

SEDUTA DI SABATO 27 MAGGIO 1989

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GIORGIO BOGI

PAGINA BIANCA

SEDUTA DI SABATO 27 MAGGIO 1989

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GIORGIO BOGI.

La seduta comincia alle 9,50.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la prosecuzione dell'indagine conoscitiva sul controllo di qualità dei risultati di gestione e delle prestazioni professionali nella sanità. Nella sessione di questa mattina, che concluderà il seminario che ha avviato la nostra indagine conoscitiva, verranno trattati il tema del quadro internazionale sulle esperienze di promozione della qualità dell'assistenza; le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità; le esperienze nei sistemi sanitari « di mercato » e nei servizi sanitari nazionali; il quadro legislativo italiano; le esperienze nazionali e regionali nonché il ruolo delle organizzazioni professionali e scientifiche.

Mi corre l'obbligo – come del resto è avvenuto nel corso dell'incontro di ieri – di ringraziare i nostri interlocutori, specialmente coloro i quali provengono da paesi esteri che si sono sobbarcati un disturbo superiore agli ospiti italiani.

In particolare, desidero ringraziare il professor Hiroshi Nakajima, direttore ge-

nerale dell'Organizzazione mondiale della sanità: se mi soffermassi sulle sue caratteristiche umane o sull'incarico che ricopre, entrerei nella formalità dei cerimoniali, essendo persona nota a tutti. La sua presenza alla seduta odierna ci consente di completare i lavori di questo seminario conoscitivo, che rappresenta un'innovazione regolamentare di notevole spessore per la Camera dei deputati.

Quanto ai lavori, seguiremo lo schema adottato ieri: si inizierà con interventi contenuti in venti minuti, cui seguiranno domande e osservazioni da parte dei presenti, per finire con una replica conclusiva dei relatori.

Interverranno, in qualità di relatori, il professor Elio Borgonovi, il professor William Jessee e il professor Hiroshi Nakajima.

ELIO BORGONOVÌ, *Direttore del CERIAS di Milano.* Nel ringraziare il presidente della Commissione ed i presenti, premetto di aver presentato un breve schema che mi auguro venga distribuito (vedi allegato n. 5).

Desidero partire da un'affermazione: nonostante manchi un'analisi puntuale delle esperienze internazionali, si può cogliere una tendenza generale su questo tema, che passa dall'aspetto scientifico, ossia come si definisce, si analizza e si valuta la qualità, a quelli operativi, cioè come si orientano sostanzialmente le organizzazioni circa il fattore « qualità » nell'ambito della gestione.

Ritengo, infatti, che oggi il problema tipico – o meglio critico – di tutti i sistemi sanitari privati o pubblici, sia quello del passaggio dalle conoscenze esistenti alle conoscenze applicate. Naturalmente, tale tematica non riguarda solo la sanità, ma tutta la società odierna in cui il progresso scientifico delle conoscenze sembra essere, per certi aspetti, più veloce della sua capacità di applicazione.

Sicuramente questo *gap* è inferiore rispetto al passato, ciò nonostante crea differenze tra i diversi sistemi. Infatti, le conoscenze scientifiche si diffondono più velocemente tra i sistemi sociali, economici e sanitari rispetto a quanto non avvenga per la capacità applicativa.

La seconda affermazione, conseguente alla prima, è che si sta passando dalla valutazione della qualità al controllo della qualità medesima: ovviamente, il controllo è inteso come insieme di strumenti idonei ad orientare un'organizzazione a farsi carico della qualità.

Il problema non riguarda la valutazione della capacità di analizzare la qualità, anche se la mia lettura delle esperienze internazionali consente di affermare che sempre più centrale è il tema della « messa in campo » di un insieme di strumenti capaci di guidare le organizzazioni a prestare attenzione alla qualità, stimolando gli operatori a farsi carico del miglioramento degli aspetti qualitativi. In proposito ricorderò taluni esempi: negli Stati Uniti l'introduzione di un certo sistema di pagamento (i famosi DRG) hanno posto l'esigenza di bilanciare tale sistema con un'attenzione più viva alla qualità, in quanto qualsiasi tipo di pagamento impostato su *standard* provoca inevitabilmente il rischio di una diminuzione dell'aspetto qualitativo.

Parallelamente all'introduzione di un sistema di prezzi, che potrebbe indurre le strutture private a cercare equilibri economici attraverso un abbassamento del livello qualitativo, nasce l'esigenza di bilanciare l'attenzione in termini di strumenti per la valutazione della qualità. Di conseguenza sono state realizzate indagini

da parte delle società assicuratrici per verificare che il paziente non venga dimesso senza la corretta conclusione del ciclo diagnostico terapeutico al fine di ridurre i costi.

Ancora: le recenti tendenze a livello di sistema sanitario pubblico inglese riconoscono come uno dei punti rilevanti lo sviluppo della capacità dei diversi ospedali di farsi concorrenza attraverso il miglioramento della qualità delle prestazioni e, quindi, danno indicazioni sulla possibilità di gestire autonomamente l'acquisto di attrezzature o l'assunzione di personale sanitario qualificato, in funzione di elemento distintivo di una struttura rispetto all'altra.

Rifacendosi al tema del controllo si può sviluppare un'ulteriore considerazione in ordine ai sistemi sanitari: infatti, in tale settore vi sono dei veri e propri processi produttivi, che possono essere considerati come *input*, mentre i servizi resi costituiscono gli *output*; attraverso questo processo le prestazioni arrivano ai destinatari finali.

In tale contesto, il tema della qualità (se si considera la legislazione vigente e gli strumenti adottati) può essere affrontato a vari livelli: è concepibile, infatti, un controllo di qualità basato sul grado di soddisfazione da parte dell'utente; si tratta, in sostanza, di un procedimento analogo a quello basato sulle scelte del consumatore. Su questa linea si muovono soprattutto le strutture private, che puntano essenzialmente sulla preferenza dei consumatori, in applicazione della teoria del *consumer choice*.

Un secondo modo in cui si può affrontare il tema della qualità è rappresentato dalla valutazione (di derivazione industriale) dell'*output*, per verificare se quest'ultima corrisponde ad alcuni parametri determinati *a priori*. Un esempio classico è rappresentato dal controllo campionario della qualità dei beni o dalla tecnica del collaudo. A titolo di esempio, si potrebbe citare il caso delle automobili sulle quali viene effettuato un collaudo, oppure si verifica che le stesse rispondano ad al-

cuni parametri predeterminati. Per applicare una simile tecnica nel settore sanitario si dovrebbe disporre di *standard* definiti ed unanimemente riconosciuti in relazione alle caratteristiche qualitative dei prodotti.

Evidentemente, questo tipo di controllo può essere effettuato più agevolmente per i beni industriali, mentre si applica in maniera più difficoltosa ai servizi. Si tratta, quindi, di una linea che è stata seguita ma che poi è stata superata da quello che si può considerare il terzo livello del controllo di qualità, mediante il quale la verifica dell'*output* è strettamente collegata al controllo sul processo che lo origina. Anche questa strategia si presta ad applicazioni in campo industriale come, per esempio, nel settore degli altiforni, anche se evidentemente non intendo in alcun modo paragonare tale settore a quello sanitario.

In sostanza, il metodo consiste nel controllare lo svolgimento dei processi ed il rispetto delle sequenze prestabilite garantendo, in tal modo, il conseguimento di un certo risultato. Se, invece, non si riesce a valutare il risultato ottenuto, si può comunque verificare e guidare il tipo di processo da attuare. In questo caso, in sostanza, si effettua un controllo indiretto sull'*output* mediante la verifica delle sequenze operative. In campo sanitario l'applicazione di tale metodologia si traduce nel controllo di determinate sequenze di accertamenti diagnostici e terapeutici. Se, per esempio, si può verificare il dosaggio di alcuni reagenti usati in determinati esami clinici, evidentemente si effettua un controllo sulla qualità del risultato finale.

