la famotidina, aumenta il numero dei pazienti, che sale ulteriormente aggiungendo alla famotidina la nizatidina, l'ultimo rimedio scoperto.

Si tratta non di elementi di costo, ma di un rapporto tra i contenuti di una pratica: i pazienti, che forse erano 19 (tuttavia nel 1983 avevamo già pubblicato, in collaborazione con le farmacie comunali di Reggio Emilia, dati che dimostravano come, rispetto all'attesa epidemiologica, essi fossero sovrastimati del 50 per cento), sono passati a 30 unità nella pratica di un medico di famiglia. Sulla base di tutti gli altri dati, è certo che i casi di ulcera non sono aumentati, in quanto lo *stress* e l'urbanizzazione, anche se esistenti, non possono aver subito modificazioni rilevanti nel corso degli ultimi cinque anni. La curva del grafico relativo appare assolutamente impressionante; nessuna statistica sull'AIDS raggiungerebbe queste proporzioni catastrofiche.

Intendo, infine, citare altri dati che dimostrano come, nell'ambito di una stessa realtà locale (quella della USL 25

di Verona, città europea), un medico possa avere un numero di ricette per assistito che varia intorno ad una media del 60 per cento. Mi riferisco a medici standardizzati per età, per numero di assistiti, per luogo di pratica medica.

Un primo commento a questi dati riguarda ciò che va tenuto presente quando – se ne è parlato molto da parte dei medici nell'elaborazione dei contratti e nell'ultimo dibattito sui *ticket*, sul controllo delle spese e sull'aziendalizzazione – si prende in considerazione un comparto dell'azienda e lo si esamina sotto l'aspetto qualitativo. Occorre infatti sapere se il prodotto dell'azienda sia valido o da gettare via.

Inoltre, è necessario capire che cosa significhi, nella terminologia della pratica medica (e, penso, anche del *management*), il protocollo – quello di *self-assessment*, o di *self-auditing*, o di *etero-auditing* – e poi proporre alcune soluzioni che parzialmente sono state già adottate, ma che sarebbe utile rendere di interesse più generale.

Dunque, bisogna individuare i termini di riferimento per valutare un comparto. Quello dei farmaci, in questo senso, è abbastanza tipico, in primo luogo perché è sempre discusso e, in secondo luogo, perché incide di per sé sulla spesa sanitaria: si tratta, infatti, della voce più consistente (al di là di quella relativa al personale), che pesa molto nel rapporto tra medico e paziente e, quindi, nella qualità di tale rapporto.

Il primo punto che intendo sviluppare riguarda la capacità del sistema sanitario nazionale sul quale si discute sempre più in termini di aziendalizzazione, di porsi nello scenario illustrato in precedenza, prima di qualsiasi valutazione sulla qualità della cura.

Se si immettono programmaticamente nel sistema dati senza senso – e lo si fa con una quantità ed una sistematicità tali da caratterizzarne la cultura – e se la prescrizione del medico e la relativa ricezione da parte della gente presentano aspetti insensati, è difficile, direi stupido, compiere valutazioni in termini di qua-

lità, perché si ha a che fare con qualcosa che *a priori* è irrazionale. Non esistono dati che contraddicano queste affermazioni; basti pensare che siamo l'unico paese nel quale si usano sistematicamente ormoni chimici per pazienti affetti da tumore, con spese enormi e, soprattutto, con assai rilevanti implicazioni in termini di immagine della medicina.

In secondo luogo, quando si discute sulla qualità delle prescrizioni e delle prestazioni in generale e quando si arriva a valutarne le implicazioni economiche, il problema è sapere se si possa ragionare su dati o su semplici affermazioni.

L'Italia, contrariamente a quanto si pensi, nel settore dei farmaci è riconosciuta come il paese che dispone del maggior numero di dati. Come ha affermato questa mattina la professoressa Palmer, gli Stati Uniti stanno scoprendo adesso per la medicina di base l'importanza dell'epidemiologia dei farmaci e della prescrizione, mentre l'Inghilterra l'ha scoperta due anni fa.

Disponiamo di dati dettagliati riferiti alle USL, ai medici, alle regioni e relativi all'utilità, all'inutilità, ai costi o alla convertibilità della spesa: si tratta di sapere se questi dati siano destinati a qualcuno o siano utilizzati da un'altra « azienda » più importante di quella della salute.

Il terzo punto attiene alla medicina generale, della quale si è parlato questa mattina. Anche su tale argomento disponiamo di un osservatorio privilegiato, che include circa 4 milioni di pazienti, per cui i dati sono abbastanza stabili.

La medicina generale, che dovrebbe essere il perno di un sistema sanitario, può svolgere realmente questo ruolo solo se è forte culturalmente e non solo contrattualmente. Ora, la medicina generale, dal punto di vista della sua capacità culturale di porsi come interlocutore rispetto alle altre « aziende » che ruotano intorno a quella della salute, è estremamente debole.

Per contratto da circa dieci anni ci si è impegnati, con opportuni incentivi, ad aumentare la forza culturale di questo settore, sia per quanto riguarda il rap-

porto con la gente sia per quanto riguarda gli specialisti. Tuttavia, i dati di cui disponiamo rivelano che la capacità di interlocuzione si presenta piuttosto come capacità di « permeazione » facile e non di interlocuzione dialettica o di ricerca.

Ci troviamo in una situazione caratterizzata da un'incredibile facilità di penetrazione di qualsiasi farmaco sul mercato: dalla timostimolina alla calcitonina (di colpo siamo diventati tutti osteoporotici, perché la calcitonina è uno dei farmaci più prescritti, anche se non se ne conosce l'effettiva utilità, pur avendo sicuramente notevoli effetti collaterali).

Di fronte a tale contesto, dobbiamo provare ad immaginare le possibili soluzioni. Vi è una prima indicazione, da un punto di vista di metodo, che ritengo centrale e che costituisce il presupposto delle mie proposte.

Mi chiedo se abbia senso decidere « a tavolino », come principio generale, su una situazione conflittuale come quella della prescrizione – e del suo controllo – intesa non tanto come prescrizione di farmaci, quanto come processo diagnostico-terapeutico che mette in rapporto il medico con il problema e, attraverso quest'ultimo, con il paziente. Ritengo che ciò sarebbe molto ideologico e risponderebbe ad una logica contrattuale, ma non a quella dei controlli.

Tutti coloro che lavorano sull'*auditing* piuttosto che sull'*assessment* considerano implicito che qualcuno controlli qualcosa, traendone determinate conseguenze. Se il controllo implica soltanto la conferma di un mercato già esistente, nonostante le critiche ad esso rivolte, ciò equivale a rendere programmaticamente non credibile qualsiasi proposta di controllo, perché essa diventerebbe un esercizio inflazionistico. Si darebbe spazio ai *manager*, a coloro che compiono le valutazioni, ma non cambierebbe nulla a livello centrale, a livello della logica con la quale i medici stessi si mettono in rapporto con l'industria farmaceutica nello stabilire i problemi prioritari.

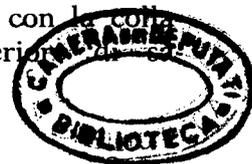
Ritengo che, al di là delle discussioni di questa mattina, il ruolo dei medici – e lo si è visto in altri paesi – non possa essere quello di aspettare il varo di leggi funzionanti, ma debba essere quello di sperimentarle nella applicazione, qualora essi intendano porsi come interlocutori attivi e non arrivare sempre tardi e, magari, rivendicare la priorità nel decidere. Per definizione, noi medici dovremmo essere coscienti del grado di necessità sperimentale.

Per quanto riguarda la questione dei protocolli, è interessante notare come dopo il dibattito di questi ultimi otto anni non vi siano stati, salvo pochissime eccezioni, protocolli sperimentati su larga scala dai medici, in quanto ci si è limitati a stendere documenti scritti con algoritmi sofisticati sostanzialmente non gestibili.

Il problema è di sapere se quest'*auditing* possa avere a che fare, oltre che con il protagonismo dei medici, anche con il criterio che si adotta per i protocolli di ricerca, in particolare per quella ad alto rischio, perché il risultato non è noto. Si tratta di stabilire se sia possibile dare un'*audience* ad un risultato ottenuto in maniera affidabile e se sia possibile, altresì, individuare un soggetto preposto al controllo della qualità del protocollo di risultato, possibilmente in posizione di indipendenza rispetto a chi effettua la ricerca e a chi ne trae le conclusioni politiche. In assenza di questa credibilità presente in qualsiasi società di ricerca che si rispetti, sarebbe difficile pensare ad un cambiamento.

Vorrei ora formulare alcune proposte di protocolli praticabili, che hanno già superato i *test* di fattibilità, provenienti da alcuni gruppi specifici che citerò in seguito.

Il primo di essi, sul problema del *self-assessment*, è praticato nella regione Emilia-Romagna da gruppi di medici aventi come riferimento un centro di studi e di ricerche di medicina generale ed ha avuto una documentazione interessante in un progetto pilota dell'Amebey, con la collaborazione dell'Istituto superiore



nità. Esso affronta il problema dell'esame di ciò che nella pratica di medicina generale è o meno rilevante. È inutile dare risposte costosissime a problemi non rilevanti o che non esigono l'uso di farmaci. Tuttavia, nessuno conosce quante siano queste risposte rilevanti.

Un'epidemiologia dei bisogni è importante per sapere quali siano i problemi da affrontare, così come è utile avere — nella stessa logica di prima — i protocolli. Questi ultimi sono oggetto di ricerca e sviluppo, non di legislazione, che sarebbe un falso in questo campo, utile solo per ragioni ideologiche e politiche contrattuali, ma che non avrebbe niente a che fare con i contenuti della medicina. È importante, allora, un'epidemiologia dei bisogni esistenti o meno, per verificare quale sia la percentuale della domanda non dovuta dei pazienti. Sulla base delle poche esperienze concrete effettuate sugli anziani e sui bambini, abbiamo constatato che, se il medico, responsabilmente, afferma che certe medicine non servono, i pazienti sono molto contenti, ma lo stesso medico deve impiegare trenta secondi per dirlo e, possibilmente, altri trenta secondi per spiegarlo. Tuttavia, egli deve essere convinto della propria affermazione, perché, nel caso in cui si basi solo su quanto prescrive il protocollo, non dimostrerebbe di essersi assunto una responsabilità professionale. Come ho già osservato, l'epidemiologia sarebbe molto importante, in quanto consentirebbe di cominciare a ragionare sui dati e non soltanto sulle ideologie. Spesso i medici di medicina generale affermano, a volte molto giustamente (disponiamo di dati al riguardo), che sono gli specialisti coloro che prescrivono. È verissimo! Oncologi e specialisti vari prescrivono farmaci senza senso e costosissimi. Una cura annuale di timostimolina può costare dieci milioni, forse anche di più; se un oncologo prescrive tale sostanza ad un paziente affetto da tumore, e gli assicura che in questo modo si può ritardare il progredire del suo male, è difficile poi per il medico di base non prescrivere, anche se a suo giudizio essa è, invece, inutile.

Ciò che viene definito l'indotto della medicina generale da parte della specialistica oggi è quantificabile. Alcune USL lo fanno ed hanno anche sviluppato unità di persone o « anni uomo equivalenti » per farmaci inutili che potrebbero essere inseriti in altri servizi.

Desidero ora proporre una seconda proposta. Esiste il problema dei prontuari, intesi come guida ad una prescrizione secondo scienza e coscienza, ossia sulla base dello stato attuale delle conoscenze e con la consapevolezza di quello che ancora non si conosce. Anni fa la FIMMG (Federazione italiana medici di medicina generale) si era impegnata in tale direzione, ma successivamente non ha dato seguito all'iniziativa. È in corso di stampa il risultato di un'esperienza che può risultare interessante, visto che viene citato di rimando l'esempio inglese. Si tratta di un gruppo di duecentocinquanta medici di medicina generale, i quali hanno deciso di svolgere un lavoro collegiale e coordinato per elaborare un prontuario della medicina generale, prendendo in considerazione le problematiche esistenti. Per tre anni è stato effettuato un confronto di testi, per fare in modo che il prodotto finale riflettesse la cultura ed il linguaggio della medicina stessa.

Questo è un esempio; se ne possono citare altri, riferiti a diversi problemi, come quello degli anziani. A Torino, con l'apporto di un gruppo di medici e di anziani, è stato elaborato un prontuario delle risposte auspiccate dagli anziani relativamente a loro determinate difficoltà. Il farmaco non risulta il primo in classifica, anzi, lo è solo quando non esiste altro rimedio; in questo caso, è interessante constatare che il farmaco risulta praticamente inutile.

Auspico, allora, che il progetto Videofar diventi un protocollo di ricerca sotto la direzione dell'Istituto superiore di sanità; esso coordina a livello nazionale gruppi di medici che cercano di definire criteri di indirizzo sui farmaci, in modo tale da avere *standard* generati all'interno della professione, ma con regole metodologicamente precise.

Infine, la terza proposta riguarda l'opportunità di considerare le aree dei progetti-obiettivo o degli obiettivi per protocolli dimostrativi della praticabilità di strategie di intervento e non soltanto di farmaci. Gli anziani vengono sempre citati come coloro che consumano il 30 per cento della spesa; essi sono una specie di « concentrato » di casualità di interventi, soprattutto farmacologici, per quanto concerne il disagio sia fisico sia psichico. Se si considerassero gruppi rappresentativi di anziani nell'ambito dei medici, si potrebbero delineare percorsi alternativi limitatamente ai farmaci, come veri e propri progetti di ricerca. Ricordiamo che in questo campo l'altra « azienda » — non quella della salute — ha impostato, invece, progetti dimostrativi di quella che definisce la *post-marketing surveillance*, come modo di autocontrollo dei medici, per esempio, relativamente alla non tossicità di farmaci inutili. Evidentemente, si tratta di un maniera originale di far « penetrare » i farmaci e, soprattutto, di « intossicare » la cultura.

Termino il mio intervento con un riferimento all'importanza di conoscere, in un paese come l'Italia, che discute molto del rapporto tra qualità, ricerca e costi, quelli che potrebbero essere i progetti dimostrativi, i quali contribuirebbero a creare una cultura oggi essenziale, prima dell'approvazione, con legge, di qualsiasi protocollo, che sarebbe un disastro.

Una cultura ha bisogno di un'esposizione intensiva, possibilmente differenziata per settori diversi, di metodi di ricerca e di gestione intelligente dei dati. Immaginiamo, per esempio, di avere dieci programmi di ricerca su temi predeterminati (anziani, bambini e così via), con protocolli precisi, interessanti, coinvolgenti, incentivanti per i medici, da pubblicare a livello internazionale (cosicché all'estero si possa venire a conoscenza di ciò che si attua in Italia) e che ognuno di questi protocolli sia finanziato congruamente, poniamo per cinque miliardi (dico una cifra enorme perché ancora non conosco personalmente una ricerca finanziata a tale livello); immaginiamo, allora,

di disporre di cinquanta miliardi per la ricerca: tale cifra rappresenta un terzo del costo annuo di un solo farmaco inutile.

Il problema è sapere se vi sia realismo nella discussione della qualità, oppure se si ritenga che quest'ultima debba essere soltanto quell'operazione un po' « cosmetica » che si cerca di rinviare alle « calende greche » al fine di evitare di esaminare una realtà già conosciuta.

ROSA SUNOL SALA, *Vice chairman SNAQ Assurance of Barcelona*. Ringrazio la Commissione per avermi consentito di portare in questa sede parte dell'esperienza condotta in Spagna sulla verifica e revisione della qualità e sui progetti di valutazione.

Mi è stato chiesto di parlarvi dei sistemi di valutazione dei servizi ospedalieri e della loro incidenza sui costi. Vorrei preliminarmente fare qualche breve considerazione sul significato esatto dell'espressione « sistemi di valutazione dei servizi ospedalieri ». Come ha affermato questa mattina il professor Shaw, forse possiamo parlare di tre tipi di qualità da valutare: quella della struttura, quella delle procedure e quella dei risultati. Ciascuno di questi tre aspetti comporta criteri di valutazione diversi.

Per quanto riguarda la struttura, la pubblica amministrazione, i politici ed i dirigenti industriali influiscono notevolmente sulla scelta del personale di cui avremmo bisogno, del modello organizzativo nonché della concezione delle strutture e delle attrezzature.

Vi sono altri aspetti dell'assistenza sanitaria, come l'esattezza diagnostica, la diligenza terapeutica, il rapporto interpersonale, che incidono sulla professionalità. Ovviamente sui risultati influisce anche il comportamento dei professionisti, degli amministratori e dei pazienti; in particolare ritengo che questi ultimi abbiano un'opinione da esprimere a proposito della qualità della vita considerata in rapporto alla salute, alla soddisfazione o meno per l'aspetto sanitario ed ai risultati dell'assistenza.

Aggiungo inoltre che nei nostri sistemi sono previsti tre campi di intervento. Vi è una parte dell'assistenza medica di cui sono generalmente note le modalità di funzionamento e per la quale possiamo quindi stabilire le norme. Sappiamo che gli interventi chirurgici non necessari non dovrebbero essere eseguiti e che in alcuni casi prescrizioni mediche non indispensabili non dovrebbero essere rilasciate. Tutti questi aspetti possono, quindi, essere valutati nei progetti di verifica e revisione della qualità. Naturalmente su alcuni di essi occorre svolgere ricerche adeguate; abbiamo bisogno, per esempio, di conoscere l'utilità o meno di un nuovo farmaco. Per tale ragione necessitiamo di metodi di ricerca.

Per quanto riguarda la gestione, invece, ci occorrono obiettivi. Dunque un altro campo di intervento è rappresentato dalla valutazione degli obiettivi di gestione.

Nel nostro paese i progetti di VRQ mirano a individuare le possibilità di miglioramento negli ospedali e nell'assistenza di base, ed a focalizzare i problemi concreti per garantire che i risultati di tali indagini siano utili ai pazienti.

Tali progetti sono stati avviati nel nostro paese poiché nessuno disponeva di informazioni concrete sull'assistenza medica e sui servizi sanitari. Non sapevamo quale fosse l'attività dei medici e degli infermieri negli ospedali. Per tale motivo abbiamo tentato di elaborare un sistema che definisse alcuni principi generali circa la valutazione degli ospedali (vedi allegato n. 3).

Abbiamo innanzitutto stabilito che i progetti di VRQ nelle strutture sanitarie debbono essere di competenza dell'istituzione stessa e non essere affidati alle singole categorie professionali. In secondo luogo, si è deciso che tali progetti debbano essere utili all'amministrazione non solo centrale, ma anche, per esempio, al capo servizio e al caposala al fine di individuare i problemi specifici delle diverse situazioni.

Nel nostro come nella maggior parte dei paesi occidentali, questi progetti si

fondano sulla partecipazione volontaria dei medici. Essi cercano di adottare una visione multifattoriale della qualità, ma di tale argomento potremo forse parlare in un secondo momento.

Un'altra novità in Spagna consiste nel fatto che tali progetti cercano di tener conto dell'opinione dei pazienti circa la prassi quotidiana che regola la vita degli ospedali. Infine, essi mirano a sviluppare un sistema di valutazione di ciascun servizio, di ogni unità concreta e ad individuare le possibilità di miglioramento.

Attualmente in Spagna esiste una legge che prevede la realizzazione di progetti di VRQ in ogni ospedale. Purtroppo, i nostri legislatori hanno dimenticato l'assistenza sanitaria di base; sono quindi necessari grossi sforzi per introdurre tali procedure anche nell'assistenza di base, comunque il nostro ministero della sanità si sta impegnando a fondo su tale questione.

Per quanto mi riguarda, desidero sottolineare come sia importante considerare le strutture sanitarie diverse dagli ospedali, poiché può accadere che il Parlamento trascuri determinati aspetti.

Desidero ora descrivere alla Commissione alcuni di tali progetti. Ciascuno di essi comporta quattro dimensioni. In primo luogo, abbiamo la valutazione dell'assistenza in seno alle commissioni cliniche al fine di migliorare la prassi quotidiana. Questo tipo di intervento intende affrontare problemi quali la mortalità da infezioni, la ripetizione di operazioni chirurgiche, la documentazione clinica e delle procedure infermieristiche, l'applicazione e l'inadeguatezza dei protocolli nei tumori per evitare che si compiano gravi errori in un settore così delicato.

Vi è poi nei nostri progetti l'importante capitolo dedicato agli studi per la prevenzione dai rischi connessi con l'ospedalizzazione; spesso infatti i pazienti sono vittime di errori nelle medicazioni.

In terzo luogo, va considerata l'utilizzazione delle risorse: si tratta naturalmente degli studi tradizionali sui raggi x, sulle analisi, sulle riammissioni negli ospedali e sulla eccessiva durata del rico-

vero ospedaliero. Tali ricerche ci offrono la possibilità di valutare i problemi inserendo le segnalazioni dei pazienti nel concetto globale della qualità multifattoriale.

Naturalmente, ciascun ospedale ottiene risultati diversi dal punto di vista dell'efficacia. Sono trascorsi anni tra l'avvio dei progetti-VRQ e la fase della valutazione ed è, quindi, difficile dimostrare che le situazioni siano migliorate grazie all'attività intrapresa. In alcuni casi si può ipotizzare che il miglioramento si sia prodotto contestualmente al progresso delle conoscenze mediche. Posso comunque indicare alcuni risultati che provengono dai miei ospedali, ponendo a confronto i dati del 1983 con quelli del 1986. Essi riguardano i campioni anatomici non sottoposti all'esame patologico che all'inizio del progetto rappresentavano l'8 per cento e sono passati allo 0,7 per cento nel 1986. Questo dato riguarda 10 mila operazioni in un anno, quindi la differenza percentuale è piuttosto significativa.

Disponiamo inoltre dei dati relativi agli interventi chirurgici non necessari: mi riferisco alle appendicectomie superflue, alle isterectomie, alle amputazioni e ad altre operazioni più comuni.

Si sono poi svolti alcuni studi sull'impiego razionale degli antibiotici, grazie al quale si sono ottenuti risparmi dell'ordine di milioni di *pesetas*.

Alcuni problemi derivano dall'aumento delle risorse utilizzate quando si avviano progetti di tal genere; per esempio, nel nostro ospedale si è registrato un incremento nell'uso della morfina e degli psicofarmaci.

Si è invece notata una diminuzione dal 40 al 10-20 per cento del ricorso ad analisi urgenti ed anche delle riospedalizzazioni. Si è inoltre rilevato un miglioramento nel tasso delle infezioni e nella documentazione ospedaliera.

Come vi ho accennato, abbiamo cercato di considerare i giudizi dei pazienti nei nostri programmi. In Spagna abbiamo previsto con legge la nomina di un funzionario incaricato di ricevere le lagnanze e i suggerimenti dei pazienti. Tale

decisione è scaturita innanzitutto dall'esigenza di garantire che i diritti dei pazienti fossero rispettati e salvaguardati nell'ospedale; in secondo luogo dalla necessità di individuare i problemi; infine dalla convinzione di poter in tal modo migliorare l'immagine dei centri sanitari nel nostro paese.

Questi sono i risultati ottenuti nel mio ospedale nel corso del primo anno di attuazione di tale normativa. Abbiamo ricevuto 1.200 lagnanze scritte dei pazienti e abbiamo scoperto che quasi il 50 per cento si riferiva ad aspetti connessi con l'operato dei medici.

I pazienti si lamentano perché le liste di attesa sono troppo lunghe; rilevano la difficoltà incontrata per informarsi sull'orario di visita a causa dello scarso funzionamento dei telefoni; criticano poi la gestione ospedaliera perché le operazioni vengono rinviate e non è possibile essere sottoposti all'intervento chirurgico nel momento in cui occorre (come accade in tutti i paesi meridionali), o perché le attese negli ospedali e negli ambulatori prima di essere visitati dal medico sono troppo lunghe; inoltre, in molti casi dimostrano di non condividere la procedura assistenziale.

Mi rendo conto di non comunicarvi nulla di nuovo, sto semplicemente cercando di ribadire che il tentativo di quantificare i problemi esistenti all'interno dei complessi sanitari consente agli ospedali di migliorare l'assistenza.

Non è mia intenzione parlare della ricerca o dei progetti nuovi: desidero solo affrontare il problema del comportamento di medici e infermieri.

Per quanto riguarda poi i possibili risparmi per gli ospedali, intendo proiettare alcune diapositive del professor Donabedian che cercano di determinare un rapporto tra la VRQ e i costi. Secondo il professore, la VRQ ha due campi di intervento: il controllo dell'uso delle risorse e gli aspetti tecnici della qualità. Il controllo dell'utilizzo delle risorse può consentire di ridurre i costi dell'assistenza necessaria e limitare le cure superflue o nocive. Se invece tentiamo di valutare

l'aspetto tecnico dell'assistenza, probabilmente ridurremo l'assistenza dannosa, ma scopriremo anche nuove esigenze. Tutto ciò farà migliorare il livello qualitativo dell'assistenza, ma determinerà anche un aumento dei costi.

Naturalmente dobbiamo considerare anche le spese per la realizzazione di tali programmi, anche se nel nostro paese i costi sono molto bassi. L'ospedale che si è maggiormente impegnato in questi progetti ha assegnato l'incarico di realizzarli ad un medico e ad un'infermiera; ma la gran parte degli ospedali ha impegnato un solo responsabile in entrambi i progetti.

Tali studi ovviamente considerano anche l'assistenza a lungo termine, perché se si migliora lo stato di salute si accrescono i costi per il servizio sanitario a causa della maggiore longevità della popolazione. Infatti, come è noto, gli anziani hanno bisogno di particolari cure; a fronte di ciò vi sono però alcune riduzioni di costi grazie all'aumento della capacità lavorativa.

La discussione sui risparmi o meno è quindi assai complessa; forse però affrontando tali problematiche sarà possibile elaborare una serie di considerazioni sul modo in cui le leggi possono contribuire ad introdurre programmi di VRQ in un dato paese.

Sono sicura che i sistemi di accreditamento ufficiale possano contribuire ad introdurre il concetto di qualità. In Spagna nel 1981 è stato adottato un sistema di accreditamento che è inteso alla eventuale chiusura di alcuni ospedali ma prevede la possibilità di svolgere attività didattiche al loro interno. Gli ospedali che non ottengono tali riconoscimenti non possono addestrare il loro personale sanitario; ovviamente però gli ospedali desiderano avere tale opportunità. Si potrebbero quindi introdurre sistemi di accreditamento eventualmente connessi con la possibilità di svolgere attività didattiche.

È altresì interessante rilevare che nessun ospedale può applicare il medesimo sistema; sarebbe pertanto opportuno pro-

porre una legge che incoraggiasse l'introduzione di programmi di VRQ in ogni tipo di struttura sanitaria, evitando l'imposizione di un sistema unico.

In Spagna abbiamo trascurato l'esistenza di un'assistenza sanitaria di base e di una a lungo termine: nel prevedere l'adozione di programmi di VRQ è necessario tener presente che esistono diverse strutture di assistenza sanitaria che possono beneficiarne. Poiché nel mio paese non abbiamo una legge che preveda la verifica della qualità nell'assistenza sanitaria di base, il ministero competente deve compiere un grosso sforzo per assicurare in questo settore un elevamento qualitativo. Negli ospedali, invece, ciò è più facile perché è espressamente richiesto dalla legge ed esiste una maggiore disponibilità da parte delle categorie professionali.

Inoltre, desidero sottolineare che l'unico modo per garantire l'impegno degli operatori del settore è quello della partecipazione volontaria che può essere più o meno incoraggiata, ma non può essere resa obbligatoria.

Ritengo importante il riconoscimento dell'esigenza di un qualche incentivo; sono pienamente d'accordo con chi sostiene che i medici non dovrebbero essere compensati ulteriormente per ciò che rientra nei loro doveri. Tuttavia, dovrebbe essere introdotta una forma di differenziazione tra i medici che garantiscono una prestazione ottimale e quelli che non lo fanno.

In conclusione, ritengo di poter affermare che nel nostro paese abbiamo raggiunto un livello accettabile di sviluppo dei programmi di VRQ grazie anche alla legislazione che ci ha costretti a farlo. Sono consapevole che in altri paesi europei non si è raggiunto un consenso circa l'emanazione di leggi che obblighino ogni istituzione ad attuare tali programmi; debbo comunque ribadire che, almeno in Spagna, abbiamo cominciato ad agire proprio grazie ad una legge. Ritengo, per esempio, che esistano buone possibilità di adottare provvedimenti analoghi in Italia.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Zangrandi, il professor Tognoni e la professoressa Sunol Sala per la loro esposizione.

GIROLAMO SIRCHIA, *Segretario della Federazione italiana della società di medicina e primario dell'Istituto immunotrasfusionale del Policlinico di Milano.* Da trent'anni lavoro nel Policlinico di Milano ed ho sempre sentito parlare del prontuario terapeutico e dei vantaggi che esso comporterebbe. Più volte ho ascoltato il discorso fatto in questa sede dal professor Tognoni, però non credo che, fino ad ora, il prontuario terapeutico abbia dato i risultati sperati, tanto che ci troviamo ancora a dire che le cose non vanno bene. Il motivo è molto semplice: il prontuario terapeutico è, in pratica, il taccone applicato ad una situazione che deve essere sanata.

A mio avviso, dovrebbe essere affrontato il problema delle priorità e dei relativi investimenti. A me sembra che siano già emerse alcune priorità, tra le quali l'educazione sanitaria. La gente deve sapere che assumere farmaci è dannoso. In realtà, chi si reca da un medico ha l'abitudine di criticare il fatto che questi non abbia prescritto alcuna medicina o esame. Si tratta di concezioni che devono essere cambiate ma, purtroppo, in questo paese, la cultura sanitaria non riceve l'attenzione che merita.

Per quanto riguarda l'educazione del medico - di cui si è già parlato questa mattina - dobbiamo dire che questi non è colto come noi vorremmo. In proposito si ripropone il discorso della certificazione necessaria affinché il medico possa proseguire la sua carriera o mantenere la convenzione; non è ancora stato individuato il soggetto che deve procedere a tale certificazione. A mio avviso, simili compiti dovrebbero essere affidati ad agenzie che, su delega dello Stato ed in base a progetti ben definiti, eseguono il lavoro e predispongono poi un rendiconto.

Un'altra questione da affrontare riguarda la *quality assurance*: in altre pa-

role, bisognerebbe « sradicare » le abitudini dei medici.

Vi è poi il sistema informativo: non dimentichiamo che senza informazione non è possibile apportare correttivi.

A mio parere, questi punti sono stati poco valorizzati e soprattutto non sono state ben individuate le priorità degli investimenti.

Infine, vorrei citare un aneddoto sull'uso dei farmaci nell'Ospedale maggiore. Abbiamo scoperto per caso che uno su due dei nostri ricoverati assume ogni giorno un tranquillante. La ragione è abbastanza ovvia: la sera si dà all'ammalato un Valium affinché dorma e, quindi, non dia noia. Questo è il segno della mancanza di cultura del personale medico ed infermieristico.

In conclusione, ribadisco la necessità di identificare le priorità e di fare investimenti adeguati.

LUIGI BENEVELLI. La relazione del professor Zangrandi ha richiamato alla nostra mente i problemi dell'organizzazione sanitaria che ci sconcertano e addolorano; tuttavia, per amore del vero, va riconosciuto che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale - che rappresenta la più grande riforma organica cui si è pervenuti in Italia negli ultimi anni - avrebbe dovuto essere accompagnata da una serie di modifiche concernenti il funzionamento delle strutture. Quanto detto dal professor Zangrandi è vero, ma è anche vero che non esiste un settore della pubblica amministrazione che funzioni secondo criteri di responsabilità e trasparenza (non dico di « managerialità » perché pretenderei troppo). Quindi, da questo punto di vista, va tenuto conto dell'estrema difficoltà - aggravata dal modo in cui i mezzi di comunicazione di massa riferiscono in ordine ai temi dell'organizzazione sanitaria nel nostro paese - che si incontra nell'introdurre cambiamenti in un settore caratterizzato, più degli altri, da grande inquietudine ed importanti innovazioni. Ci si trova, poi, invece, a discutere, addirittura in occasione dell'esame di un decreto, di nuove titolarità,

riforma delle procedure e dei sistemi di finanziamento, *management*, e così via, per questo ramo della pubblica amministrazione.