Tuttavia, anche questo tipo di verifica ha denotato alcuni limiti tipici dei sistemi professionali, come quello sanitario; conseguentemente, si è sviluppata una diversa strategia, basata sul controllo degli *input*. Infatti, nel momento in cui ci si trova di fronte ad un sistema nell'ambito del quale operano professionisti la cui azione non può essere guidata mediante l'imposizione di tecniche definite, si può

garantire la validità del risultato finale attraverso il controllo della qualità delle risorse impiegate. Quindi, tutti i sistemi professionali (non solo in campo sanitario) si stanno orientando verso la possibilità di acquisire fin dall'inizio del processo produttivo la garanzia per il risultato finale. Infatti, se viene scelto personale altamente qualificato e si utilizzano strumenti e beni di elevata qualità effettuando, in sostanza, un controllo sugli *input*, è possibile ottenere un'ottima qualità del risultato finale. Non vi è dubbio, quindi, che nel caso in cui venga scelto personale qualificato, pur non potendo definire le corrette sequenze di carattere diagnostico e terapeutico e non potendo verificare la qualità dell'*output*, si avrebbe comunque una sufficiente garanzia sulla validità di quest'ultimo.

Ho voluto fare tali precisazioni per dimostrare che nei sistemi organizzativi complessi è necessario adottare quattro tipi di controllo di qualità che, pur essendo logicamente alternativi, sono operativamente integrati.

È necessario ora analizzare i suddetti tipi di controllo di qualità in relazione al settore sanitario. Se si considera, in primo luogo, la logica del controllo basato sulla soddisfazione dell'utente, si può conseguire il risultato di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni offerte dal sistema sanitario attraverso l'informazione e l'educazione sanitaria della popolazione. Infatti, se quest'ultima si ponesse in un atteggiamento di fiducia incondizionata nei confronti delle prestazioni offerte, non sarebbe evidentemente in grado di valutare la qualità delle prestazioni stesse. Se, invece, la popolazione fosse correttamente informata sui meccanismi sanitari e sull'uso dei farmaci, rappresenterebbe una valida controparte in grado di indirizzare il sistema di offerta. Tuttavia, sappiamo che nella realtà ciò non si verifica, in quanto generalmente l'operatore che offre il servizio è in grado di condizionare il giudizio dell'utente.

Per quanto riguarda il secondo meccanismo di controllo cui intendo fare riferi-

mento, esso è basato sulla verifica dell'*output* ed è molto diffuso nelle attività sanitarie intermedie. Basti pensare ai controlli qualitativi degli accertamenti di tipo strumentale che possono essere effettuati, per esempio, sui laboratori di radiologia. In tale contesto, infatti, è possibile utilizzare tecniche di controllo qualitativo analoghe a quelle usate per i prodotti industriali. Il metodo consiste, in sostanza, nell'effettuare un controllo a campione su un certo numero di accertamenti sanitari e nel verificare la validità dei risultati conseguiti. Si tratta di un metodo seguito in molti paesi, dal momento che consente di valutare la qualità delle prestazioni offerte dai laboratori di radiologia o da altri servizi, basandosi sulla percentuale degli errori riscontrati negli esami effettuati. Tutto ciò senza dimenticare che, dal punto di vista scientifico, alcuni tipi di accertamenti, in condizioni diverse, strutturalmente e fisiologicamente forniscono risultati diversi. In questo caso si tratta di applicare alle tecniche industriali alcuni elementi di taratura di quello che può essere l'errore fisiologico.

Un terzo tipo di strumenti, attinenti al controllo dei processi, è rappresentato dai cosiddetti protocolli diagnostici e terapeutici: nelle società moderne, l'adozione di sistemi esperti che – analogamente a quanto avviene per i controlli diagnostici e terapeutici – non sono intesi come rigide imposizioni di legge, ma come strumenti di codifica delle conoscenze acquisite (sostanzialmente guide di comportamento nella fase di produzione, in cui le precedenti esperienze e le ricerche già effettuate vengono tradotte in protocolli, cioè in una sequenza di diagnosi e terapie) può fornire all'operatore una guida molto più sicura in termini di svolgimento dell'attività e quindi garantire la qualità finale.

Per quanto riguarda il controllo sugli *input*, gli strumenti tipici sono i processi di qualificazione e formazione del personale. In proposito, possiamo dire che, al di là di tutti i discorsi che si possono

fare in Italia, se non si presta attenzione ai suddetti processi per l'inserimento del personale e per una formazione continua, si possono fare tutti i controlli *ex post* possibili, ma si avrà sostanzialmente una scarsa attitudine del sistema a raggiungere risultati.

La parte di tipo tecnico del *technology assessment* (che presenta anche aspetti economici) dal punto di vista sanitario è uno degli strumenti di controllo *a priori*. La stessa sperimentazione dei farmaci può rientrare negli strumenti di controllo dell'*input* come garanzia per il controllo dell'*output*.

Se questo è il richiamo che può servire come griglia di lettura delle esperienze italiane e di altri paesi – premesso che non ho potuto fare un'analisi puntuale, che credo sia di competenza di altri relatori -- mi sembra di poter cogliere queste differenze: a livello nazionale e regionale abbiamo una legislazione che prevede alcuni tipi di controllo su determinati aspetti (alcune esperienze in proposito sono state ricordate nella seduta di ieri) come la verifica delle qualità o degli strumenti. Però, in generale – possono esservi alcune eccezioni – mi sembra che vi sia scarsa strumentazione in termini di tecniche gestionali. Non si può affermare che esiste un controllo di qualità solo perché la legge lo prevede o perché qualcuno ha detto che in teoria è fattibile. Il controllo di qualità avviene solo se esiste una strumentazione gestionale che induca gli operatori ad intervenire.

Quando dico che manca la strumentazione gestionale ed organizzativa intendo dire che nell'esperienza dei circoli di qualità l'esigenza di orientarsi verso l'utente – nel campo della sanità possiamo dire « il paziente » – si è tradotta non in una generica attenzione, ma in una rilevazione costante delle prestazioni o dei beni prodotti, attuata anche con metodi ed analisi statistiche sofisticati, che hanno consentito di individuare eventuali errori, o un livello di qualità delle prestazioni inferiore rispetto a quelle fornite da altri. Quindi la logica è stata tradotta in stru-

menti che hanno spinto e spingono a modificare i processi, volti ad eliminare gli errori od a migliorare la qualità delle prestazioni e – attenzione! – gestiti direttamente dagli operatori.

L'esperienza dei circoli di qualità dal punto di vista dei singoli elementi non rappresenta nulla di nuovo; la grossa novità sta nel fatto che tutto il sistema è gestito da chi produce le prestazioni che ha, quindi, il compito di verificarne i risultati anche dal punto di vista qualitativo. In pratica, la verifica non è più demandata ad organi dello Stato o specialistici i quali, non essendo coinvolti nel processo, hanno la possibilità di svolgere solo un controllo di qualità, e difficilmente o con molto ritardo intervengono sul processo stesso.

Anche in Italia ho sentito parlare di diversi tipi di controllo e di varie esperienze; tuttavia nel nostro paese, a differenza di altri, pur essendovi un'apposita normativa, spesso non esiste la strumentazione.

In conclusione, se dovessi trarre dalla mia relazione un'indicazione di comportamento sul piano legislativo, dovrei dire che sarebbe necessario prevedere normative che indichino cosa bisogna ed è possibile fare, come farlo e con quali tipi di verifiche ed interventi.

In Italia abbiamo una legislazione molto positiva sulla carta – qualcuno viene anche a studiarla per trarne spunto – ma manca la strumentazione: sarebbe pertanto opportuno prestare più attenzione a quest'ultimo aspetto.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Borgonovi.