Attualmente, gli operatori della sanità, cioè coloro che dovrebbero essere i protagonisti di un'azione di rinnovamento, anche autogovernata, si trovano ad affrontare da soli i problemi; per esempio, è vero che il farmaco rappresenta un *business*, ma occorre osservare che le informazioni fornite dal Ministero della sanità sono solo quelle contenute in un bollettino illeggibile. I medici, in particolare, sono lasciati da soli poiché non vi è nessuno — a parte qualcuno che meritoriamente istituisce qualche osservatorio o assume isolate iniziative — che indichi parametri di riferimento differenti da quelli del *business*.

È quindi evidente che gli operatori, a causa delle gravissime carenze, se non dell'assenza, di un sistema di formazione e di aggiornamento permanente, sono assolutamente inermi. In proposito, deve essere soprattutto evidenziata un'esigenza: al fine di poter introdurre reali innovazioni e rendere più trasparente il rapporto tra politica e gestione, occorre solidità di governo, in primo luogo a livello centrale. Diversamente, sono le singole comunità locali che si devono « arrangiare ». Infatti, dove vengono condotti i *surveys*, le indagini? In alcune regioni del centro-nord.

L'assenza di una realtà solida di governo a livello centrale rende assolutamente frammentario, immanovrabile il sistema, il cui occasionale buon andamento è collegato soltanto al senso di responsabilità di singoli individui; in tal modo, non può essere garantito l'esercizio dei diritti. L'esperienza degli ultimi dieci anni, a mio avviso, convalida la seguente valutazione: non è possibile pretendere che sia l'autoeducazione degli operatori e degli utenti dei servizi a migliorare il livello dell'assistenza.

Può essere citata, quale esempio, la recente vicenda relativa ai *ticket*; che cosa è stato dimostrato in tale occasione? Che si ritiene l'Italia abitata da cittadini che

amano rimanere a lungo in ospedale, prendere molti farmaci ed effettuare esami « tre volte al giorno, prima dei pasti »! Effettivamente, in relazione a tali problemi, occorre verificare e punire l'eccessivo consumo, però l'approccio di una certa cultura di governo non consente il controllo degli elementi di qualità nella spesa. Quanto sosteneva il professor Tognoni con la consueta efficacia corrisponde all'esemplificazione dell'accettazione oggettiva della pervasività degli elementi di *business* in questioni collegate all'etica (se è vero che i farmaci di cui si discute sono etici).

In conclusione, desidero esplicitare, anche in termini di sconforto personale, l'esigenza di un governo autorevole della sanità, unico soggetto che può svolgere un ruolo di leva per far avanzare il sistema ed evitare che esistano soltanto singole esperienze con portata limitata.

MARIELLA GRAMAGLIA. Desidero rivolgere due sintetiche domande al professor Tognoni. Questi ha riferito con chiarezza (anche mediante il supporto pratico della documentazione relativa alla città di Verona) sulla quota rilevante — addirittura maggioritaria nel caso esposto — di farmaci « senza giustificazione farmacologica ». Quest'ultima espressione corrisponde a quelle, utilizzate altre volte, come « farmaci inutili » oppure « di non comprovata efficacia terapeutica ». Si tratta di un problema di controllo della qualità, relativamente al quale la decisionalità dell'operatore politico può essere molto maggiore rispetto ad altre questioni (come quella, esaminata questa mattina) per le quali l'elemento della soggettività clinica è più influente.

Desidero sostanzialmente richiamare l'opportunità di un tentativo, da parte del soggetto politico, di snellimento — anche molto sostanziale — del prontuario terapeutico attualmente adottato in Italia. Il professor Tognoni sicuramente sa che in proposito vi sono state ampie discussioni e sono sorti considerevoli conflitti politici, all'interno sia della Commissione affari sociali sia dell'intero Parlamento, sui

quali è inutile per il momento tornare. Sono, piuttosto, interessata a richiedere un parere tecnico in materia, proprio perché è molto difficile, nel dibattito politico, individuare criteri di oggettività cui riferirsi e che non vengano utilizzati come strumenti di lotta politica.

Il gruppo della sinistra indipendente ha ritenuto opportuno riferirsi al criterio, giudicato da altri gruppi estremamente radicale, del farmaco essenziale secondo la lista OMS (se non erro, la quinta) applicata alle epidemiologie dei paesi a capitalismo maturo. Il suddetto criterio, in base al quale il prontuario terapeutico verrebbe consistentemente ridimensionato, è stato ritenuto dai colleghi di altri gruppi parlamentari, oltre che estremamente radicale, « massimalista » e pericoloso per gli assetti e gli equilibri attuali del Servizio sanitario nazionale e del rapporto medico-paziente. Vorrei, dunque, che il professor Tognoni, esprimendo un giudizio tecnico, ci dicesse se il criterio dell'essenzialità e del riferimento alla lista OMS aggiornata per i paesi a capitalismo maturo possa essere utile per il soggetto politico nel tentativo di razionalizzare la qualità dell'erogazione del servizio in campo farmacologico, oppure se esso vada effettivamente ritenuto « massimalista ».

Una seconda domanda è relativa al già citato caso di Verona. I medici della città prescrivono ai loro pazienti quindici farmaci inutili su venticinque. Allora, dato che tendo ad escludere, in quanto ho fiducia nell'umanità, che la gente sia programmaticamente cinica e cattiva, vorrei sapere se sia stata effettuata un'analisi motivazionale nei riguardi di tali medici e sulla ragione per cui prescrivano farmaci inutili. I motivi possono essere ricercati in un'inadeguata formazione ed in un loro scarso aggiornamento oppure nell'instaurarsi di un meccanismo di *transfert*, di complicità, per cui, in realtà, è il medico che non riesce ad opporsi al paziente, mentre noi, in qualità di pazienti o potenziali tali, riteniamo che sia il secondo a non resistere al primo. Un'altra possibilità, cui è già stato accennato, è

rappresentata dal tempo; in pratica, per procedere in modo diverso rispetto alla semplice prescrizione del farmaco occorre tempo e, quindi, impiego di risorse e di denaro. In conclusione, vorrei capire se, oltre ad un'analisi della quantità dei farmaci inutili, ne sia stata effettuata anche una sui motivi del comportamento del medico.

PLINIO PINNA PINTOR, *Direttore della Fondazione Arturo Pinna Pintor di Milano.* Mi riferisco all'intervento del professor Zangrandi per quanto concerne il problema della sfiducia evidenziatasi nell'indagine riguardante il nord Italia. La mia esperienza, anche se molto limitata, mi induce a confermare pienamente i tentativi di introdurre una verifica di qualità nell'ambiente privato ed una forte resistenza da parte del corpo dei medici, probabilmente motivata dal timore di controlli e, soprattutto, dall'incomprensione dello scopo e delle metodologie di questo processo.

La soluzione empirica che ho adottato è quella di effettuare un controllo quotidiano degli inconvenienti; poiché ogni giorno se ne verifica qualcuno, è necessario che il direttore sanitario (o comunque la persona responsabile) si prenda cura di registrare tutti gli ostacoli incontrati e, con grande semplicità, stabilisca i necessari percorsi. È chiaro che si tratta di esempi molto particolari e probabilmente non riproducibili nelle grandi organizzazioni; forse è anche per tale motivo che gli organismi che superano una certa dimensione non riescono a funzionare, in quanto è indispensabile, al fine di individuare le difficoltà – si tratta della prima fase della verifica di qualità – raccogliere le proteste della gente. Il processo di informazione è stato inadeguato ed ha creato una serie di problemi; la cattiva circolazione delle notizie è uno degli eventi più nefasti che si verificano negli ospedali, grandi o piccoli che siano.

Per quanto riguarda la questione dello specialista come riferimento, ho un'esperienza personale, maturata negli ultimi anni, in merito ai corsi di aggiornamento

nelle organizzazioni professionali. Credo che la strada più proficua sia non quella di presentare protocolli in relazione ai percorsi diagnostici, bensì quella di fare riferimento ai *consensus*, cioè ai più recenti e provati schemi diagnostici applicati in tutto il mondo. Esistono in merito pareri discordi, ma vi sono alcuni punti fondamentali che incidono poi sulle scelte diagnostiche e, quindi, sulle tappe da percorrere e sui relativi costi.

All'interno della mia specializzazione, la cardiologia, si evidenzia ancora qualche contrasto circa l'opportunità di effettuare diagnostiche invasive o non invasive; il problema dovrebbe essere risolto, come giustamente ha detto il professor Zangrandi, nell'ambito professionale. Infatti, non si vede assolutamente come possa essere introdotto un elemento estraneo di riduzione dei costi in un simile contesto, perché tale riduzione sovente si trasforma in un aumento dei costi stessi. Per esempio, esistono indagini invasive apparentemente costose ed indagini non invasive apparentemente poco costose; se si considera il rapporto costo-beneficio non in riferimento al singolo esame ma a tutto il processo che ne seguirà (diagnosi non effettuate, rischi di patologie aggravate e, di conseguenza, aumento delle ospedalizzazioni), probabilmente l'indagine più costosa si rivela quella meno costosa. In sostanza, non ci si deve limitare a valutare il costo del singolo esame.

Abbiamo assistito, dopo l'approvazione della legge finanziaria e ancora più recentemente, ad una serie di limitazioni focalizzate sui costi delle singole indagini. È chiaro che, se queste ultime sono effettuate non correttamente e senza ragione, si trasformano in costi puri che non producono alcun beneficio; al contrario, se tali indagini vengono inserite in un processo diagnostico serio ed aggiornato, è possibile che producano un risparmio di denaro. Quindi, il concetto di costo-beneficio nelle procedure diagnostiche dovrebbe essere enfatizzato nell'ambito dei corsi di aggiornamento che vengono sistematicamente effettuati, sia pure in maniera volontaristica e disorganica, con un

reale miglioramento generale della specialità, almeno in relazione agli aspetti diagnostici.

Per quanto riguarda la prescrizione di farmaci, non ho alcuna specifica competenza.

Quanto alla questione manageriale, vale il discorso fatto precedentemente: la verifica continua degli inconvenienti conduce ad un miglioramento manageriale, con limitazione di sprechi e senza prolungamenti di procedure. Ciò di per sé rappresenta un beneficio economico.

SERGIO PADERNI, *Direttore dell'ufficio per la programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Vorrei far notare che cinque anni fa un'indagine come quella odierna non sarebbe stata nemmeno lontanamente immaginabile; ciò significa che, nonostante tutto, un processo culturale è venuto avanti e che, in fin dei conti, è emersa una certa sensibilità nei confronti del problema.

Questa mattina ho cercato di dimostrare che l'amministrazione centrale, quel governo forte che veniva invocato, almeno su questo versante è stato lungimirante: ha provveduto per tempo ed ha creato le condizioni per iniziare ad attivare il sistema. A questo punto, ci troviamo come Giano bifronte: possiamo guardare, con la testa all'indietro, alle cose che non hanno funzionato, andare avanti altri dieci anni e, con l'esperienza del passato, dire che nel futuro non si farà nulla di meglio; oppure, possiamo guardare avanti con l'entusiasmo « megalattico » di cui ha parlato questa mattina il professor Zanetti e, con quell'entusiasmo, affermare che stiamo iniziando a sistematizzare i percorsi, anche sulla base delle esperienze degli altri paesi, per passare dalle mere petizioni di principio alla realtà.

Credo sia emerso un elemento importantissimo, cioè che uno dei fattori critici del processo è rappresentato dall'adeguatezza e, in qualche caso, dall'inesistenza della formazione di base, in quanto l'università non offre neanche la minima collaborazione in questo senso.

Pertanto, la Commissione affari sociali della Camera deve farsi carico di investire della questione l'altro ramo del Parlamento, in cui sono presenti politici aperti e sensibili al problema (penso, per esempio, al senatore Bompiani).

Per quanto riguarda l'aggiornamento e la formazione permanente, ritengo che il Governo abbia predisposto un piano organico che parte dal riordinamento istituzionale delle USL, la riorganizzazione della rete ospedaliera, la riqualificazione degli *standard* quantitativi e qualitativi del personale, un piano di investimenti per realizzare condizioni, strutture ed attrezzature all'altezza della situazione, nonché sistemi integrati di controllo sui meccanismi di spesa (lettura ottica, DRG, osservatorio dei prezzi e delle tecnologie e sistema degli indicatori di *performances* che attivano i piani di intervento a breve termine, con i quali misurare i risultati, anno per anno, delle correzioni introdotte). Quindi, nella logica sostenuta questa mattina, non sono necessari soltanto rapporti per individuare disfunzioni, ma anche una programmazione degli interventi di breve periodo, da realizzarsi nell'esercizio successivo, i cui risultati siano in qualche modo quantificabili. A questi ultimi dovrebbero essere agganciati gli incentivi di produttività che, invece, attualmente vengono erogati, per così dire, « a pioggia », in relazione a prestazioni di cui non si può verificare l'utilità.

Oltretutto, è necessario individuare talune priorità: nel Piano sanitario nazionale ne sono previste otto rispetto alle quindici originariamente indicate dal Parlamento. All'interno di queste otto priorità vengono specificate le cifre relative ad ogni singolo componente di azione. Tuttavia, nella strategia ministeriale manca un elemento fondamentale che potrebbe diventare un obiettivo da perseguire mediante la prossima legge finanziaria: si tratta, in sostanza, di un investimento straordinario finalizzato al fattore umano, analogamente a quanto è avvenuto per gli immobili e le attrezzature. Sarebbe, infatti, questo l'elemento conclusivo e qualificante della politica attual-

mente impostata dal Ministero, per la cui attuazione sarà necessario indubbiamente molto tempo, durante il quale si dovranno condurre numerose battaglie, alcune delle quali saranno vinte ed altre perse. L'importante, tuttavia, è stabilire che l'obiettivo prioritario da perseguire debba essere quello di trasformare le considerazioni svolte in questa sede in una realtà concreta, in cui la pubblica amministrazione dovrebbe creare le condizioni affinché il processo si sviluppi spontaneamente in un quadro normativo che dia ad esso una legittimazione giuridica.

In conclusione, l'elemento principale che emerge dagli interventi finora effettuati e che sottopongo all'attenzione del presidente è rappresentato dalla necessità di promuovere un consistente investimento finalizzato al fattore umano, in analogia con quanto è avvenuto, sia pure tardivamente, nel settore delle attrezzature. Ritengo che tale obiettivo dovrebbe essere conseguito a partire dal momento dell'esame della prossima legge finanziaria.

ANTONELLO ZANGRANDI, *Capo area pubblica amministrazione dell'università Bocconi di Milano*. Desidero svolgere essenzialmente due considerazioni. La prima parte dalla constatazione che i processi di cambiamento attuati in tutte le organizzazioni, e quindi anche nella sanità, sono lunghi e complessi. Inoltre, non si può dimenticare che ci muoviamo nell'ambito della pubblica amministrazione e, all'interno di questa, nel settore sanitario.

Una serie di ricerche effettuate in tutto il mondo dimostrano che tale settore è caratterizzato da una grande autonomia clinica; pertanto, qualsiasi cambiamento non può essere attuato in via gerarchica, bensì attraverso altre modalità. Inoltre, nell'ambito della pubblica amministrazione i sistemi di controllo e di programmazione sono tendenzialmente connessi con gli atti sanitari e con quelli amministrativi. Non a caso, tutti gli atti amministrativi rientrano nella competenza dei comitati regionali di controllo

e, nello stesso tempo, tutti gli aspetti burocratici relativi al funzionamento delle unità sanitarie locali sono collegati con atti amministrativi, in quanto non esiste alcun altro tipo di controllo, neanche dal punto di vista dell'efficienza. A titolo di esempio, vorrei ricordare che normalmente in Italia non si conosce il costo di una singola divisione o di un servizio distrettuale; tali costi, infatti, possono essere individuati soltanto mediante apposite ricerche.

Ciò significa che evidentemente ci troviamo in presenza di organizzazioni molto particolari, tanto che Mintzberg le ha definite « burocrazie professionali », all'interno delle quali i processi di trasformazione richiedono tempi e modalità del tutto specifici, legati all'azione di operatori professionisti che godono di una certa autonomia. Conseguentemente, soltanto nell'ambito di questa autonomia si può effettuare il cambiamento desiderato.

Tuttavia, non si può dimenticare che per conseguire tali trasformazioni è necessario definire delle « aree di risultato ». Ciò vale per tutte le organizzazioni e, quindi, anche per quella sanitaria. Conseguentemente, il primo obiettivo da perseguire è rappresentato dalla definizione di tali « aree di risultato », nell'ambito delle quali individuare specifiche responsabilità commisurate ai complessivi risultati di gestione. Si tratta, in effetti, di un procedimento innovativo, soprattutto per quanto riguarda la pubblica amministrazione. Tuttavia, ritengo che non vi siano altri modi per uscire dall'attuale *impasse*, che rischierebbe di trasformarsi in pessimismo, nonostante le dichiarazioni ottimistiche del professor Paderni.

La seconda considerazione che intendo svolgere fa riferimento al ruolo che può essere svolto dalle attrezzature informatiche nella progettazione di sistemi di valutazione precisi e coerenti dell'attività ospedaliera o di altro genere. In proposito, dal momento che non esistono meccanismi premianti in questo senso, spesso i sistemi informatici sono legati ad aspetti specifici e non alla gestione complessiva.

Ritengo, quindi, che a livello di Servizio sanitario nazionale si dovrebbero effettuare investimenti finalizzati alla realizzazione di sistemi informatici in grado di rilevare in modo sistematico e continuo i risultati delle attività svolte nell'ambito dello stesso Servizio sanitario nazionale. Soltanto in questo modo, infatti, sarà possibile ottenere in futuro ottimi risultati.

GIANNI TOGNONI, *Capo del laboratorio di farmacologia dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano*. Nell'esprimere il mio rammarico per il fatto che il professor Sirchia non abbia potuto seguire la prima parte del mio precedente intervento, vorrei precisare che probabilmente affrontare i problemi del settore sanitario prendendo come osservatorio il Policlinico rappresenta forse il peggiore approccio ai suddetti problemi (o forse, da un certo punto di vista, il migliore).

Entrando nel merito del mio intervento, desidero precisare che i prontuari terapeutici (compresi quelli ospedalieri), anche in una situazione piuttosto disastrosa come quella del mercato, hanno funzionato laddove sono stati correttamente applicati. Se, invece, nell'ambito del Policlinico o di altre strutture ospedaliere essi non vengono considerati accettabili, certamente non possono funzionare.

A titolo di esempio, vorrei citare il fatto che nell'area di Milano, mediante una corretta applicazione del prontuario terapeutico, la spesa per i farmaci è pari ad un terzo di quella che si registra in altre aree del paese; nello stesso tempo, si può disporre di tutti i farmaci necessari.

A questo punto, si pone un problema che era già stato evidenziato nella domanda posta dal professor Sirchia: in sostanza, si deve stabilire se, nel momento in cui si affronta il problema della valutazione della qualità del servizio, sia importante l'aspetto della managerialità e se si debba necessariamente prescindere dalle macrovariabili. Nel caso in cui si accettasse la tesi secondo cui queste ultime non possono essere toccate, si fini-

rebbe per agire come i *manager* della *quality assurance* o della Bocconi, limitandosi alle microvariabili.

Si pone, quindi, un problema molto evidente: ci troviamo, infatti, in presenza di una macrovariabile di mercato che si decide di considerare *off limits*. Una volta chiarito questo aspetto, sarebbe opportuno non continuare a giocare ed a prenderci in giro, ricorrendo, per esempio, al discorso sui *ticket*. Così facendo, infatti, si alimenta un fenomeno di « sottocultura » ed un falso dibattito politico, ove si consideri che i termini del problema sono noti da almeno dieci anni, nel corso dei quali si è provveduto a renderli diffusamente conoscibili, soprattutto in seguito alla presa d'atto da parte delle commissioni governative, dei sindacati e dell'industria.

Ogni qualvolta ci si accinge a predisporre il piano di spesa per i farmaci si afferma che nel settore è intervenuto un aumento pari al 20 per cento: si tratta di una constatazione già nota prima ancora che si ponesse mano alla redazione del piano! In particolare l'aumento riguarda non i consumi, bensì i costi, come messo in evidenza dai rilievi effettuati dagli osservatori operanti ormai da otto anni. In tutti i paesi europei, in definitiva, si è pervenuti ad un limite non superabile per quanto concerne l'assunzione dei farmaci.

In conclusione, nel momento in cui si programma un aumento del 20 per cento di un bilancio pari ad 11 mila miliardi non si può sostenere la pretesa di realizzare un risparmio di 200 miliardi sulla base di iniziative fantastiche, perché l'obiettivo è poco credibile.

Affrontando il secondo punto del rapporto tra microvariabili e macrovariabili, si individua un problema di *quality assurance* e della credibilità, sotto il profilo tecnico, dei livelli più alti, rappresentati dai numerosi policlinici o dalle università. L'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (non, quindi, l'ufficio per i paesi in via di sviluppo) ha presentato ufficialmente una richiesta di censura, poiché ha constatato che in Ita-

lia non sono praticati insegnamenti di farmacologia clinica connessi con il problema della salute pubblica e non esclusivamente con i farmaci. Tale iniziativa conferma l'assenza di programmi in materia di valutazione controllata dei farmaci. La censura, ovviamente, è stata accettata dalla comunità scientifica italiana. Per tale ragione, ritengo sia inutile rivendicare ruoli di *manager* a fronte di una situazione tanto negativa.

La direzione generale del servizio farmaceutico del Ministero della sanità è l'unico organismo che ha manifestato di condividere talune esigenze fondamentali tra cui, innanzitutto, la necessità di creare un ufficio studi. Se si pensa che un'azienda che eroga ogni anno una cifra pari a 13 mila miliardi non è dotata di un ufficio studi, la situazione appare insostenibile soprattutto a fronte dell'esperienza di altri paesi. La Svezia, per esempio, impiega circa 100 unità di personale nella ricerca farmacologica ed epidemiologica. La spesa complessiva per questo personale, nonostante sia elevata, rappresenta un quinto del costo di qualsiasi farmaco inutile presente sul mercato.

In definitiva, le macrovariabili assumono un'importanza fondamentale, dal momento che il mancato ricorso ad esse creerebbe una situazione paragonabile a quella di chi, volendo cimentarsi in esercizi matematici, si limiti a disegnare le aste.

Quanto alle prospettive di intervento, non sono portato a credere alla possibilità che lo Stato manifesti la capacità di porre in essere un'attività che ha dimostrato di non saper svolgere in un settore rispetto al quale non ha acquisito alcuna competenza specifica. Affidare ad un'agenzia, per quanto capace, il privilegio di assumere iniziative nel settore non rappresenta certamente, a mio parere, la migliore soluzione. Diffido molto delle scelte di monocultura e riterrei già sufficiente l'avvio di programmi organici. Per esempio, se si demandasse la responsabilità di ciascun aderente al solo ordine dei medici si realizzerebbe una scelta monoturale, a mio avviso non auspicabile.

La proposta di avviare programmi dimostrativi nazionali volti a formulare una valutazione della qualità, nel cui ambito sia chiaro il rapporto tra macro e microvariabili, è indubbiamente apprezzabile, anche perché potrebbe rappresentare l'occasione per prendere in considerazione, finalmente, determinate macrovariabili. A tale proposito, ricordo un articolo dell'onorevole Guerzoni nel quale era contenuto un riferimento ad un intervento del presidente della Farindustria in materia di utilizzo dei dati per fini diversi.

Quanto all'individuazione dei farmaci essenziali, auspicata dall'onorevole Gramaglia, ricordo che i relativi criteri sono stati indicati nel commento all'edizione italiana della lista dei farmaci essenziali, dove si dimostra che nessun operatore a livello europeo discute la ragionevolezza e l'ovvietà di applicare una logica ispirata all'utilizzazione esclusiva dei farmaci capaci di produrre benefici, evitando che ad essi corrispondano rischi eccessivi. Tale orientamento è stato confermato in un recente convegno promosso dalla CEE ed anche in un volumetto, di recente pubblicazione, nel quale si elencano i farmaci essenziali. Il discorso, quindi, non riguarda aspetti numerici ma concerne, piuttosto, la necessità che i farmaci risultino utili per il paziente e non per le esigenze di mercato.

Da uno studio condotto in circa 20 USL (tra le quali siamo riusciti ad inserire, a titolo simbolico, una struttura operante nel Meridione) è emerso che i medici di medicina generale prescrivono non più di 250-260 prodotti, equivalenti a non più di 100-150 principi attivi, di cui non più di 80-90 sono principi con documentata efficacia. Tale indagine dimostra come la cultura medica nel nostro paese non consenta di utilizzare un numero di farmaci superiore a quello prescritto solitamente. Anche gli studi condotti negli Stati Uniti ed in Inghilterra hanno dimostrato che solitamente un ospedale non riesce ad usare più di 300 farmaci, nonostante disponga di tutte le specialità in commercio, e la medicina di base non riesce ad impiegare più di 120 farmaci.

Abbiamo condotto alcune indagini in base alle quali abbiamo appurato che i medici di solito riconoscono l'utilità o l'inutilità dei farmaci prescritti nell'80 per cento dei casi. Ciò è dovuto innanzitutto al fatto che al medico non arrivano adeguate informazioni e, in secondo luogo, all'appartenenza del medico ad una cultura ispirata alla considerazione che, se un farmaco è proposto da tante personalità del settore medico, nel momento in cui se ne riconosca l'inutilità sarebbe opportuno investire della questione coloro che hanno proposto l'adozione del farmaco. Per esempio, sul farmaco che agevolerebbe la memoria, recentemente messo in commercio, sono state manifestate perplessità da parte di molti medici, ma ci si è limitati a chiedere che di tali perplessità fossero resi partecipi i 25 neurologi che ne avevano curato la preparazione e la diffusione. Il problema fondamentale, in definitiva, riguarda la credibilità di determinate posizioni.

Un'altra questione da tener presente concerne la legislazione in materia. Non sono in grado di stabilire se vi siano responsabilità di questa Commissione, ma esiste una normativa sull'informazione relativa ai farmaci rispetto alla quale non è dato sapere chi sia preposto al controllo di tale informazione. Il Ministero può dirci di no perché non può controllare nulla, in quanto non dispone di personale proposto al controllo; allo stato attuale, è già tanto se esiste una segreteria.

Dunque, il punto critico sta nel fatto che la propaganda è diventata molto sofisticata. I grossi farmaci che inducono consumi e spese entrano in aree nelle quali la medicina non può far niente. Se, per restare sul concreto, si dice che si possono modificare gli effetti collaterali — è questa una dizione ufficiale di un gruppo di oncologi di Torino — che la somministrazione di ormoni chimici riduce la tossicità da radioterapia, il medico di base rimane perplesso ed il paziente anche; sicuramente tutti noi vorremmo ridurre gli effetti collaterali da radioterapia, magari facendo meglio radioterapia, ma è chiaro che occorre credi-

bilità. Oppure, se di fronte ad un paziente affetto da morbo di Alzheimer si afferma, introducendo una serie di concetti, di aver scoperto, negli ultimi casi, l'esistenza di un mediatore, oppure di aver scoperto che vi sono i ricettori della calcitonina a livello osseo, è chiaro che né i membri di questa Commissione né i medici mettono in dubbio tale affermazione, per la sua serietà e per il fatto che essa sia espressa da certi professori.

Vi è, dunque, un problema di controllo dell'informazione, che fa parte ancora una volta delle variabili « macro » ma che, tuttavia, ha un peso molto forte nel « micro », poiché qualsiasi programma informativo diverso deve fare i conti con il fatto che l'industria farmaceutica ha aumentato esponenzialmente i costi relativi alla cosiddetta informazione scientifica. Per fare un esempio, posso ricordare che il Centro regionale di informazione sul farmaco della regione Lombardia non riceve il suo finanziamento da quattro anni, che questo finanziamento ammonta, in tutto, a 100 milioni e che in Lombardia il problema ha la stessa entità che presenta in Svezia.

Scusandomi per la lunghezza del mio intervento — dovuta alla necessità di affrontare problemi più generali — concludo sottolineando come sia importante pensare che su una questione del genere non solo non si può fare ricerca, ma non si possono neanche impostare discorsi seri qualora vi siano censure prelie. La mia impressione è che esistano pesantissime censure prelie (i dati ci sono ma non vengono utilizzati, o non vengono commentati) e che non si sia credibili se si propone la trasparenza aziendale quando l'azienda produce tossici, cioè cose false, poiché deve esserci trasparenza sia su quanto si produce sia sui metodi con i quali si controlla.

Per quello che riguarda l'importante osservazione fatta dal professor Zangrandi, che deve tuttavia essere riportata alla medicina e non a principi generali, è chiaro che bisogna guardare i risultati. In medicina, nonostante tutto, viene svolta

attività di ricerca e risultati sono stati già ottenuti: è importante non pensare che sia tutto da inventare. Bisogna soltanto trovare interlocutori che sappiano prestare ad essi un'attenzione rivolta alla sostanza e non limitata alla formazione di un nuovo vocabolario.

ROSA SUNOL SALA, *Vice chairman SNAQ Assurance of Barcelona*. Desidero esprimere una breve osservazione a proposito dell'intervento del professor Paderini. Sono pienamente d'accordo sulla necessità di un aggiornamento continuo nelle università e anche in altre sedi, ma vorrei sottolineare che esiste un altro problema a proposito della formazione permanente. Se infatti chiediamo ai professionisti di effettuare la verifica e la revisione della qualità, si suppone che deleghiamo loro una responsabilità. Ciò significa che la società accetta che essi abbiano una possibilità di decisione e che ciò comporterà dei cambiamenti nel sistema di gestione attualmente applicato.

È giusto, come è stato affermato, che i professionisti possano assumere decisioni in ordine alle terapie, alla prescrizione di farmaci o altro; ma è probabile che, se contribuiranno ad individuare i problemi, chiederanno anche di avere maggiori responsabilità o deleghe e solleciteranno cambiamenti nei sistemi di gestione.

Sottolineo quindi come l'introduzione di queste procedure di verifica e revisione comporti non soltanto l'attuazione della formazione permanente, ma anche un cambiamento nel sistema di gestione, rendendolo più decentrato e responsabile: inoltre la società dovrà richiedere al personale medico maggiori responsabilità non solo sul piano decisionale, ma anche in rapporto alla gestione complessiva dell'ospedale.

Ciò naturalmente è molto difficile e può forse spiegare gli ostacoli incontrati nell'introdurre la verifica e la revisione della qualità nei diversi paesi.

PRESIDENTE. Sospendo brevemente i nostri lavori prima di dare inizio alla quarta sessione.

La seduta, sospesa alle 17, è ripresa alle 17,15.

PRESIDENTE. Passiamo alla quarta sessione che ha per oggetto la relazione fra la qualità dell'assistenza ed i risultati economici della gestione, nonché dell'influenza reciproca del quadro normativo e della qualità dell'assistenza sanitaria. I relatori sull'argomento sono il professor Franco Perraro, il professor Peter Reizenstein e il professor Sanford Schwartz.

FRANCO PERRARO, *Presidente della Società italiana di VRQ*. L'argomento che devo trattare si configura come complesso e difficile. Pertanto, cercherò di affrontarlo per singoli temi, svolgendo anche qualche considerazione di carattere introduttivo (vedi allegato n. 4).

I costi della sanità fanno registrare un incremento dovuto alla struttura dello Stato sociale ed alle aspettative delle persone, al progresso medico, con l'elevazione del livello di professionalità, allo sviluppo tecnologico, alla coscienza degli utenti ed all'invecchiamento della popolazione. Tale situazione ingenera preoccupazione nel Governo, nei responsabili, nei dirigenti, negli operatori e, in sostanza, in tutti coloro che sono interessati alle attività del settore.