WILLIAM JESSEE, *Vice President for education the joint commission for the accreditation of health care organizations of Chicago.* Signor presidente, onorevoli commissari, sono un medico e ricopro la carica di vicepresidente incaricato per la formazione presso la Commissione mista per l'accREDITAMENTO delle organizzazioni sanitarie degli Stati Uniti.

Dal 1951 tale Commissione è negli USA la principale istanza normativa per gli ospedali e per una serie di altri enti. Nello svolgimento di tale funzione la Commissione mista è subentrata ad un programma per la fissazione delle norme ospedaliere originariamente avviato dall'ordine dei chirurghi americani nel 1917. Attualmente partecipano a programmi di accreditamento circa 5.200 ospedali e altre 3.200 strutture sanitarie di vario tipo, vale a dire circa l'85 per cento di tutti gli ospedali statunitensi.

Si tratta di un'organizzazione volontaria senza fini di lucro, composta da rappresentanze della American Medical Association, della American Hospital Association e degli American Colleges of Physicians and Surgeons. Ho portato con me una copia del manuale di accreditamento per gli ospedali, contenente le norme cui le strutture sanitarie debbono attualmente attenersi e sarei lieto di lasciarla alla Commissione perché la esamini.

In quarant'anni di attività nel campo della fissazione delle norme e dell'impegno per la loro applicazione, abbiamo acquisito notevole esperienza in materia di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. Dal 1973 una delle norme del nostro programma di accreditamento prevede che ogni ospedale debba avere un programma di monitoraggio e valutazione permanenti della qualità dei servizi che fornisce, come strumento per individuare in modo continuativo i settori nei quali sia possibile introdurre miglioramenti.

Abbiamo imparato che a volte questo sistema non funziona, in particolare quando la cosa è vista come una imposizione da parte di un ente estraneo, anziché come un'attività internamente motivata, svolta da medici, infermieri e amministratori ospedalieri nel quadro del loro impegno per migliorare la qualità dei servizi offerti,

La medicina e l'assistenza sanitaria non sono scienze esatte: negli esseri umani vi sono rilevanti differenze biologiche e la pratica medica varia a seconda delle istituzioni, da una regione a un'al-

tra dello stesso paese e certamente differenze sostanziali vi possono essere in paesi diversi.

Per fare un esempio, la recente pubblicazione da parte della Comunità economica europea di un atlante dei tassi differenziali di mortalità tra i paesi della CEE, e all'interno dei paesi tra le regioni, ha registrato una grande diversità, molto simile a quella riscontrabile nei Stati Uniti, dove esiste un grande divario fra i comuni nei tassi di trattamenti chirurgici e nei tassi di mortalità in rapporto a diagnosi specifiche.

Esistono, dunque, enormi difformità; il primo passo verso il miglioramento qualitativo è di cominciare a chiedercene le ragioni. Lo scopo di un programma di verifica della qualità, in effetti, non è solo quello di verificarla, ma soprattutto quello di migliorarla. In qualsiasi sistema sanitario si riscontra una distribuzione della qualità in qualche modo simile alla normale diffusione delle malattie: una parte è eccellente, un'altra molto scadente e la quota maggiore sarà a metà strada tra i due estremi. Il compito degli operatori, delle istituzioni e del governo è di partire dalla qualità attualmente esistente e aiutare gli enti e il personale addetto a migliorarla.

Se consideriamo questa come la filosofia fondamentale del miglioramento della qualità, appare evidente che i modelli industriali di controllo della qualità possono offrirci molto nel campo sanitario.

Nell'industria la qualità presenta due componenti principali. Innanzitutto, il prodotto o il servizio debbono corrispondere alle esigenze del consumatore. Tale aspetto è facilmente riscontrabile nell'industria manifatturiera, perché si applicano metodi di controllo statistico della qualità, in base ai quali la frequenza dei difetti o degli insuccessi stabilisce se il prodotto o il servizio soddisfa o meno le esigenze dei consumatori.

Nel settore sanitario la cosa diventa leggermente più complessa perché i pazienti tendono a definire le loro esigenze in termini di accesso, di convenienza, di bassi costi, di sollecitudine da parte degli

operatori, di *comfort* e di ritorno alla condizione normale dopo la malattia. Gli operatori sanitari tendono a definire la qualità in termini abbastanza diversi, concentrandosi maggiormente sul rispetto dei parametri professionali per pervenire ad una esatta diagnosi, ad un risultato ottimale e ad un trattamento adeguato, in relazione alla diagnosi ed alle condizioni del paziente.

Coloro che pagano, dal canto loro, tendono a considerare la qualità in termini del tutto diversi, ponendo principalmente l'attenzione sull'efficienza, sulla rapidità con cui il paziente si ristabilisce e sulla minore spesa in termini finanziari. Si tratta di esigenze legittime, anche se sarebbe opportuno individuare la strada per giungere ad un compromesso che consenta la confluenza delle diverse prospettive, collegate alle rispettive esigenze di qualità, cui tendono i pazienti, gli operatori e coloro che pagano le cure.

Un secondo elemento della definizione di qualità vigente nell'industria è rappresentato dal continuo progresso verso l'eccellenza. Si tratta di un aspetto al quale vorrei invitarvi a prestare particolare attenzione, perché una lezione che abbiamo appreso negli Stati Uniti è che quando si pone al centro degli sforzi di verifica della qualità soltanto il soddisfacimento delle esigenze, si tende ad avere una attività minimalista. Vi sono esempi per i quali, controllate le terapie, la conclusione consiste nel fatto che i relativi *standard* sono stati soddisfatti, senza che venga fatto altro. Pervenire ad un obiettivo di autentica qualità comporta la necessità di domandarsi come le cure possano essere migliorate e cosa si possa fare per migliorare in futuro la qualità rispetto a quella attuale.

L'industria americana e di altri paesi ha imparato dai giapponesi a caro prezzo come l'impegno per migliorare continuamente la qualità abbia garantito al Giappone un sostanziale vantaggio; attualmente stiamo imparando, con un po' di ritardo, che la qualità deve essere perseguita nel corso del processo produttivo, prima di essere verificata nei risultati.

Si può concludere che nell'assistenza sanitaria la qualità presenta quattro componenti. Innanzitutto, la buona prestazione professionale. Sotto tale profilo dobbiamo chiederci se ciascun operatore sanitario realizza completamente ciò che dovrebbe fare in termini di *standard* professionali e se i risultati ottenuti siano i migliori realizzabili per un paziente, considerata l'età, la diagnosi e la gravità della malattia. Una seconda componente della qualità è l'efficienza. Il risultato, cioè, è ottenuto nel modo più efficiente possibile, con il minore impiego di risorse, in modo tale che le risorse disponibili assicurino il maggior beneficio al più grande numero di persone?

Una terza componente della qualità è rappresentata dalla minimizzazione del rischio. Qualsiasi intervento medico comporta taluni rischi di malattie addizionali (anche una innocua iniezione di penicillina, per esempio, può comportare un rischio). La buona qualità significa ridurre al minimo il rischio di ulteriori danneggiamenti che possano riguardare il paziente successivamente all'intervento medico.

Infine, come quarta componente della qualità nel settore dell'assistenza sanitaria occorre considerare la soddisfazione del paziente. I servizi forniti sono tali da soddisfare il paziente, da indurlo a rispettare i comportamenti terapeutici raccomandati, in modo tale da conservare o migliorare il suo stato di salute?

Per avere successo, gli sforzi di miglioramento della qualità, nel quadro di un'istituzione o di una regione, o a livello nazionale, debbono basarsi sul richiamo alle motivazioni professionali ed organizzative per un automiglioramento. Tali sforzi, inoltre, debbono intervenire a più livelli, per consentire agli individui una possibilità di confronto. Per esempio, in molti nostri ospedali si può fare un'analisi di frequenza delle complicanze, delle infezioni da interventi chirurgici, delle difficoltà conseguenti all'anestesia, ma è molto difficile inserire tali informazioni nel contesto, in assenza di dati regionali o nazionali che possano essere utilizzati

come quadro di riferimento. Pertanto, è essenziale realizzare attività di verifica della qualità a diversi livelli: locali, regionali, nazionali ed istituzionali.

Le attività di miglioramento della qualità debbono far parte della gestione della struttura, del processo stesso di assistenza sanitaria ed essere considerate come collegate alla responsabilità dei medici, delle infermiere e di tutti gli operatori sanitari in seno ad un'organizzazione, oltre che alla struttura amministrativa.

Gli elementi essenziali per ottenere un miglioramento della qualità in seno ad una struttura organizzata sono cinque. Il primo di essi è l'impegno, che può assumere la forma della chiara formulazione di un obiettivo, con la quale si dica che, quale che sia oggi il livello della qualità, è parte essenziale del nostro compito operare perché in futuro la qualità venga migliorata. Tale compito, dunque, deve essere associato ad un tipo di cultura che ne faciliti l'assolvimento. Infatti, se il livello culturale è quello dell'ispezione, della paura che qualcuno scopra un errore e che a ciò seguirà una punizione, non solo il miglioramento della qualità è improbabile, ma è del tutto probabile. invece, un suo deterioramento.

La cultura organizzativa deve essere tale da riconoscere che possono essere commessi errori. La qualità non sarà mai perfetta in una struttura sanitaria di questo mondo; pertanto, bisogna realizzare uno sforzo costante per apprendere dagli errori commessi, riducendo le probabilità che gli stessi errori si ripetano in futuro. Tale obiettivo richiede un'atmosfera di apertura, di sostegno, e in concreto, richiamando i criteri di gestione giapponesi, comporta la necessità di considerare un errore come un elemento prezioso, dal momento che da esso può sorgere la possibilità di imparare e di migliorare.

Una seconda componente essenziale del miglioramento della qualità è rappresentata dall'adeguatezza delle risorse. Infatti, è impossibile migliorare la qualità semplicemente sulla base dell'intenzione di realizzare tale obiettivo; deve realizzarsi, infatti, un impegno di risorse fi-

nalizzato, per esempio, all'attività di formazione ed allo sviluppo dell'informazione. La gente può impegnarsi per il miglioramento della qualità ma ha bisogno di un'informazione sul tipo di qualità attualmente garantita, un'informazione, cioè, che le consenta di paragonare le sue prestazioni a quelle degli altri. Inoltre, ha bisogno di apprendere i sistemi di utilizzazione di tale informazione per farne uno strumento dal cui impiego possa derivare il continuo miglioramento dei servizi forniti.

In terzo luogo, occorre sviluppare gli stessi sistemi di informazione. Negli Stati Uniti molte istituzioni, grandi e piccole, hanno elaborato dati finanziari molto dettagliati nel quadro del sistema dei rimborsi, dati che consentono l'individuazione di quasi tutte le prestazioni fornite durante il corso del servizio sanitario. Ci rendiamo conto ora di quanto possano essere preziosi tali dati finanziari ai fini della valutazione della qualità.

Consideriamo un esempio specifico. Nei nostri ospedali, solitamente, ciascuna analisi di laboratorio e ciascun farmaco creano un addebito. Tale addebito viene inserito in un sistema di informazione computerizzato per la fatturazione. La potenzialità di questo tipo di informazione ai fini della verifica della qualità è facilmente constatabile. Se un paziente ha un addebito per un farmaco anticoagulante, come il Coomadin, e nel contempo non ha alcun addebito per l'opportuna analisi di laboratorio per controllare il grado di anticoagulazione, come il tempo di protrombina, tale situazione può segnalare un possibile problema di qualità. Stiamo cominciando a studiare la possibilità di usare sistemi di informazione finanziaria come strumenti per analizzare le questioni cliniche, per un *feedback* che porti ad un miglioramento della qualità delle cure.

Una quarta componente essenziale è rappresentata dall'adeguatezza della formazione e dell'addestramento all'uso dell'informazione clinica come strumento per migliorare l'efficienza manageriale e, quindi, la qualità delle cure.

Nelle organizzazioni sanitarie i *manager* provengono spesso da ambienti formativi nei quali sono stati essenzialmente preparati come operatori sanitari, medici, infermieri, tecnologi e, quindi, si trovano ad assolvere funzioni manageriali soltanto in virtù del fatto di avere una buona dose di competenza clinica e di emergere come le persone più competenti in seno all'organizzazione.

Tuttavia, pochi di noi hanno ricevuto una formazione specifica di tipo manageriale, e ancor meno indirizzata all'uso dell'informazione clinica o amministrativa come strumento per migliorare la qualità del lavoro svolto da chi ha responsabilità di gestione. È essenziale, pertanto, promuovere l'adozione di programmi di preparazione specifica per gli amministratori delle organizzazioni sanitarie.

Infine – si tratta probabilmente dell'aspetto prevalente – è essenziale che vi siano incentivi positivi al miglioramento dell'assistenza sanitaria. Molto spesso si registra soltanto la punizione per la qualità scadente, anziché qualche tipo di gratificazione per il miglioramento della qualità. Nel nostro paese abbiamo un sistema piuttosto elaborato di controlli, la maggior parte dei quali non perseguono finalità gratificanti, ma soltanto di censura o di punizione. In tale contesto diventa molto difficile indurre le persone ad ammettere errori e ad esaminare con franchezza le possibilità di miglioramento. Uno dei maggiori ostacoli al miglioramento della qualità negli Stati Uniti, per esempio, è rappresentato dall'atmosfera contenziosa che circonda la responsabilità per la cattiva pratica medica, per cui i medici sono riluttanti ad ammettere di aver potuto compiere un errore, nel timore di essere condotti davanti ad un giudice e condannati a pene pecuniarie.

Per tali ragioni vi suggerirei di creare sistemi in cui si dia un maggiore incoraggiamento alle buone prestazioni, scegliendo coloro che operano bene e gratificandoli pubblicamente, piuttosto che basarsi sulle sanzioni previste per le cattive prestazioni.

Qual è il ruolo del governo nel settore del miglioramento della qualità? A mio avviso, le principali funzioni che il governo può assolvere sono quattro. Anzitutto, e ovviamente, il finanziamento della ricerca, per conoscere maggiormente ciò che funziona e ciò che non funziona nel settore della medicina. Proprio questa settimana la Commissione finanze della Camera dei rappresentanti degli Stati Uniti ha esaminato un disegno di legge volto a garantire maggiori fondi per la ricerca sull'efficacia e sui risultati delle cure mediche. Si tratta di un passo avanti molto positivo, che consentirà di conoscere quali pazienti ricevano il maggior vantaggio e da quali trattamenti e per cercare di diffondere questo tipo di informazione nell'ambito della comunità medica, allo scopo di aumentare sia l'efficienza sia l'efficacia del sistema sanitario. Senza una migliore conoscenza di quello che funziona o non funziona, di quali pazienti ricevano un beneficio ovvero non lo ricevono, sarà difficile ottenere miglioramenti dalla qualità.

In secondo luogo, i governi dovrebbero porsi come strumenti di stimolo rispetto alle attività di miglioramento della qualità. Ho già detto come i sistemi di informazione e i professionisti preparati rappresentino elementi essenziali per rendere efficaci le attività connesse con il miglioramento della qualità. Negli Stati Uniti ha fatto la sua comparsa una categoria di persone, chiamate « professionisti della verifica di qualità », la maggior parte delle quali dispongono di una preparazione specifica in campo infermieristico e nella gestione delle pratiche mediche. Tali persone svolgono un ruolo essenziale negli ospedali: contribuiscono alla raccolta di informazioni, lavorano con i medici, le infermiere e gli altri operatori nell'analisi delle pratiche, lavorano sulle cartelle dei pazienti, sviluppano relazioni sull'incidenza delle complicanze e su varie altre misure di carattere qualitativo finalizzate al processo di miglioramento.