In questo quadro, essendo le risorse limitate, l'obiettivo è costituito dal buon utilizzo delle stesse, al fine di garantire servizi efficienti, a bassi costi in rapporto agli effetti, con *standard* tecnico-scientifici elevati. Quindi, l'obiettivo di una elevata qualità consiste nell'utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Purtroppo, la qualità non è un concetto univoco e si riflette in una serie di dimensioni: la tecnica, l'economica, l'umana e l'epidemiologica-sociale; inoltre, essa viene raggiunta sulla base di un insieme di vari fattori: l'efficienza, l'efficacia, l'adeguatezza, la componente tecnico-scientifica, il controllo dei rischi e la soddisfazione dei pazienti. In altro senso, la qualità ottimale è definibile come il livello qualitativo più appropriato all'in-

terno del rapporto fra costi di produzione e benefici ottenuti.

In generale, si può dire che inizialmente i miglioramenti qualitativi si ottengono a bassi costi, come, per esempio, nel caso dei paesi in via di sviluppo. Gradualmente, poi, si raggiunge un livello oltre il quale la qualità può anche peggiorare, intervenendo fattori di disturbo che possono incidere sulla situazione.

La medicina abbonda di raccomandazioni significative ma economicamente ingiustificabili e di procedure che vengono proposte sbandierando l'alta qualità delle cure mediche; in questo senso, posso richiamarmi alle considerazioni svolte dal professor Tognoni in materia di farmaci.

Assai rilevante, inoltre, è il concetto di qualità logica; esso consiste nell'efficienza con cui vengono impiegate le informazioni che portano ad una decisione. Nell'ambito di essa, bisogna considerare il fatto che è ben definita l'area in cui si sviluppa il rapporto costi-benefici-qualità. Essa può variare, per esempio, in rapporto allo sviluppo delle tecnologie e delle conoscenze ed al livello della professionalità; tuttavia, per ottenere il rapporto più vantaggioso fra costi e benefici, occorre tener conto di un limite ben preciso.

L'assistenza sanitaria è caratterizzata da molte incertezze, per ridurre le quali si utilizzano norme professionali e sociali a volte fuorvianti. A questo proposito, posso citare l'esempio del rapporto fra medico e paziente. Supponendo che quest'ultimo sia apparentemente sano, non viene considerato un errore il fatto che il medico prescriva procedure diagnostiche e terapia (le quali, ovviamente, comportano spese); viceversa si ritiene un errore la mancata prescrizione di procedure diagnostiche e terapia ad un paziente che, anche sulla base di accurate valutazioni tecnico-scientifiche e professionali, sia risultato apparentemente sano.

Pertanto, bisogna tenere nel debito conto il rapporto costo-beneficio e quello rischio-beneficio, mentre è importante stabilire criteri di buona assistenza e valutare la qualità delle cure.

L'incremento della spesa sanitaria costituisce un dato incontrovertibile, ma, per entrare opportunamente nei meccanismi che presiedono a tale processo, occorre analizzare la composizione della spesa, tenendo nel debito conto le cause, le responsabilità prevalenti, identificando i soggetti e il dove, il come, il quando e il quanto si spende. Altri elementi da prendere in esame riguardano le dinamiche della domanda e dell'offerta, i desideri degli utenti, le aspettative degli operatori, l'organizzazione delle strutture e dei servizi.

Sulla base dei dati recentemente raccolti nel comune di Milano, possiamo verificare la composizione della spesa corrente. Innanzitutto si può constatare che l'assistenza pubblica rappresenta il 39 per cento della spesa; tale grandezza, sommata ai valori relativi agli istituti scientifici ed alle case di cura private, arriva ad un ammontare di oltre il 65 per cento della spesa. Altra quota rilevante, del 12,1 per cento, riguarda il settore della farmaceutica, mentre la specialistica, in modo particolare quella convenzionata, incide per il 6,6 per cento. Sembra che la medicina generale faccia segnare i valori più bassi, mentre in realtà non è così.

Infatti, considerando l'incremento annuale, si registra un aumento della quota per la specialistica addirittura del 56 per cento, per la farmaceutica del 24 per cento, mentre si incrementa anche la spesa ospedaliera.

Inoltre, occorre osservare che gli ospedali milanesi non hanno migliorato il proprio funzionamento nonostante l'incremento del personale di una aliquota abbastanza rilevante. Evidentemente va valutata tutta una serie di problemi.

Alcune spese sono difficilmente comprimibili, come quelle relative al personale, mentre altre sono, non dico facilmente, ma potenzialmente modificabili. Poiché il personale rappresenta circa il 70 per cento dei costi fissi, occorre valutare opportunamente il suo ruolo, prendendo in considerazione la professionalità, il grado di responsabilità e di possibilità decisionali, il tipo di organizzazione.

Nel caso dei medici, occorre dire che essi influiscono con le proprie decisioni su tutte le funzioni di spesa sanitaria e su molte funzioni sociali. Ho detto poc'anzi che la spesa per i medici di base è bassa; in realtà la medicina generale costituisce un enorme induttore di spesa, poiché è all'origine di tutta una serie di funzioni, come il ricovero ospedaliero o la visita specialistica.

D'altra parte, anche il medico ospedaliero è induttore di spesa dal momento che prescrive i farmaci, le indagini diagnostiche e rilascia i certificati, che possono essere di alcuni giorni o di mesi, attestanti la malattia. Gli stessi infermieri, sebbene non sono più direttamente coinvolti come i medici — che ritengo i primi responsabili della spesa sanitaria — possono influenzare i costi con la loro professionalità e la loro capacità di finalizzare l'intervento sulla base dei bisogni dei pazienti.

Vi è poi il settore amministrativo che deve avere la consapevolezza dell'ottimale utilizzazione delle risorse, di una migliore organizzazione e gestione.

Occorre considerare, inoltre, una serie di componenti, come la qualificazione tecnico-scientifica, il numero e la possibilità di utilizzo del personale, la motivazione, la formazione, la legislazione, la contrattazione e la soddisfazione. Non potendo soffermarmi su ciascuno di questi aspetti, vorrei soltanto sottolineare che il numero del personale, per esempio, se troppo elevato, può addirittura arrecare danni al tipo di lavoro poiché comporta la deresponsabilizzazione.

Per quanto riguarda la contrattazione, sappiamo tutti che può influenzare alquanto negativamente la produttività e la qualità dei servizi. Pensiamo, per esempio, al problema del personale infermieristico (al di là della professionalità del medesimo), dove la riduzione del numero delle ore di lavoro settimanali e il pensionamento anticipato hanno determinato un calo quantitativo, e non solo qualitativo, dell'assistenza. Tali effetti, evidentemente, sono stati determinati da decisioni assunte dall'alto.

Vorrei ora riportare un esempio, relativo ai costi di alcune terapie, che riprende quanto affermato poc'anzi dal professor Tognoni. Non è la stessa cosa usare Streptokinasi o Urokinasi in caso di infarto miocardico acuto: il primo farmaco, infatti, ha un costo circa sei volte inferiore rispetto al secondo, come costo unitario di trattamento, e l'effetto è identico. Nel caso degli antiacidi, inoltre, sappiamo che la Ranetidina ha un costo giornaliero di 1.900 lire contro le 540 di un altro antiacido, per esempio il Maalox, che - se non è espressamente richiesto un farmaco preciso - nel caso di gastriti o di gastroduodeniti può dare ottimi risultati. Scegliere un antibiotico piuttosto che un altro, per esempio, se è un discorso di qualità, è certamente anche un discorso di costo: l'Imipenem costa 106 mila lire per trattamento giornaliero, contro le 3 mila dell'Amoxicillina. Si tratta di elementi che devono farci meditare.

All'ospedale di Udine avevamo valutato la spesa generale per farmaci e chemioantibiotici: dal 1983 al 1986 si è verificata una notevole impennata nel campo dei farmaci. Ciò significa che vi è stato un uso eccessivo, per esempio, dell'Urokinasi rispetto allo Streptokinasi, o di altri farmaci più costosi; a tale proposito occorrerebbe un esame più approfondito del problema.

Anche l'antibioticoterapia rappresentava, e rappresenta tuttora, un rimedio importante. Al riguardo abbiamo intrapreso un « programma antibiotici », scegliendo situazioni-traccia particolarmente significative. Per esempio, per quanto riguarda le polmoniti comunitarie, analizzando raggruppamenti di reparti, abbiamo verificato un cambiamento significativo, da quando sono stati introdotti programmi di *quality assurance*, sul piano sia della qualità sia dei costi.

Un altro esempio importante concerne il « progetto sangue ». Ricordo volentieri tale progetto perché esso viene ora sviluppato dal professor Sirchia a livello cooperativo nazionale e dimostra come sia possibile coinvolgere molti centri su problemi di questo genere e come si possa

influenzare, introducendo programmi seri, sia la qualità dell'uso del sangue, degli emocomponenti e degli emoderivati, sia il costo. Nel 1988 si è quasi raggiunto l'obiettivo prefissato per il 1990. L'uso mirato del sangue ha consentito anche un controllo del costo di tutto l'istituto immunotrasfusionale: con l'introduzione di queste meccaniche, mantenendo lo stesso personale ed usufruendo di attrezzature più sofisticate, il costo non è aumentato, anzi si è sensibilmente ridotto. Il professor Sirchia mi diceva poc'anzi di aver registrato addirittura una diminuzione dei costi pari al 20 per cento.

Potrei citare altri dati che dimostrano come sia possibile influire concretamente sui comportamenti, riducendo contemporaneamente i costi. Per esempio, è sensibilmente calato il numero di RX del cranio, di RX del rachide cervicale e di EEG, ed è diminuita la stessa consulenza neurologica. Ciò comporta ovviamente la riduzione dei tempi di degenza e del sovraraffollamento dei reparti diagnostici, oltre alla diminuzione dei costi per esame; pertanto, si ottengono soddisfacenti risultati anche in termini di produttività.

A proposito dell'RX del cranio, proprio ieri all'ospedale Niguarda di Milano sono stati presentati alcuni dati che riguardano una ricerca, attualmente in corso, sulla valutazione della qualità, in cui sono coinvolti l'Istituto Mario Negri, l'Istituto superiore di sanità e la Società di VRQ. È stato effettuato un controllo a campione da cui è emerso un numero considerevole di radiografie del cranio effettuate in caso di trauma cranico lieve: la percentuale è risultata addirittura del 90 per cento.

In realtà, questa percentuale è straordinariamente eccessiva. Sono state costruite linee guida per l'RX del cranio e per il ricovero, a proposito dei quali taluni sostengono argomenti a favore, altri contro. I primi sottolineano il fatto che nulla viene pagato né dal medico, né dal paziente; in questo caso, quindi, non ha alcuna importanza prescrivere un RX del cranio in più - che può tranquillizzare entrambi - ma non vengono fornite ade-

guate informazioni sul rischio che ciò può comportare. I secondi evidenziano, invece, i costi economici (a carico dell'ospedale), la bassa resa (1:3.000 RX cranio non selezionati), nonché il basso valore predittivo di questo tipo di esami. Aggiungo, infine, che se si è certi di aver valutato bene il paziente, non vi sono neanche implicazioni medico-legali.

Prima di concludere, desidero mostrarvi il grafico relativo all'andamento delle richieste presentate nel laboratorio d'urgenza dell'ospedale di Udine. Il numero delle richieste è particolarmente alto nelle ore mattutine (in cui quello d'urgenza diviene, in pratica, un laboratorio ordinario, in quanto è assolutamente impossibile avere una risposta in tempi brevi), mentre scende, invece, nelle ore notturne, in cui i tempi per ottenere una risposta si riducono a pochissimi minuti.

Abbiamo verificato un campione di 200 cartelle ed abbiamo constatato che il 50 per cento delle richieste non si basava su una motivazione valida. Da ciò si deduce la necessità di un coinvolgimento sia del medico, cioè di colui che le prescrive, sia dei meccanismi e delle strategie generali o particolari, individuabili caso per caso.

Per esempio, nel caso del cancro asintomatico del colon, a proposito del rapporto costi-benefici, la Società americana per la ricerca sul cancro evidenzia che la ricerca del sangue occulto nelle feci, eseguita con sei esami sequenziali, comporta, qualora risulti efficace al sesto tentativo, una spesa di 47 milioni di dollari per ogni neoplasia scoperta. Ciò dimostra quanta attenzione debba essere prestata anche al fattore spesa.

La mia convinzione è che sia necessario lavorare sia sul campo della macrovalutazione, sia su quello della microvalutazione. Dobbiamo introdurre metodologie in grado di coinvolgere, nella ricerca, il più alto numero di strutture ospedaliere. In sede CEE dovrebbe essere approvato un tipo di ricerca caratterizzato da ben quattro obiettivi: profilassi antimicrobica in chirurgia, valutazione preoperatoria nei pazienti, ulcere da decubito e docu-

mentazione clinica. Anche se su quel tipo di ricerca non si dovesse trovare un accordo in sede comunitaria, la Società che rappresento cercherà di lanciarlo come programma cooperativo italiano, in quanto contribuirebbe a portare avanti un'opera di sensibilizzazione sia nel campo della qualità, sia in quello del buon utilizzo delle risorse.

PETER REIZENSTEIN, *Chairman ISQA Hematology Stockholm*. Signor presidente, le sono grato per avermi consentito di intervenire ai lavori della Commissione affari sociali.

In Svezia, ogni uomo, donna e bambino paga oggi per l'assistenza sanitaria quasi quanto paga per il vitto e per l'alloggio. È perciò legittimo che i legislatori, ai quali viene costantemente richiesto di aumentare gli stanziamenti per la sanità, formulino determinati quesiti. Per esempio, è possibile anche solo definire la qualità dell'assistenza sanitaria? Quali sono i problemi reali legati alla qualità dell'assistenza? Quest'ultima è migliore nelle regioni ricche o in quelle povere? Oppure negli strati socioeconomici superiori anziché in quelli inferiori? Qual è il costo dell'assistenza sanitaria e della sua verifica di qualità? Qual è il costo della cattiva qualità? È possibile il contenimento dei costi senza un deterioramento della qualità? Se aumenteremo il *budget* della sanità, migliorerà anche la qualità? Se decideremo tagli al bilancio, peggiorerà la qualità?

Affronterò le diverse questioni nella maniera più sintetica possibile.

Il primo quesito è il seguente: si può anche solo definire la qualità dell'assistenza sanitaria ed è possibile misurarla? La risposta, in linea di principio, è affermativa. È vero — è stato qui osservato, talvolta secondo me con una vena leggermente nichilista o relativista — che vi sono settori della medicina in cui la qualità è difficile da definire e misurare, ma vi sono indubbiamente vasti campi nei quali esistono definizioni e metodi di misurazione ben sperimentati ed accettati a livello internazionale, sicché non vi sono

motivi validi per evitare di studiare quello che è possibile studiare, anche se finora non possiamo studiare tutto.

Il secondo quesito è il seguente: c'è bisogno della verifica della qualità? Abbiamo davvero qualche problema, nella nostra opulenta società occidentale, dal punto di vista della qualità dell'assistenza sanitaria? Disgraziatamente, la risposta è ancora una volta affermativa. Vi fornirò alcuni esempi, partendo dalla premessa che taluni problemi sono comuni ai paesi ricchi e a quelli poveri.

Innanzitutto, si riscontrano grandi diversità non solo nella tradizione medica, ma anche nei risultati delle cure mediche. Abbiamo ascoltato alcuni esempi in proposito: la mortalità dopo determinate operazioni, l'impiego di alcuni farmaci e così via.

In secondo luogo, la valutazione del rischio e la sua gestione in medicina sono generalmente insoddisfacenti. Nella letteratura mondiale vi sono molti studi dai quali risulta che gli effetti collaterali dei farmaci, le complicazioni chirurgiche, o fatti banali come le cadute dei pazienti dai letti negli ospedali incidono per un ordine di grandezza che si aggira fra il 10 e il 20 per cento di tutte le giornate di ricovero ospedaliero.