Avrete certamente notato come la maggior parte dei paesi che hanno sviluppato programmi nazionali della verifica

della qualità si sia dotata di una determinata organizzazione per la formazione e l'addestramento (in Olanda, per esempio, il CBO e l'Organizzazione nazionale olandese per la verifica della qualità negli ospedali).

Un terzo campo nel quale i governi possono svolgere un ruolo essenziale in questo processo è quello dell'azione nei confronti delle istituzioni formative, perché garantiscano alle future generazioni di medici, infermieri ed altri operatori sanitari una preparazione specifica sotto il profilo del miglioramento della qualità, prima del loro ingresso nel mondo della professione. È estremamente importante che, durante il processo formativo, i futuri dirigenti delle organizzazioni sanitarie imparino a comprendere che la loro funzione importante consiste nella gestione del costante miglioramento della qualità dei servizi sanitari. Se si opera bene in questo settore, tutti gli altri aspetti dell'attività di gestione ne saranno positivamente influenzati.

Infine, il governo può svolgere una funzione importante nel fornire incentivi al miglioramento della qualità, considerando l'eventualità di un aumento dei finanziamenti agli enti che diano prova di impegno e di efficienza del miglioramento della qualità dei servizi che forniscono. Ciò può sembrare strano, perché gli enti con maggiori problemi qualitativi possono essere quelli che presentano maggiori necessità di ulteriori finanziamenti per favorire la soluzione di quei problemi. Il governo può svolgere un ruolo essenziale e creare un sistema in cui siano offerti incentivi positivi per il continuo miglioramento delle cure, anziché un sistema in cui prevalga una mentalità di ispezione e nel cui ambito le persone siano indotte a porsi sulla difensiva qualora si tratti delle loro prestazioni.

In conclusione, negli USA, sulla base di 35 anni in materia di accreditamento e miglioramento della qualità negli ospedali, abbiamo assistito ad una costante evoluzione, caratterizzata dall'abbandono progressivo delle tendenze incentrate sulla regolamentazione e sull'imposizione

a favore di quelle concentrate principalmente sulla promozione, sull'incoraggiamento e sul sostegno concreto.

Spero che in Europa, in Italia, non ripetiate gli errori commessi negli Stati Uniti e sappiate trarre insegnamenti dall'esperienza da noi vissuta. Auspico, pertanto, che siate in grado di sviluppare programmi di elevamento della qualità nelle vostre istituzioni, così da contribuire a migliorare continuamente il servizio fornito al popolo italiano.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Jesse anche per la documentazione che lascerà agli atti della nostra Commissione.

HIROSHI NAKAJIMA, Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità. Onorevoli membri della Commissione affari sociali, illustri ospiti e colleghi, sono lieto di avere la possibilità di parlare a questa eminente Commissione e di illustrare alcune prospettive della nostra organizzazione riguardo l'importante questione sul tappeto.

La qualità dell'assistenza sanitaria, in particolare nei paesi più poveri, può essere un concetto poco chiaro e persino minaccioso. Assistenza sanitaria di qualità è spesso sinonimo di costosa alta tecnologia o di livello ottimale della pratica medica, ed è quindi lontanissima dalla realtà quotidiana. La qualità è interpretata nel senso della esclusività. È ovvio che l'assistenza di alta qualità può essere ottenuta in presenza di un adeguato finanziamento. Con risorse limitate, e persino in diminuzione, una tale assistenza diventa privilegio di un sempre più esiguo numero di persone.

Tuttavia, se noi interpretiamo la qualità dell'assistenza nel senso del rispetto degli *standard* appropriati, di un'assistenza fornita quando è necessaria, nella sede giusta e al giusto livello, allora il senso stretto e l'importanza operativa della verifica di qualità diventano più chiari. L'ideale è realizzare un equilibrio socialmente accettato fra qualità, costo e accessibilità.

Le esposizioni dei precedenti oratori si sono soffermate sulla finalizzazione specifica, clinica, per malattia, di gran parte dell'attuale lavoro di valutazione della qualità. È stato posto l'accento sulla misurazione della qualità del risultato in condizioni *standard* o in una struttura sanitaria specifica quale l'ospedale.

Questi studi hanno a che fare con problemi essenzialmente simili, concernenti il modo di calibrare gli indici delle qualità e ottenerne uno aggregato ragionevole. Le medesime questioni possono riguardare la valutazione della qualità di quello che definirei un sistema sanitario totale, che finora non è stato oggetto di adeguata attenzione. Anche la qualità del sistema sanitario come quella dell'intervento individuale, può comprendere una valutazione del processo di *input* e del risultato.

Per quanto riguarda i mezzi, la qualità dell'*input* può essere valutata esaminando la formazione, la specializzazione, le conoscenze, il comportamento del personale, il grado di igiene e di sicurezza della struttura sanitaria, il lavoro e l'adeguatezza degli impianti e delle forniture a disposizione della struttura in rapporto alla situazione epidemiologica ed alle risorse umane disponibili.

La valutazione della qualità del processo dell'assistenza sanitaria non riguarda semplicemente il fatto che esso sia all'altezza del relativo quadro tecnologico e miri all'efficacia e alla sicurezza, ma anche che esso soddisfi la dimensione umana della persona in modo socialmente e culturalmente accettabile ed in maniera integrata ed attenta. Anche i vari livelli delle cure a disposizione degli individui, delle famiglie e delle comunità presentano un aspetto di qualità, oltre alla necessità che esse siano fornite in modo continuativo ed affidabile.

Dal punto di vista del risultato, quello che conta di più nella qualità dei sistemi sanitari, a livello nazionale o locale, sono i cambiamenti ottenuti in relazione al livello di rischio, di sopravvivenza, di morbidità, di invalidità e nello sviluppo fisico e mentale della popolazione complessiva.

Un particolare aspetto della misurazione delle prestazioni del sistema totale è quello dell'ampiezza degli obiettivi di cui si deve necessariamente tener conto.

Tutti voi, ne sono certo, siete a conoscenza dell'obiettivo dell'OMS della « Sanità per tutti » per l'anno 2000. La parola più importante in questa formulazione è « tutti ». In un sistema sanitario fondato sull'assistenza di base, promuovere la qualità comporta la ricerca attiva degli individui, delle famiglie e delle comunità non servite o insufficientemente servite, unitamente ad un impegno per migliorare il loro accesso alle cure. Dato che la gestione della programmazione e la valutazione delle risorse e dell'attività sanitaria vengono eseguite meglio a livello locale, a livello distrettuale parleremo di una qualità equivalente in tutti i distretti di un paese, rurali o urbani che siano.

In termini operativi, verifica della qualità per « tutti » significa verifica della qualità nei singoli sistemi sanitari locali. In pratica, nella valutazione della qualità dovrebbero essere inclusi indici relativi alla distribuzione delle risorse, alla accessibilità e alla utilizzazione dell'assistenza sanitaria. Indici della valutazione di qualità, da includere nel sistema complessivo di valutazione e programmazione, dovrebbero essere registrati come dati di *routine* nella valutazione autonoma o come elemento di normale supervisione dei sistemi sanitari. Un'ulteriore prova della qualità può essere ottenuta usando, se necessario, altri mezzi di valutazione, come la revisione medica, l'esame degli *standard* professionali, e via dicendo.

Può essere utile un'analisi delle leggi e dei regolamenti, inclusi l'autoregolamentazione professionale, il codice della pratica medica, il codice di controllo della qualità per i farmaci e le normative di sicurezza per installazioni e mezzi di assistenza sanitaria. L'esistenza di norme e regolamenti ufficiali può proteggere un programma da forme di lassismo e dare un appoggio formale a misure puramente amministrative miranti ad assicurare la qualità. Inoltre, i regolamenti forniscono

una giustificazione per l'ispezione periodica dell'attività sanitaria da parte di funzionari di altri settori.

Sono necessari maggiori sforzi per stimolare un'ulteriore consapevolezza dell'importanza della verifica della qualità nell'assistenza sanitaria. Essi comprendono la fornitura delle informazioni rilevanti al pubblico e alle autorità sanitarie. Sono molto lieto di vedere che questo argomento viene oggi affrontato dai legislatori italiani. È da augurarsi che una simile iniziativa sia presa in altri paesi. I singoli stati e l'OMS dovrebbero cogliere ogni possibilità per sostenere l'inclusione della verifica di qualità nelle attività di sviluppo dell'assistenza sanitaria di base. Anche organizzazioni non governative, come la federazione mondiale della sanità pubblica, l'associazione medica mondiale, la federazione mondiale per la formazione, il consiglio internazionale delle infermiere e l'associazione internazionale per la verifica della qualità debbono intensificare i loro sforzi in questo campo. Lavorando in cooperazione con l'OMS, essi possono favorire un'accresciuta consapevolezza dell'importanza della verifica di qualità nel settore sanitario. Inoltre, essi potrebbero fornire un'assistenza a sostegno di programmi orientati alla qualità. È probabile che le attività iniziali nella verifica della qualità sollevino questioni che richiedono ulteriori ricerche, ad esempio per chiarire gli approcci, gli *standard* e le normative ottimali per favorire la qualità dell'assistenza sanitaria di base in un determinato paese e in un determinato contesto.

Tale questione è stata affrontata dal comitato consultivo dell'OMS per la ricerca sanitaria alla sua 29ª sessione, nell'ottobre 1988; sono state individuate diverse priorità. Questi sforzi devono continuare ed essere intensificati. La vita umana e la qualità dell'assistenza sanitaria sono concetti che è impossibile separare. Eppure, abbiamo visto alcuni sviluppi della tecnologia sanitaria che mettono a rischio la vita umana, o che comunque tendono a ridurre l'elemento qualitativo nell'assistenza sanitaria. Dob-

biamo esaminare attentamente queste interrelazioni. Dobbiamo anche cercare di individuare degli *standard* qualitativi che, pur non essendo magari i più elevati raggiungibili, siano adeguati all'efficienza e all'efficacia in rapporto al costo. Senza tale elemento, non sarà mai possibile raggiungere un equilibrio.

Sotto questo aspetto, vorrei menzionare la recente iniziativa dell'OMS a favore della qualità nelle attività di difesa della vita e nell'assistenza sanitaria di base, ma in particolare nelle cure terminali dei pazienti affetti da tumore. Come sapete, nei paesi sviluppati la cura dei pazienti terminali affetti da tumore richiede tecnologie e terapie molto sofisticate che infliggono sofferenze ai pazienti e alle loro famiglie, le quali soffrono anche per l'elevato costo delle cure terminali. Abbiamo introdotto la somministrazione di una terapia a base di morfina per bocca, con un adeguato sostegno psico-sociale per i pazienti terminali; questa iniziativa è stata ora felicemente estesa in molte zone del Giappone, degli Stati Uniti e in parte dell'Europa. Si è ora raggiunto l'obiettivo della morte dignitosa degli esseri umani, nel quadro del sostegno della qualità finale della loro vita.

Come sapete, l'Italia ha un duplice ruolo da svolgere in merito alla qualità della sanità pubblica. Dal punto di vista interno, il mantenimento e il miglioramento dei livelli dell'assistenza sanitaria resteranno un importante obiettivo sociale e politico. Su scala globale il vostro paese, come sostenitore dell'assistenza sanitaria di base nei paesi meno sviluppati, gode di una posizione influente. Perciò l'interessamento per la qualità della vita dovrebbe continuare a ricevere la dovuta attenzione.

Sono molto lieto di mettere a disposizione di questa Commissione una copia di una pubblicazione dell'OMS intitolata « Valutazione globale e verifica nell'assistenza di base », che fornisce informazioni di singoli paesi su varie iniziative

in questo campo, come pure su recenti attività della nostra organizzazione e sui suoi piani per interventi futuri.

Prima di concludere, vorrei mostrare alla Commissione due diapositive che illustrano chiaramente la nostra posizione sul tema della verifica della qualità nell'assistenza sanitaria di base che si esplica con i seguenti punti (vedi allegato n. 6):

non può esservi miglioramento del livello sanitario senza efficacia dell'azione; nessuna efficacia, senza la qualità degli interventi (nel settore sanitario come in altri); non c'è qualità degli interventi, senza risorse sufficienti di qualità sufficiente, né la loro efficacia sarà ottimale senza la qualità dell'intervento;

la qualità è il rispetto degli *standard* nazionali o regionali;

la qualità definita dagli *standard* locali dovrebbe essere assicurata per tutti, sempre;

la qualità non è necessariamente dipendente dal livello della tecnologia più o meno sofisticata;

la qualità non sempre costa di più; può anche costare di meno;

la qualità è irraggiungibile senza una copertura quantitativa.

Il secondo grafico riassume il quadro del miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria di base. Gli obiettivi dell'attività dell'OMS sono:

obiettivo generale: sostenere i paesi nel processo di inserimento del controllo della qualità nell'organizzazione dei loro sistemi;

promuovere obiettivi specifici: la comprensione dell'importanza e della realizzabilità della verifica di qualità nel contesto della strategia sanitaria di base, in particolare nei paesi in via di sviluppo; assistere i paesi in via di sviluppo nella messa a punto di metodi pratici per il controllo della qualità nell'assistenza sanitaria di base;

sostenere lo sviluppo delle competenze nel controllo della qualità per l'applicazione nei sistemi sanitari nazionali e regionali basati sull'assistenza sanitaria di base;

collaborare nella misura necessaria alla realizzazione del controllo della qualità dell'assistenza sanitaria da parte dei paesi;

favorire la mobilitazione a livello nazionale e internazionale delle risorse essenziali per realizzare i suddetti obiettivi.

PRESIDENTE. Con l'intervento del professor Nakajima, che ringrazio, si conclude la prima fase della quinta sessione; invito pertanto i partecipanti a rivolgere domande e chiarimenti ai nostri ospiti.

GIROLAMO SIRCHIA, *Segretario della Federazione italiana della società di medicina e primario dell'Istituto immunotrasfusionale del policlinico di Milano*. Desidero sottolineare alcune considerazioni del professor Jesse, di cui ho apprezzato la brillante relazione, e del professor Borgonovi. Un aspetto importante del loro intervento, che contribuisce a chiarire alcuni equivoci emersi ieri durante il dibattito, riguarda i programmi di *quality assurance* o meglio di *quality improvement*, che dovrebbero essere gestiti da professionisti e considerati un modo per migliorare la loro preparazione; quindi, non devono essere intesi in senso punitivo, bensì migliorativo della prestazione professionale. Ritengo si tratti di un concetto importante, sul quale bisognerebbe essere tutti d'accordo, perché ci consentirebbe di definire esattamente il suo significato.

A mio avviso, in questo momento sarebbe opportuno passare dalle teorie alla identificazione dei meccanismi e degli strumenti per la loro applicazione; anzi, ritengo che ciò dovrebbe costituire uno dei prossimi appuntamenti cui sarà chiamata la Commissione affari sociali. Insisto, quindi, su tale raccomandazione, perché è necessario individuare in con-

creto le modalità di attuazione dei nostri programmi teorici.

Per la loro realizzazione è necessaria una politica di investimenti basata sulle priorità da soddisfare, tra le quali deve comprendersi anche l'educazione sanitaria e la continua formazione professionale del medico, problemi relevantissimi, che però, a mio avviso, non sono considerati in tutta la loro importanza. Alcuni colleghi, infatti, hanno affermato che questi due aspetti costituiscono i pilastri fondamentali della figura sanitaria, sui quali si fonda la qualità della loro prestazione.