In terzo luogo, le conoscenze si traducono in azione in maniera inadeguata. Vi sono, sì, campi, di cui non si ha una perfetta conoscenza, nei quali i medici sono in disaccordo, ma anche laddove si registra un certo consenso, la gestione effettiva del paziente spesso non corrisponde all'opinione concorde.

In quarto luogo, nell'ambito della Comunità europea si è proceduto ad uno studio sulle complicazioni e sui morti evitabili, il cui numero, veramente spaventoso, è di circa 20-30 mila l'anno.

In quinto luogo, la qualità della gestione dell'assistenza sanitaria è meno buona rispetto alla qualità della gestione industriale. Esiste, quindi, un dislivello manageriale fra l'industria e la sanità.

I problemi sono diversi nei paesi ricchi rispetto a quelli poveri? L'equità, l'uniformità dell'assistenza sanitaria che po-

veri e ricchi possono ottenere nelle cure mediche è un problema maggiormente avvertito in alcuni paesi e in alcune regioni rispetto ad altre. In alcuni sistemi sanitari le liste di attesa rappresentano un problema più grave che in altri. Inoltre, l'impiego inappropriato di farmaci, di procedure chirurgiche diagnostiche rappresenta anch'esso un grosso problema, di cui avete già sentito parlare più volte, come pure la sovrautilizzazione di molte procedure mediche. Vorrei anzi sottolineare che in questo senso la verifica della qualità può portare anche ad un contenimento dei costi. In sostanza, la qualità scadente è un « cattivo affare ».

È stato posto, inoltre, un quesito piuttosto difficile: la medicina costosa è sempre di buona qualità e, viceversa, la medicina meno costosa è sempre di cattiva qualità? Non abbiamo alcuna precisa risposta scientifica a tale quesito. Vi sono, tuttavia, alcuni esempi di paesi con un basso livello di costi sanitari che possono avere un accesso meno buono a procedure come la dialisi renale e determinati tipi di interventi chirurgici. Sappiamo inoltre che in seno alla società sussistono differenze nello stato di salute tra i diversi gruppi socioeconomici. È noto che ciò non è dovuto soltanto all'accessibilità dell'assistenza sanitaria, ma anche allo stile di vita e alle differenze nella richiesta di assistenza sanitaria, e qualche volta alla capacità di superare gli intralci burocratici che si frappongono tra l'utente e il servizio.

Possiamo così avanzare la fondata ipotesi che la medicina costosa possa essere sia buona sia cattiva. Si potrebbe citare l'esempio del servizio sanitario britannico, che ha un sistema di assistenza relativamente non costosa, accompagnata da una bassa mortalità perioperatoria. Invece l'accessibilità ad alcune procedure è meno buona che in altri paesi.

Nemmeno la sovrautilizzazione è un fenomeno esclusivo della medicina costosa. Anche in zone in cui determinate procedure chirurgiche, come per esempio i *by pass* coronarici, sono rare, la percentuale delle operazioni inappropriate è

quasi altrettanto elevata rispetto alle aree in cui si praticano molte di queste operazioni. Quindi non vi è un semplice parallelismo tra il costo dell'assistenza sanitaria e la sua qualità.

Per quanto concerne il quesito successivo (quanto è costosa la qualità scadente?), si tratta di una questione difficile. Sappiamo infatti che anche in studi che usano lo stesso trattamento i risultati possono essere due volte migliori in un ospedale rispetto ad un altro. Sappiamo anche che le complicanze costano. Si può fondatamente ipotizzare che la qualità scadente abbia un costo che si aggira fra il 10 e il 20 per cento del costo sanitario totale.

Qual è il costo del sistema di valutazione generale della sanità? Qual è il costo della verifica della sanità? Non lo sappiamo con esattezza, ma nella media, se c'è un sistema di verifica della qualità che assicura una piena copertura, il costo è probabilmente dell'ordine di grandezza di 1-2 dollari l'anno per abitante.

È possibile che la verifica della qualità migliori realmente la qualità stessa? Molti se lo sono chiesto, e avete già sentito alcuni esempi in proposito, nel campo della patologia, dell'uso dei farmaci, del laboratorio di emergenza. Sappiamo dunque che l'assicurazione della qualità può essere efficace.

Ho sentito molti esprimere il timore di ledere l'orgoglio professionale della categoria dei medici. In proposito, vorrei sottolineare che la verifica della qualità può essere efficace senza che venga lesa il suddetto orgoglio professionale. Non sono richieste, infatti, sanzioni o, al limite, se ne prevedono molto poche.

Il sistema basato su un *feedback* rielaborato, in cui le persone vedano i propri risultati confrontati con quelli degli ospedali A, B o C, porterà molto raramente ad una confessione, ma sempre a qualche spiegazione. Quando si torna, due o tre anni dopo, si constata sempre che la gente ha avuto dei miglioramenti. Perciò non vi è alcun bisogno di « crocifiggere » le persone o di costringerle ad ammettere

che non hanno operato bene. È necessario soltanto gestire il tutto in modo psicologicamente valido.

Perciò, infine, che cosa possiamo raccomandare? L'assistenza sanitaria è la più grande industria della maggior parte dei paesi occidentali (la sola organizzazione europea più grande del servizio sanitario nazionale inglese è l'Armata rossa) e, come tutte le altre industrie, richiede alcune forme di valutazione della qualità e dell'efficacia.

Ritengo, infatti, che oggi la prestazione dell'assistenza sanitaria sia importante quanto la ricerca medica. Se si riuscirà ad elevare la qualità offerta dalle istituzioni più povere portandola al livello ottimale delle migliori (cosa che sappiamo essere oggi realizzabile da un punto di vista medico), si potranno risparmiare tante vite, oltre a rendere migliore la qualità di queste ultime, analogamente a quanto avverrebbe in conseguenza di una grande conquista della scienza.

SANFORD SCHWARTZ, *Associate professor of medicine, senior fellow Leonard Davis Institute of health economics, senior scholar in epidemiology, university of Pennsylvania.* Ringrazio la Commissione per avermi invitato.

Un « esperto », negli Stati Uniti, è qualcuno che ha un pacco di diapositive e si trova a più di ottanta chilometri da casa. Io sono a più di ottanta chilometri da casa, ma non ho le mie diapositive, perché quando sono sceso dall'aereo a Roma, evidentemente, le mie diapositive non mi hanno seguito... Tuttavia, data l'ora tarda, penso che questo sia un vantaggio per tutti.

Per inquadrare meglio le mie osservazioni, lasciate che spenda qualche parola su me stesso. Sono un medico che esercita la professione ed oltre alla medicina ho studiato economia e gestione aziendale presso l'università della Pennsylvania. La mia ricerca degli ultimi quindici anni è stata impegnata nel campo della valutazione della pratica medica. Sono stato particolarmente attivo nello sviluppo di orientamenti basati su studi clinici presso

il National Institute of Health e l'American College of Physicians. Perciò, per me sarà opportuno considerare i problemi dal punto di vista dell'efficacia degli orientamenti.

Uno dei vantaggi del trovarmi fuori del mio paese è che con quello che dico non rischio nulla. Non ho nessun vantaggio da ricavarne, e confido che le mie osservazioni vengano inquadrare in questa luce.

Per prima cosa passerò in rassegna alcune questioni salienti dell'assistenza sanitaria, dal punto di vista degli equilibri fra costi e qualità; cercherò poi di presentare alcune raccomandazioni che potreste considerare ardite. Sono, infatti, consapevole che la mia conoscenza del sistema sanitario italiano è limitata, perciò alcuni suggerimenti potrebbero non essere di grande utilità. Sono pure consapevole del fatto che venendo dagli Stati Uniti, che rispetto all'Italia spendono una quota quasi doppia del loro prodotto nazionale lordo per la sanità, mi trovo in una posizione non idonea per fare raccomandazioni.

Che cosa sappiamo a proposito di costi e qualità? Abbiamo un'eccellente conoscenza sul livello di spesa che attualmente applichiamo nei nostri sistemi sanitari, come pure sulle destinazioni di quella spesa. Conosciamo meno i veri costi economici che essa comporta. Sappiamo cioè quanto denaro spendiamo, ma non sappiamo quanto ciò costa alla società, perché la maggior parte dei prezzi che vengono fatti pagare per i servizi sanitari sono basati più sulla storia che sul loro costo reale.

Conosciamo molto poco circa il rapporto fra costo e qualità, su quello che dovrebbe costare l'ottenimento di certi risultati sanitari. Non sappiamo molto della qualità effettiva del nostro prodotto, né quanto riusciamo a soddisfare il nostro maggiore obiettivo, che è di migliorare lo stato di salute della popolazione.

Ora, com'è stato detto, il fatto di spendere più denaro non assicura necessariamente una migliore assistenza sanitaria, né, d'altro canto, tale risultato è garantito dallo spendere meno denaro.

Se guardiamo al costo delle cure, vediamo in realtà che vi sono due componenti da considerare separatamente. Una è l'efficienza, vale a dire quanto prodotto (in questo caso la salute) possiamo fornire per una certa quantità di denaro. Tuttavia, dobbiamo renderci conto che qualsiasi miglioramento dell'efficienza rappresenta soltanto un risparmio momentaneo. Se si guarda alla curva del prodotto nazionale lordo per i dollari spesi nell'assistenza sanitaria — che è in inesorabile ascesa — ci si rende conto che l'efficienza provocherà una momentanea tendenza discendente nella curva, ma poi il suo ritmo di aumento continuerà ad evolversi. Ciò è importante, non deve essere minimizzato, ma nemmeno sopravvalutato. Anche se riuscissimo a rendere questo sistema efficace al cento per cento, di qui a quattro o cinque anni ci si riunirà ancora per discutere della crisi dei costi della sanità.

Quindi, non dobbiamo soltanto rendere il sistema più efficiente, dobbiamo anche modificare il suo ritmo di aumento. Esso, infatti, tenderà a salire perché, qualunque cosa dicano gli studiosi sui miglioramenti e sulle conquiste spettacolari, per ogni conquista spettacolare che riduce i costi ve ne sono decine che li fanno aumentare.

Negli ultimi anni c'è stato maggiore interesse all'aspetto qualitativo della questione, solo una volta abbiamo cominciato a porre un freno ai costi. Fino a poco tempo fa, nessuno di noi era molto interessato ai costi, perché tutti quelli che pagavano, i medici, gli ospedali, la popolazione ed il governo, partivano dal presupposto che si sarebbe ottenuta un'assistenza sanitaria di buona qualità.

La definizione del rapporto costi-qualità è importante per tre ragioni. Non possiamo assegnare efficacemente ed efficientemente le risorse se non sappiamo che cosa si ottiene con quello che spendiamo. Questo è vero a livello legislativo, dal punto di vista della società, ed è anche vero in termini di cure mediche in sé. Dobbiamo conoscere quel rapporto per migliorare l'efficienza delle cure e migliorare la sanità.

Questa Commissione dovrebbe definire che cosa s'intende per qualità. Gli oratori intervenuti questa mattina hanno osservato che essa è multidimensionale, e che persone diverse hanno idee diverse.

Negli Stati Uniti l'aborto è una questione importante. L'altro giorno c'erano quattro persone che parlavano assieme dell'aborto: un sacerdote, un medico, un legislatore e un genitore. Il sacerdote diceva che indubbiamente la vita ha inizio al concepimento; il medico diceva che la vita probabilmente ha inizio quando il feto può vivere in modo indipendente fuori del corpo, all'incirca a 24 settimane; il legislatore affermava di credere soltanto in ciò che vede, e che la vita comincia quando il bambino è nato; il genitore diceva che la vita comincia in realtà quando muore il cane, i bambini crescono e se ne vanno da casa.

Le decisioni su che cosa sia la qualità hanno un andamento simile. I medici hanno un ruolo importante da svolgere nel definire gli aspetti medici e scientifici della qualità, ma le questioni principali in fatto di definizione sono sociali e politiche, e qui le prospettive diverse da quella medica sono dominanti. Così come si dice che la guerra è troppo importante per lasciarla fare ai generali, l'assistenza medica è troppo importante per lasciarla ai soli dottori.

In termini di qualità, abbiamo sentito oggi alcuni discorsi sull'uso delle strutture, vale a dire sulla misurazione del numero di istituti e sui tipi di medici e di personale infermieristico; abbiamo sentito parlare delle procedure. Quello che vorrei fare è concentrarmi sul risultato, perché, sulla base della nostra esperienza negli Stati Uniti, penso che le misurazioni più importanti della qualità sono quelle che consentono di valutare le conseguenze sulla salute del paziente, in rapporto alle risorse fornite per le cure prestate.

Quanto specificamente al modo di misurare il risultato, penso che nel nostro paese i maggiori sforzi saranno compiuti nella utilizzazione dei dati contenuti nelle richieste di rimborso. Vale a dire, ogni sistema sanitario già raccoglie una

grande mole di dati su ogni servizio fornito ai pazienti. Aggiungendo informazioni clinicamente utili che consentano di fare piena luce su ogni caso, cioè quanto gravemente malato sia il paziente, quali altri problemi sanitari abbia, ed essendo in grado di guardare ad esiti più articolati che non semplicemente la sopravvivenza o la morte, in un prossimo futuro potremo usare questi dati, che già oggi vengono raccolti: ciò sarà meno costoso di altri metodi più complessi e più suscettibili di controversie.

Non intendo sottovalutare le questioni metodologiche implicate in questo approccio: come misurare tutti gli aspetti del caso, gli esiti funzionali, e cioè quanto il paziente si senta bene, se può tornare o no al lavoro, se può svolgere certe attività quotidiane in modo indipendente. Ma il parere generale dei ricercatori è che tutti questi aspetti siano affrontabili in un prossimo futuro con risorse sufficienti e senza un irragionevole dispendio di mezzi.

Tuttavia è importante, come è stato detto, rendersi conto che nessun singolo metodo può avere l'effetto di modificare il comportamento del medico. Abbiamo piuttosto bisogno di una combinazione di incentivi, reclami, dati, per selezionare i problemi, di informazioni di ritorno sui medici e gli incentivi.

Qualcuno ha parlato degli aspetti negativi degli incentivi per i medici, perché come categoria dovremmo esser capaci di comportarci nel modo appropriato senza incentivi. Vorrei solo osservare che i medici sono comuni mortali e che, se anche nel migliore dei mondi possibili i medici fossero capaci di rispondere in modo appropriato solo sulla base delle norme etiche, ciò è poco realistico; noi sappiamo in realtà che gli incentivi funzionano. Perciò penso che il nostro compito sia di discutere non se debbano o meno esservi incentivi, ma piuttosto su quale debba essere la struttura degli incentivi perché non interferiscano, all'altro estremo, nell'assolvimento da parte dei medici delle loro responsabilità primarie di essere gli avvocati dei pazienti.

Che cosa possiamo fare nell'immediato? Penso che vi siano diverse cose da fare. Il processo di valutazione della qualità e del costo della qualità dovrebbe avere inizio immediatamente. In Italia, la percentuale del prodotto nazionale lordo dedicata alla sanità è ancora ragionevole, ma il problema non farà che aggravarsi. Alcune persone sosterranno che non ne sappiamo abbastanza sulla valutazione della qualità o sul modo di cambiare il comportamento dei medici. Risponderei che il problema non è eliminabile; l'incertezza è esplicita e intrinseca in questo processo. Vi saranno nuovi problemi, saranno proposte nuove soluzioni, e se aspettassimo la perfezione, come taluni auspicano, non faremmo mai nulla.

D'altro canto, dobbiamo renderci conto del fatto che non vi sono risposte chiare su quel che funziona meglio. Dobbiamo sperimentare e condurre maggiori ricerche, ma questo non significa che non ne sappiamo abbastanza per agire. Conosciamo molte cose sulla valutazione della qualità e su come si cambiano i comportamenti. Ce n'è abbastanza per cominciare, ma non dobbiamo pretendere oggi di conoscere quali saranno le risposte.