ANNA MARIA BERNASCONI. Anch'io ritengo che le iniziative del professor Sirchia, illustrate presso l'organo parlamentare che dovrebbe emanare norme legislative applicabili ed efficaci pur nel continuo mutamento del Servizio sanitario in Italia, soprattutto dal punto di vista funzionale, siano particolarmente importanti.

Considero altrettanto importante l'osservazione del professor Borgonovi, secondo cui in Italia esistono disposizioni di legge di fatto scarsamente applicabili o addirittura inapplicate. Personalmente, ho avuto modo di osservare che spesso nella normativa italiana, in particolare in quella sanitaria, il legislatore si preoccupa di varare leggi garantiste, senza poi introdurre vere garanzie per assicurarne l'applicabilità. La stessa osservazione è stata formulata anche dal professor Sirchia, e credo che molti operatori presenti abbiano constatato questa dicotomia tra norme scritte, che avrebbero una loro utilità ed efficacia, ed una pratica assolutamente inincidente sulla realtà. Tale consapevolezza servirà ai componenti la Commissione affari sociali come stimolo non soltanto per l'emanazione di nuove norme, laddove vi siano carenze legislative, ma anche per l'individuazione di strumenti operativi. Vorrei soltanto aggiungere che un intervento attivo non può prescindere da iniziative legislative per così dire intelligenti.

Il professor Borgonovi ha citato alcuni esempi di *quality assurance*, come gli *standard* ed i protocolli; per quanto mi

riguarda, credo che essi siano strumenti efficaci da usare però in maniera intelligente, perché sarebbe un errore fondamentale pensare che la programmazione sanitaria si possa basare sugli *standard*. Approfito della presenza del professor Paderni, direttore dell'ufficio programmazione del Ministero della sanità, per alcuni chiarimenti in merito al fatto che spesso vi è un uso distorto dei parametri medici. A mio parere, i protocolli diagnostici e quelli terapeutici, se usati in modo non corretto, potrebbero rivelarsi addirittura inopportuni e forse anche più dispendiosi per la sanità pubblica.

Il problema, quindi, consiste nell'individuare norme che incidano nella pratica e strumenti che siano applicabili al caso concreto. Ma il problema è anche quello di un uso attento e colto degli strumenti.

Riferendomi alla puntualizzazione del professor Nakajima in merito alla necessità di rendersi sempre conto della realtà su cui si agisce, valutandola in una visione globale, credo che nel nostro caso, inizialmente sarebbe sufficiente l'individuazione di pochi elementi, purché risultino estremamente incidenti. A mio avviso necessiterebbe soprattutto una rilevazione delle risorse attuali della sanità, che si riveli in grado di indirizzarci, poi, verso un cambiamento di qualità. Il professor Jessee, ad esempio, ha fatto riferimento ai dati finanziari, sottolineando che da essi è stato possibile acquisire conoscenze sul funzionamento degli ospedali. Dal canto mio, riferendomi invece ad uno dei parametri che assai spesso usiamo per misurare il grado di efficienza della nostra struttura ospedaliera, cioè quello relativo al numero delle giornate medie di degenza, desidero far osservare come spesso non si tenga conto del fatto che la caduta della media di degenza in Italia è dovuta, in realtà, al regime di ricovero in *day hospital* il quale, a livello di pratiche di accettazione, non risulta separato da quelle relative alla normale degenza, ovviamente più prolungata. Di fatto, questo tipo di rilevazione dei dati produce informazioni inesatte. Anche in questo caso, quindi, occorre che l'infor-

mazione sia calata nella realtà che viviamo, così da poter contribuire a cambiare un sistema sanitario che tutti vorremmo vedere diverso.

PRESIDENTE. Professor Sirchia, desidero ringraziarla – e mi scuso per non averlo fatto prima – per la raccomandazione da lei rivoltaci poc'anzi. Sottolineo, comunque, che uno degli obiettivi di quest'indagine conoscitiva è proprio quello di ricevere una diretta « provocazione » da parte di persone che abbiano motivi culturali, tecnici o di esperienza operativa per poterlo fare. La ringrazio, quindi, per qualsiasi « pressione » intenda esercitare su di noi.

GIUSEPPE SARETTA. In modo semplice e diretto, vorrei chiedere al professor Borgonovi se gli sia possibile ampliare il discorso sui criteri di responsabilizzazione, che la Commissione è molto interessata ad approfondire, in quanto ritiene che attraverso una precisa responsabilizzazione dell'amministrazione e degli operatori sia possibile attivare circuiti di controllo di qualità. In questo momento, non è facile collegare questo tipo di discorso all'osservazione svolta poco fa dal professor Jessee, il quale ha sostenuto che per ottenere di più giova non tanto il ricorso alle sanzioni e alle prescrizioni, quanto il portare avanti una sorta di coinvolgimento. E poiché il professor Jessee ha accennato in modo preciso alle difficoltà incontrate per poter rendere attuativi i criteri di responsabilizzazione, a causa di una componente sempre presente, cioè quella della variabilità, vorrei sapere se egli non ritenga opportuno intervenire anche sulla domanda. Una volta postulato che le risorse non sono infinite, le chiedo, professor Jessee, se sia ipotizzabile intervenire allo scopo di circoscrivere lo spazio del bisogno, ovviamente analizzando le patologie sulle quali il sistema sanitario, pubblico o privato che sia, intenderà operare.

PIERLUIGI MOROSINI, *Dirigente di ricerca dell'Istituto superiore di sanità*. Desidero, innanzitutto, rivolgere al professor

Nakajima una domanda in merito alla *primary health care*, a proposito della quale il riferimento dell'OMS è essenzialmente relativo alla maggiore importanza che, rispetto alla medicina ad alta tecnologia, essa assume nei paesi in via di sviluppo. Mi chiedo, tuttavia, se recentemente l'OMS non abbia pensato di rivolgere la sua attenzione al ruolo della *primary health care* anche nei paesi industrializzati, dove essa si trova a dover affrontare problemi diversi da quelli dei paesi in via di sviluppo, problemi, forse, di natura più psicologica che sociale: ad esempio, il ruolo che nel nostro paese riveste il medico di base nel portare avanti un'azione di psicoterapia, per la quale non ha alcuna preparazione, o quello che è chiamato a svolgere nell'assistenza agli anziani.

Considerato che siamo ormai prossimi alla conclusione di quest'indagine conoscitiva, vorrei avanzare qualche proposta pratica, pur rendendomi conto di espormi ad inevitabili perplessità, in quanto so bene che ogni nuovo intervento può dar luogo ad imprevedibili effetti perversi. Comunque, riferendomi alla discussione svoltasi ieri, la mia prima proposta è quella di promuovere progetti nazionali di studi di *follow up*. Ad esempio, in Finlandia, sono stati studiati gli esiti delle ricerche condotte su tutti i casi di schizofrenia diagnosticati in un anno. Mi risulta, inoltre, che l'American office of technologycal assessment ha lanciato un'importante campagna in questo senso con un rilevante finanziamento distribuito ai centri di ricerca del paese. In molti casi, infatti, nella pratica, al di là di quelli relativi alle sperimentazioni cliniche controllate, i risultati non sono conosciuti, e, comunque, necessita un loro confronto con quelli ottenuti in aree ed in base a casistiche diverse. Ovviamente, negli studi di *follow up* è possibile tener conto degli aspetti sia più propriamente clinici, sia di costo e di interazione umana, a cui si è riferito il professor Nahajima, che sono divenuti ormai imprescindibili anche negli studi di tipo sanitario.