In secondo luogo, esiste una urgente necessità che il legislatore definisca a grandi linee, in un'ampia prospettiva ed esplicitamente, che cosa si intende per qualità. Sarà impossibile per i medici e per gli amministratori degli ospedali migliorare la qualità se non sanno che cosa si intende per essa. Come ho detto prima, questa è una decisione socio-politica, non una decisione sanitaria.

Inoltre, è assolutamente necessario coinvolgere fin dall'inizio gli operatori, i medici e gli amministratori. I medici debbono rendersi conto del fatto che assicurare la qualità costituisce non una minaccia, bensì una responsabilità professionale. È inoltre evidente l'utilità della pressione dei colleghi; coinvolgere i medici e lasciare che essi stabiliscano i propri *standard* per i loro pari, unitamente ad altri interventi, come gli incentivi, può avere molta efficacia ai fini d un cambiamento dei comportamenti.

Infine, dovremmo evitare le pressioni a favore di una regolamentazione. Penso che la categoria cercherà di influire sui legislatori, chiedendo loro: « diteci quel che dobbiamo fare, e lo faremo ». Come è stato detto stamane, nel migliore dei mondi possibili la gente dovrebbe essere capace di definire la qualità e quindi regolarsi. Ma nel mondo reale dovremo limitare le risorse e lasciare che gli operatori stabiliscano come possono agire meglio con quelle risorse. Abbiamo già un implicito razionamento per il fatto che non mettiamo a disposizione per l'assistenza sanitaria tutti i dollari che la gente vorrebbe, oppure dovremmo non ascoltare le lagnanze sull'accesso alla tecnologia, sulla gradevolezza delle cure e sui risultati.

Dobbiamo renderci conto che le industrie in generale preferiscono la regolamentazione perché in un certo arco di tempo possono arrivare a controllarla. Penso che dal punto di vista del pubblico la cosa migliore è che si stabiliscano con chiarezza gli obiettivi ed i limiti delle risorse, e si lasci che la categoria decida, assieme al pubblico, come raggiungere quell'obiettivo.

Consentitemi di esprimere un giudizio per il quale non dispongo di dati, ma solo di una filosofia. Oggi si è svolta una discussione sul settore pubblico e sul settore privato. Ho la sensazione che nessuno dei due sia il modo migliore per affrontare le cose, ma questo può rispecchiare un atteggiamento americano. A mio avviso, il sistema più efficiente è probabilmente quello pluralistico, in cui vi siano scelte da parte di chi paga e scelte da parte dei pazienti. Penso che la minaccia della competizione renda tutti onesti e, purché vi siano delle limitazioni nel sistema, vale a dire purché si contenga la portata della competizione, ritengo che questo sia molto meglio che cercare di microgestire ogni decisione che deve essere presa dagli operatori.

Ciò premesso, noi tutti dobbiamo prepararci ad un processo molto lungo, molto laborioso, particolarmente per i legislatori, ed imperfetto. In questo campo

è implicato molto denaro, e ciò significa posti di lavoro e denaro per i medici, posti di lavoro e denaro per gli amministratori ospedalieri e gli altri lavoratori del settore sanitario, che probabilmente è una delle più grandi industrie nazionali.

Quando si parla di contenimento dei costi, si parla di influire sulle condizioni economiche delle persone, e anche se — come si dice nel mondo degli affari — il denaro può non essere tutto, certo è abbastanza ben piazzato per il secondo posto. Perciò dobbiamo renderci conto, nell'affrontare tale questione, che continueranno ad esservi rilevanti pressioni e reclami da parte dei vari gruppi di interessi, non soltanto dei medici, né soltanto delle persone responsabili del bilancio.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Ferraro, il professor Reizenstein ed il professor Schwartz per la loro esposizione.

LUIGI BENEVELLI. Il professor Reizenstein ha giustamente affermato nella sua relazione che le strutture sanitarie di tutti i paesi costituiscono le aziende più consistenti. Nella realtà italiana, le unità sanitarie locali sono quelle che occupano il maggior numero di addetti rispetto a qualsiasi altra impresa localizzata sullo stesso territorio.

Se esiste allora un problema di consenso degli operatori, degli addetti ai lavori, per costruire una procedura di verifica di qualità, nonché di partecipazione dei lavoratori a tale attività, analoghi problemi caratterizzano anche la politica. In altri termini, come sapete, in una realtà democratica le decisioni sono adottate a maggioranza, per cui la politica è anche organizzazione del consenso. Il fatto che in Italia sia difficile adottare queste procedure e sviluppare un maggiore investimento di risorse intellettive in questo tipo di attività dimostra l'esistenza di una grande « fetta » di consenso nei confronti di coloro ai quali va bene la situazione odierna.

Si può affermare che tutti coloro che si oppongono all'adozione di queste procedure siano ignoranti, incolti, fuori mer-

cato? Se è così, pongo una domanda. Laddove si adottino tali procedure per scelte effettuate da professionisti, ma anche per scelte politiche degli Stati, per il controllo della spesa o per la lotta contro gli sprechi, quanto e come si modifica, nelle singole unità di lavoro, il potere interno, ossia le carriere, il prestigio professionale, il potere dei singoli operatori? In che modo si riarticola l'organizzazione del lavoro? Mi pare che questo sia il punto di maggiore resistenza che oggi riscontriamo nel nostro paese. Cito un dato: rispetto alla possibilità di adottare queste iniziative, il sindacato dei medici primari ha rotto l'unità d'azione con la confederazione dei medici secondari, se non erro proprio in relazione a queste tematiche.

Chiedo pertanto che cosa accade laddove si attua una forzatura per realizzare l'obiettivo di cui ho parlato.

PETER REIZENSTEIN, Chairman ISQA Hematology Stockholm. Ritengo che il quesito posto dall'onorevole Benevelli sia ben motivato e molto importante. Vorrei, pertanto, fornire due diverse risposte.

Il problema principale è quello di configurare la verifica di qualità come un controllo dal di fuori, pur senza trasformarla in un sistema esterno di controllo. Naturalmente, il problema resta quello di far sì che le persone svolgano bene il proprio lavoro in assenza di controlli. Un sistema regolatorio è necessario, ma in realtà esso dipende da una certa volontà politica. L'esperienza generale proveniente dalla verifica di qualità nell'industria dimostra la necessità di una decisione dall'alto, da parte del *management*, ma nello stesso tempo occorre che vi siano ricompense.

La qualità delle cure dovrebbe essere evidenziata, premiata e rappresentare una sorta di *status symbol*. Essa dovrebbe anche fornire l'occasione per una redistribuzione delle responsabilità. Infatti, se i medici non fossero disposti ad assolvere al compito della verifica della qualità, quest'ultima potrebbe essere effettuata, per esempio, dalle infermiere o dagli ammini-

stratori. L'importante è che chiunque svolga tale compito lo accetti e ne raccolga i frutti. Si tratta certamente di una cosa possibile.

SANFORT SCHWARTZ, *Associate professor of medicine, senior fellow Leonard Davis Institute of health economics, senior scholar in epidemiology, university of Pennsylvania*. Sono stati sollevati tre quesiti, dei quali il primo è quello dell'accreditamento. Ritengo che tale riconoscimento ufficiale sia essenziale in un sistema, sia per migliorare il livello della fiducia fra il pubblico, sia per migliorare la qualità. Tuttavia, sono del parere che i benefici derivanti dall'accreditamento siano limitati.

L'assistenza sanitaria e le cure mediche sono paragonabili ad una qualsiasi azienda; di conseguenza, credo che si possa imparare molto proprio dall'osservazione delle altre aziende. Un'importante scoperta della teoria della gestione, dimostratasi generalmente valida, è quella per cui si ricava un vantaggio molto maggiore dal miglioramento, anche piccolo, della prestazione media, anziché dalla eliminazione di sprechi e frodi ovvie.

In medicina, non è che vi siano pratiche totalmente senza valore; piuttosto, molte pratiche sono utili in certe condizioni, per certi pazienti e inutili in altre condizioni, per altri pazienti. Il problema è rappresentato dal fatto che noi - medici, amministratori e pubblico - non sappiamo dove e quanto esse siano utili ed in quali numerosi casi, invece, esse non lo siano. Ritengo che gli accreditamenti siano importanti, ma non credo che essi dovrebbero essere considerati come una grossa priorità.

La seconda questione è quella degli incentivi. Condivido l'opinione che essi costituiscano una questione squisitamente culturale. Dovete conoscere la vostra società ed il suo funzionamento. Si pone, però, anche il quesito se gli incentivi abbiano effetto, e come sia possibile provocare variazioni nella pratica attraverso gli incentivi. Esistono dati per entrambe le questioni. Innanzitutto, come è stato no-

tato, gli incentivi non sono solamente finanziari, ma anche comportamentali (in particolare, il far leva sui medici, esercitando pressioni sul loro stesso gruppo, affinché cambino i comportamenti). Tutti vogliono essere rispettati dai loro pari; questa è una fortissima motivazione di cambiamento. Tra i diversi studi effettuati negli USA il più noto è quello del dottor Weinberger Dartmouth, che si è occupato di un gruppo di medici che eseguono prostatectomie; la rivista della American medical association ha dedicato l'anno scorso un intero numero alla questione. Ai medici sono state fornite informazioni sulle estreme variazioni negli esiti delle prostatectomie; sono state inoltre fornite informazioni che suggerivano l'inutilità dell'intervento per determinati malati e il fatto che, non ricorrendo all'intervento con i pazienti per i quali sarebbe stato utile, la variazione degli esiti sarebbe stata molto minore. Semplicemente facendo pervenire ai medici queste informazioni di ritorno sulle loro pratiche e su quelle dei loro colleghi, si è potuto ridurre in misura sostanziale sia l'uso inappropriato dell'intervento sia l'ampiezza delle variazioni, senza alcun incentivo finanziario. Le pratiche comportamentali, quindi, in realtà sono molto complesse.

Riguardo agli incentivi finanziari, negli Stati Uniti - benché ogni paese sia diverso dagli altri, nel nostro caso la diversità non è molto accentuata - semplicemente introducendo il rimborso delle cure ospedaliere in misura fissa per ogni tipo di caso, indipendentemente dalla durata reale del ricovero, la durata media dei ricoveri è scesa del 15-20 per cento nell'arco di sei mesi, e non vi è finora alcuna prova che la qualità dell'assistenza sanitaria sia stata in qualche modo compromessa. Analogamente, con il sistema della cura gestita, in base al quale si paga al medico una tariffa prestabilita perché abbia cura di un paziente prescindendo da quali servizi vengono forniti, è stata accertata una riduzione del volume dei servizi svolti dai medici. Negli Stati Uniti, noi medici curiamo alcuni pazienti con cure gestite, per cui

riceviamo una tariffa prestabilita per un anno, mentre per altri pazienti riceviamo un corrispettivo ad ogni determinato servizio. È stato dimostrato, almeno per alcuni di noi, che i due tipi di pazienti vengono trattati in modo diverso, laddove la sola differenza è costituita dal modo in cui viene percepita la remunerazione. Vi sono prove decisive che dimostrano che gli incentivi influiscono notevolmente sia nel modificare i livelli assoluti di cura, sia sugli andamenti delle cure e sulle variazioni delle medesime.

Il terzo quesito concerne la copertura del settore privato come di quello pubblico; alcuni hanno rivolto domande sull'esperienza degli Stati Uniti. Nel nostro paese siamo tutti coperti, anche se vi sono vari sistemi (non abbiamo un sistema puramente privato).

Dato che al di sopra dei 65 anni tutti hanno le cure mediche assicurate dal governo federale, attraverso il programma « Medicare » qualsiasi operatore che curi una persona ultrasessantacinquenne riceve almeno un parziale pagamento governativo. Il principio seguito negli Stati Uniti è che se il pubblico paga un servizio l'operatore ha la responsabilità di dimostrare che il servizio viene usato in modo appropriato, così come un fornitore della difesa, ottenuto un contratto, deve mettere i suoi libri a disposizione del governo affinché si possa verificare che i servizi vengono forniti e che il prodotto viene consegnato secondo le regole concordate.

A mio avviso, esiste anche una valutazione morale. Ai medici è attribuito il monopolio della fornitura di determinati servizi nella società, e a questa licenza va associata la responsabilità di assicurare al pubblico che la fiducia nei medici è ben riposta. Vi sono valide ragioni per sostenere che per motivi morali anche il settore privato dovrebbe essere coperto. La ragione per la copertura del settore privato è collegata anche con la disponibilità dell'informazione. Quando i pazienti debbono scegliere, come in Italia, tra un modo privato di ottenere assistenza sanitaria ed uno pubblico, oppure

uno di sovvenzioni miste, essi hanno bisogno di informazioni sulla maniera in cui questi sistemi funzionano in rapporto fra loro. La qualità è molto importante per i pazienti: se lo è quando compriamo automobili, apparecchi fotografici o *computer*, ancor di più lo è per le prestazioni sanitarie.

Se non forniamo informazioni ai pazienti sul rapporto fra costi e qualità, come sceglieranno? E se il governo non le fornirà, chi sarà a farlo? Ritengo che se i pazienti verranno informati circa la qualità – come si sta cominciando a tentare negli Stati Uniti, anche se non vi sono ancora dati in proposito – essi inizieranno a servirsi delle informazioni per scegliere i medici e gli ospedali. Una volta che medici e ospedali saranno scelti dai pazienti sulla base della qualità, esisterà un fortissimo incentivo al miglioramento.

Desidero pertanto fornire un incoraggiamento morale, in considerazione sia del punto di vista dell'utente, sia degli aspetti finanziari, a compiere verifiche su chiunque fornisca un servizio per il quale il governo abbia qualche responsabilità, in termini di qualità, servendosi sia di incentivi diretti, sia dello strumento fiscale, in modo da coprire anche il settore privato.

FRANCO PERRARO, *Presidente della Società italiana di VRQ*. Svolgerò solo un brevissimo intervento, spinto dalle parole del professor Reizenstein, che ha accennato ad « altro personale ». Vorrei ricordare che nel nostro paese vi è una grandissima sensibilità, da parte del personale infermieristico, nei confronti del problema della *quality assurance*. Tale sensibilità è determinata dal fatto che la professione infermieristica non è gratificante dal punto di vista economico e lo è poco anche da quello professionale. Il settore infermieristico dispone di maggiori certezze rispetto a quello medico: il problema del *nursing* non è come quello della diagnosi o della scelta di una terapia piuttosto che di un'altra, in quanto vi sono, ripeto, maggiori certezze. Pertanto,

è anche più facile introdurre programmi di *quality assurance* e, quindi, migliorare il livello professionale.

Tale settore è stato da noi soltanto sfiorato e non affrontato compiutamente. Ritengo, invece, che sia necessario occuparsi anche di questo importante aspetto, relativo a personale che sicuramente è interessato a miglioramenti concreti.

Concordo, inoltre, sul tema degli incentivi, che possono essere di carattere economico, ma anche di altro tipo. È necessario introdurre determinate gratificazioni: in assenza di incentivazioni, o si trovano francescani disposti a fare qualunque cosa perché profondamente motivati, oppure è difficile, sul piano generale, ottenere grandi consensi.

PRESIDENTE. Con una piccola eccezione alla procedura che abbiamo deciso di seguire, do la parola al professor Morosini e, dopo di lui, al professor Pinna Pintor, che hanno chiesto di intervenire.

PIERLUIGI MOROSINI, Dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità. Ho potuto partecipare solo in parte alla presente audizione, pertanto avevo deciso di non prendere la parola; tuttavia, mi sono sorte alcune curiosità che desidero esprimere perché credo possano interessare anche gli altri intervenuti.

Si è parlato molto di incentivi, ma ho l'impressione che, alla fine, tale aspetto sia rimasto piuttosto nel vago. Si è fatto cenno ad incentivi di prestigio, di emulazione ed economici, ma non si è detto in che modo realizzarli. Mi riaggancio, in proposito, ai problemi relativi all'accreditamento. In che senso si può individuare l'accreditamento di una struttura, di un reparto, anche nell'ambito del servizio sanitario pubblico, come mezzo di incentivazione? In che senso si possono programmare incentivi legati alla realizzazione di progetti di *quality assurance*? Il Piano sanitario nazionale, nella parte, naturalmente, degli studi trasversali, per i quali non sono previsti finanziamenti, riprende il piano sanitario precedente, nel quale si stabilisce che tutti i reparti o

tutte le istituzioni in cui vengono svolti – se non sbaglio – tre studi di *quality assurance*, che dimostrino l'effettivo miglioramento della qualità dell'assistenza, avranno diritto a ricorrere ad incentivi. Forse si può prevedere qualcosa di più concreto: altrimenti, quali indicazioni stiamo dando ai politici, che permettano loro di realizzare i necessari interventi? Continuiamo a parlare di incentivi, ma è necessario concretizzarli in provvedimenti legislativi.

Un altro problema del quale mi sembra non si sia parlato abbastanza è quello relativo alla formazione: forse tale tema è stato trattato quando non ero ancora presente e, in tal caso, mi scuso se ripeterò cose già dette.

Sappiamo che in Italia sono disponibili moltissimi fondi per la formazione in campo sanitario: vi sono non so quante migliaia di miliardi, che in gran parte vengono sperperati per corsi di aggiornamento assolutamente superflui o che, comunque, non hanno alcuna possibilità di impatto. A questo punto, mi sembra veramente una questione di « lana caprina » l'interrogativo che si pone il professor Liberati (che io rispetto moltissimo) circa l'utilità o meno della *quality assurance*. Perché non si chiede, il professor Liberati, se i corsi di formazione sono utili? Sono convinto che egli sa perfettamente che, per quanto possa essere inutile la partecipazione ad un corso di *quality assurance*, sarà di certo enormemente più proficua della partecipazione a corsi di aggiornamento normali. Il problema non è tanto di spendere il denaro nel modo ottimale, ma di spendere un po' meglio quello che comunque verrebbe sperperato.

Vorrei sentire anche il parere del relatore sul punto in questione, ossia sul rapporto tra la partecipazione a progetti di *quality assurance* e la formazione.

PLINIO PINNA PINTOR, Direttore della Fondazione Arturo Pinna Pintor di Torino. Vorrei chiedere al professor Ferraro se abbia qualche idea in merito alla possibilità di applicazione della verifica di qualità nella sanità privata.

Recentemente l'associazione dell'ospitalità privata ha organizzato, proprio su tale tema, un convegno a Torino, al quale ha partecipato anche il professor Ferraro: vorrei ascoltare ora il suo pensiero sulla possibilità di rendere effettivo tale impegno anche nel settore privato. Consideriamo, infatti, che ciò potrebbe costituire un nuovo criterio per la scelta del privato, in aggiunta a quelli usuali dell'integrazione, della complementarietà o della possibilità di colmare lacune geografiche o carenze dei servizi.

ALESSANDRO LIBERATI, *Capo del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano*. Lo spunto per prendere la parola mi è stato offerto dall'intervento del professor Morosini, vivace come di consueto. Credo sia necessario da parte nostra tentare di lasciare almeno alcune indicazioni chiare, al termine di questa audizione.

Vorrei aggiungere un ultimo elemento alla questione degli incentivi. A me pare che, ancora una volta, nella discussione odierna vi sia stata molta confusione tra gli incentivi di tipo professionale, nel senso di riconoscimenti a chi si impegna in attività che non rientrano direttamente nelle sue mansioni, e gli incentivi visti come baratto, come « carota », secondo l'ironica definizione data questa mattina. Sono convinto che su tale punto nessuno possa dichiararsi depositario della verità: si tratta di un'opzione culturale. Per parte mia, considero il secondo tipo di incentivi come una soluzione estremamente squalificante: se vi è chi la ritiene, invece, una mossa vincente, è libero di farlo, in quanto ciò rientra nell'ambito delle libere opinioni. Però non dobbiamo farne un problema di metodologia, perché se assumiamo che essa insegna che gli incentivi pagano dobbiamo applicare un metodo scientifico e sfido chiunque a mostrare studi che abbiano dimostrato l'efficacia degli incentivi.

Condivido la questione sollevata dal professor Morosini: sono convinto che la formazione di tipo tradizionale non serva a nulla. Si tratta, comunque, di una mia opinione personale.

Per quanto riguarda la *quality assurance*, quella concernente la sua utilità non è una questione di « lana caprina » ma di fondo, in quanto se poniamo come indicatore di efficacia della *quality assurance* la dimostrazione di un cambiamento credo che commettiamo una grossa ingenuità. In proposito, quanto ha detto il professor Tognoni è talmente chiaro che ritengo sia inutile ripeterlo: in sostanza non si può guardare la « pagliuzza » perdendo di vista la « trave ». Vi sono problemi talmente macrostrutturali nel condizionamento di certi componenti sanitari che valutare le piccole modificazioni apportate da un programma di *quality assurance* rappresenta un'ingenuità.

Se, invece, poniamo un indicatore di efficacia – come io credo sia giusto – ai programmi di *quality assurance* che sia costituito non dalla realizzazione di un cambiamento, ma dalla stimolazione di una capacità critica rispetto a ciò che si fa, è necessario cambiare l'impostazione tradizionale dello svolgimento dei programmi e superare un certo grado di ripetitività nella proposizione dei programmi stessi. Da questo punto di vista, non nego assolutamente quanto detto dai professori Reizenstein e Shaw in merito all'efficienza dei programmi di *quality assurance* ma, guarda caso, si tratta di programmi di *micro-quality assurance*. Gli esempi citati dalla professoressa Sunol Sala sono molto evidenti: cambiamenti chiari a livello di problemi specifici individuati sotto il controllo del singolo gruppo di operatori. Ben diversa è la dimostrazione di efficacia dei programmi di *quality assurance* che affrontano questioni che sfuggono al controllo dei singoli operatori e che sono determinati da aspetti di tipo strutturale e organizzativo.

Per questo credo che, nell'ambito di una Commissione parlamentare, ci si debba porre il problema di distinguere la *quality assurance* a livello « micro », riferita cioè all'attività di singoli o di gruppi di professionisti, da quella riferita ad attività di progetti dimostrativi o di macro-modificazioni del nostro sistema sanita-

rio. Credo che tale distinzione debba essere chiara, altrimenti potrebbe sembrare che alcune persone sostengano l'efficacia della *quality assurance* ed altre – tra le quali io – la sua inefficacia.

Vorrei sapere dal professor Reizenstein e da altri se condividano questa distinzione.

GIUSEPPE TRAVERSA, *Incaricato di ricerca presso il laboratorio di epidemiologia e biostatistica dell'Istituto superiore di sanità*. Mi ha colpito il fatto che questi ultimi tre interventi – ed in precedenza altri – siano partiti dalla constatazione dell'elevato livello della spesa sanitaria. Ciò è vero: è alta in Italia, dove è meno del 6 per cento del prodotto interno lordo; probabilmente sarà alta in Svezia o in Inghilterra, dove è inferiore a quella italiana, e negli Stati Uniti, in cui si aggira intorno all'11-12 per cento (pubblica e privata insieme), però non si comprende quale fattore ne determini l'elevatezza. Il problema della qualità è indipendente dal livello della spesa, dalla modalità di organizzazione dei servizi sanitari e dal fatto che questi siano prevalentemente pubblici o privati. Allora, se il problema della qualità dell'assistenza è comune a tutti i sistemi sanitari, probabilmente la questione degli incentivi deve essere affrontata in modo diverso.

Dopo le affermazioni della dottoressa Palmer, secondo la quale il problema della qualità è comune a tutti, e gli interventi dei professori Shaw e Liberati, che hanno evidenziato la grande variabilità degli atti medici presente in tutti i paesi, è necessario sottolineare che la letteratura tradizionale suggerisce che se i diversi sistemi organizzativi ed istituzionali modificano i livelli medi di erogazione non modificano però il cuore del problema, costituito dalla variabilità. Se ciò è vero, non comprendo come l'incentivo possa ridurre la variabilità. Mi è chiaro come esso possa far aumentare il livello medio (negli Stati Uniti avremo più interventi chirurgici perché il sistema di pagamento dei medici ne rappresenta un forte

incentivo), però non capisco come questo fenomeno possa essere suscettibile agli incentivi.

ALDO PIPERNO, *Docente del dipartimento di sociologia dell'università di Napoli*. L'intervento del professor Pinna Pintor mi ha offerto lo spunto per svolgere qualche considerazione su un argomento che non è stato trattato. Mi riferisco alla possibile estensione dei controlli di qualità all'intero settore sanitario, compreso quello privato. È opportuno ricordare che in Italia vi sono quasi tre distinti sistemi sanitari: uno finanziato con risorse pubbliche, in cui gli operatori sono salariati e le strutture sono di proprietà dello Stato; un altro, privato, che opera in convenzione; ed un terzo, privato, pagato dalle famiglie. L'ammontare delle risorse di questi ultimi due costituisce oltre la metà di quelle del sistema complessivo, quindi il problema del controllo della qualità – come quello relativo alla spesa sanitaria – si pone per l'intero settore.

Sarebbe stato interessante ascoltare in merito le opinioni dei vari relatori.

Per quanto riguarda la domanda del professor Pinna Pintor, desidero esporre un'idea semplice e forse provocatoria. Considerato che in Italia vi è un ampio settore di medicina convenzionata (generale, specialistica, ospedaliera) nell'ambito del quale lo Stato paga gli operatori privati, si potrebbe condizionare la « delega » al soggetto convenzionato all'osservanza di certe regole.

Mi consta – sono qui presenti ospiti stranieri che potrebbero darci qualche delucidazione al riguardo – che in alcuni « arrangiamenti » organizzativi americani, tipo i PPO (*preferred providers organizations*), i produttori entrano a far parte del sistema qualora accettino alcune condizioni, forse relative ai prezzi, per contenere i costi dell'assistenza (non mi risulta, ma probabilmente sono disposti anche a sottostare a controlli di qualità).

A fronte delle resistenze che possono esservi per quanto riguarda il sistema pubblico, lo Stato potrebbe adottare stra-

tegie di acquisto rispetto al privato convenzionato che garantiscano maggiore efficienza.

Per quanto concerne il controllo di qualità nel sistema a pagamento diretto da parte delle famiglie (cioè nel sistema propriamente detto), vi sono problemi di natura differente: in particolare, mi chiedo fino a che punto il legislatore possa imporre controlli di qualità agli operatori privati. Probabilmente, tali controlli sarebbero soltanto alcuni e non altri; per esempio, essi potrebbero essere attuati in parte dagli stessi cittadini che si rivolgono al settore privato. Questi ultimi, come singoli, non hanno alcun potere contrattuale per imporre l'« implementazione » dei controlli di qualità; però, se organizzati (per esempio, quelli aderenti alle mutue integrative e ai fondi aziendali o, comunque, quelli che non pagano direttamente il servizio, usufruendo di un ente privato finanziatore), potrebbero aumentare la loro forza contrattuale rispetto agli operatori privati della sanità e richiedere tale « implementazione ».

Quelle appena svolte sono considerazioni « a caldo », sollecitate dall'intervento del professor Pinna Pintor; ad ogni modo, sono convinto che occorra una maggiore valutazione di tali problemi nel nostro paese, evitando di riferirsi esclusivamente alla realtà della sanità pubblica. Ritengo, infatti, che vi sia un atteggiamento culturale in Italia in base al quale si pone sempre l'accento sul settore pubblico della sanità, senza tener conto dei numerosi sottosistemi esistenti e delle relative interrelazioni. Queste ultime, invece, andrebbero considerate soprattutto al fine di adottare provvedimenti adeguati.

FRANCO PERRARO, *Presidente della Società italiana di VRQ*. Rivolgendomi al professor Morosini, osservo che l'accreditamento può rappresentare uno strumento per attivare sistemi d'incentivazione e di verifica. La professoressa Rosa Sunol Sala, illustrando il sistema spagnolo, ha riferito che solo gli ospedali accreditati possono partecipare alla formazione degli

studenti di medicina ed a quella successiva al conseguimento della laurea. Vi sono, poi, sicuramente, altri tipi di incentivo, sia di carattere economico, sia d'impulso alla carriera (per esempio, la possibilità di costituire titoli per determinati fini, come l'ottenimento di finanziamenti per ricerche specifiche).

Condivido l'utilità della formazione in materia di *quality assurance*: è auspicabile che vengano definiti programmi specifici, anche nell'ambito dei fondi a destinazione vincolata per la formazione già disponibili. In molte regioni, infatti, sono stati attivati corsi di *quality assurance* e di valutazione delle cure.

Per quanto riguarda l'opinione del professor Liberati in tema di *quality assurance*, condivido l'esigenza di una strategia composita per il miglioramento della sanità in Italia relativi ai macroproblemi e agli interventi che su di essi possono avere un'incisività concreta. Tuttavia, non credo che vi sia una contraddizione fra tale tipo di interventi (le cui possibilità e modalità di realizzazione andranno di volta in volta studiate) e la *quality assurance*. A mio avviso, occorre una particolare considerazione delle numerose situazioni da correggere a livello locale. Riferendoci all'esempio di un'azienda – anche se il sistema sanitario non ha gli stessi obiettivi di produttività e profitto – possiamo considerare il tipo di verifiche sui meccanismi di gestione e di interventi per introdurre correttivi che da essa vengono effettuati. Ritengo sia utile intervenire con un'ottica simile a livello locale e di piccole questioni, introducendo una prassi che, se generalizzata, può modificare la realtà a livello nazionale.

Effettivamente, esiste una grande variabilità negli atti medici: infatti, come regola generale della *quality assurance*, occorre affrontare problemi nei settori in cui vi sono maggiori certezze. In medicina, probabilmente, la certezza non esiste, però vi sono molte questioni – alcune delle quali sono state in questa sede citate – relativamente alle quali viene registrato un ampio consenso: per esempio, per la terapia trasfusionale, tutti condivi-

dono la necessità di introdurre l'autotrasfusione servendosi della formazione e modificando i comportamenti.

Un altro aspetto, considerato anche a livello contrattuale, è quello del *clinical budget*: tale strumento potrebbe, a mio avviso, realmente migliorare la qualità di determinate situazioni sanitarie; infatti, il responsabile del suddetto *budget*, chiamato ad affrontare problemi di produttività e di utilizzazione delle risorse, può essere stimolato da incentivi collegati con i risultati cui perviene.

SANFORT SCHWARTZ, *Associate professor of medicine, senior fellow Leonard Davis Institute of health economics, senior scholar in epidemiology, university of Pennsylvania*. A mio avviso, la situazione non è poi tanto nera, quando si tratta di apportare cambiamenti. Nel campo sanitario esiste un fattore favorevole, rappresentato dal fatto che si tratta di un'industria in crescita; è molto più difficile introdurre cambiamenti quando l'industria è stagnante o in declino, ma non è probabile che per l'assistenza sanitaria ciò si verifichi nel prossimo futuro.

Si sta parlando di migliorare l'efficienza del sistema attuale e di rallentare il ritmo della sua crescita. Ciò è avvenuto finora e, teoricamente, possiamo atten-

derci che avvenga per determinati aspetti: negli equilibri fra costi e qualità, con una maggiore richiesta di lavoratori meno pagati e meno specializzati e, in generale, con uno spostamento dai servizi con alto impiego di risorse, come quelli dei medici, verso servizi di minor costo, come quelli degli infermieri e dei fisioterapisti, nell'assistenza sia dei pazienti ospedalieri, sia di quelli esterni.

Il settore che ne soffrirà maggiormente sarà probabilmente quello ospedaliero. Nella misura in cui gli ospedali non sono di proprietà privata, la situazione dovrebbe essere gestita più facilmente. Quanto alla mobilità dei lavoratori ospedalieri, essa verrà probabilmente realizzata, ma dovrebbero anche esservi sufficienti possibilità di impiego al di fuori dell'ospedale. Ritengo che l'attuale momento sia particolarmente opportuno per affrontare la questione, visto che si tratta soltanto di mobilità lavorativa e non di riduzione di posti di lavoro.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti coloro che hanno preso parte all'odierna audizione e ricordo che la Commissione è convocata per domani mattina alle 9,30.

La seduta termina alle 18,50.