Dunque, mentre da un lato si potrebbe agire in direzione di una *quality assurance* che divenga ricerca valutativa, volta non tanto a verificare ipotesi, quanto a suggerirne e a precisarne, dall'altro si potrebbero ipotizzare meccanismi di incentivo di studi del ciclo della QA (*quality assurance*), cioè identificazione del problema ed elaborazione dei criteri *standard*, da parte dei medici (criteri ragionevoli, che non siano, cioè, una sorta di « lista della lavandaia » che magari comprenda, su un campione di diecimila casi, anche ciò che può servire ad un solo paziente). In pratica, una lista di criteri, l'analisi di ciò che accade, l'intervento migliorativo e la verifica degli effetti dell'intervento stesso. A mio avviso, tutto ciò è abbastanza facile da promuovere nell'ambito della formazione, anche perché i finanziamenti vi sono ed in forma cospicua, ma vengono spesso dispersi e mal utilizzati, divengono aggiornamenti che non riguardano l'attività quotidiana, quali quelli, ad esempio, promossi per i medici di base. Si tratta, invece, di orientare l'attività di formazione in questo senso. Al riguardo esistono già adeguati incentivi; probabilmente, occorrerà soltanto assumere ulteriori iniziative, quali la possibilità di partecipare a congressi o la promozione nel nostro paese di studi sulla *quality assurance*.

Vorrei conoscere l'opinione del professor Borgonovi su tali proposte.

ALESSANDRO LIBERATI, *Capo del laboratorio di epidemiologia clinica dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano*. Ritengo che l'intervento odierno del professor Jessee sia stato molto utile anche in relazione alla discussione, piuttosto accesa, che si è sviluppata ieri sul problema degli incentivi. Il professor Jessee, infatti, ha spiegato molto esaurientemente la differenza esistente tra incentivi negativi e positivi e soprattutto quella tra gli incentivi strettamente economici e quelli di tipo professionale. Credo però sia opportuno chiarire, per meglio comprendere i problemi da affrontare in vista di una riforma (sia nel caso di interventi sul controllo dei costi, sia sul piano del-

l'assicurazione di qualità), che il nostro sistema sanitario è, sotto diversi punti di vista, bloccato. In altre parole, all'interno di esso vige una divisione molto netta, tra le competenze di carattere amministrativo-gestionale e quelle di carattere sanitario, che impedisce una comunicazione reale tra le stesse. Il professor Tognoni dimostrava ieri come alcuni semplici interventi di *feedback* sul consumo dei farmaci abbiamo drasticamente ridotto la spesa per i medesimi in alcune unità sanitarie locali. Ebbene, possiamo ironicamente affermare che quel risparmio consiste nel fatto che negli anni successivi quelle unità sanitarie locali riceveranno minori finanziamenti per la spesa farmaceutica e non avranno quindi la possibilità di reinvestire quanto risparmiato in attività promozionali di tipo educativo.

Da questo punto di vista, convincere i clinici ad utilizzare meccanismi come quelli proposti ieri dal dottor Shaw, di *clinical budgeting*, può risultare controproducente per i medesimi, se non si fornisce un criterio di flessibilità. Mi rendo conto che si tratta di un discorso piuttosto difficile, poiché vi è il rischio di creare accanto a spazi di autonomia, situazioni di arbitrio.

Tali valutazioni possono essere valide anche sul versante più generale relativo alle sanzioni. Si parla molto in questo periodo di aziendalizzazione del nostro sistema sanitario: in tal caso, dovremmo anche accettare un radicale cambiamento nel meccanismo dei contratti e sostenere — come tutte le aziende che si rispettano — che il personale inefficiente debba essere licenziato, o comunque essere sottoposto a misure di tipo correttivo.

Simili aspetti, piuttosto problematici, non devono essere dimenticati nel momento in cui assumiamo determinate parole d'ordine, giuste o sbagliate che siano.

Vorrei sottolineare un'ulteriore questione, anche in relazione a quanto poc'anzi affermato dal professor Morosini. Recentemente, si è ottenuto un finanziamento — grazie all'impegno dell'ufficio programmazione e del professor Paderni

in *primis* — finalizzato a creare una nuova rete di progetti, chiamati « prototipali », consistenti, proprio come indicava il professor Morosini, in programmi dimostrativi a livello nazionale, esplicitamente mirati al trasferimento di tecnologie o di procedure di documentata efficacia al Servizio sanitario nazionale. Personalmente, mi sto occupando in questo momento di un progetto che ha come centro focale il trasferimento del meccanismo della *quality assurance*; l'oggetto della sperimentazione consiste, cioè, nel verificare se i clinici coinvolti in programmi di autovalutazione della propria pratica possano migliorare la loro professionalità. Si tratta di un progetto limitato al problema della oncologia femminile, quindi ad un'area di patologia relativamente ristretta, ma ciò che conta è soprattutto il metodo con cui esso viene realizzato. Nel progetto sono coinvolti i clinici di molte regioni del nord e sud d'Italia, ma quando mi trovo a discutere con clinici della Calabria o della Sicilia, dove non esiste, su una popolazione di 7 milioni di abitanti, un singolo ospedale dotato di reparto di radioterapia, mi chiedo quanto sia utile valutare piccoli aspetti della loro pratica clinica in assenza addirittura delle strutture di base per fornire terapie oggi considerate efficaci. Dico questo per sottolineare che spesso molti operatori, pur interessati a partecipare a queste attività, si trovano in condizione di richiedere innanzitutto sostanziali miglioramenti in aree dove le strutture sono largamente inadeguate.

Auspico, pertanto, e mi rivolgo in particolare al professor Paderni, che l'opportunità che ci è stata fornita di discutere e centrare i problemi relativi alla valutazione di qualità, costituisca anche un'occasione — se concordiamo sull'ipotesi di alcuni progetti strategici a livello nazionale e di una diffusa attività di promozione a livello locale — per saldare l'impegno assunto dal Governo, di un investimento massiccio per il riadeguamento delle strutture, con i programmi di *quality assurance*. A tali programmi, però, deve a mio avviso porsi una duplice attenzione, sia alla valutazione di problemi

specifici locali sia ad alcuni grandi aspetti strutturali che altrimenti rischiano di limitare la possibilità di un miglioramento effettivo degli interventi.

PRESIDENTE. Suspendo brevemente la seduta.

La seduta, sospesa alle 11,30, è ripresa alle 12,45.

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori, scusandomi per il ritardo dovuto ad un incontro stampa in cui è stato impegnato il professor Nakajima.

FRANCO PERRARO, *Presidente della Società italiana di VRQ*. Vorrei fare un breve commento e porre alcuni quesiti relativi a quanto detto questa mattina dai professori Borgonovi e Jessee sul problema della *quality assurance*.

Mi sembra sia stato messo in evidenza, da punti di vista diversi, che la strategia della *quality assurance* — che parte da un problema manageriale, di ricerca di mercato o industriale (la *total quality* giapponese) — fornisca indicazioni molto precise ed importanti per quel che riguarda la sua applicazione alla sanità. Naturalmente si deve tener conto delle differenze ben note esistenti in questo settore, nel quale le certezze non sono le stesse che si possono rinvenire in un ambito industriale.

Tuttavia, da queste considerazioni si possono trarre spunti interessanti per l'applicazione dell'attività di *quality assurance* al settore sanitario e ritengo che quanto detto dal professor Jessee relativamente ad alcune esperienze americane sia estremamente importante e debba essere attentamente valutato.

Vorrei però dire che in Italia abbiamo alcuni riferimenti legislativi, provenienti dai contratti di lavoro e dalle indicazioni dei progetti di pianificazione sanitaria, per l'attività di *quality assurance*.

Se analizzassimo i motivi per i quali in Italia il sistema sanitario non funziona — perché la *quality assurance* è una meto-

dologia che ci deve fornire l'opportunità di compiere un'analisi di questo tipo — potremmo individuare due aspetti.

In primo luogo, quando in Italia si istituiscono commissioni per l'esame di determinati argomenti, per l'avvio di programmi e per la realizzazione di studi specifici, non esistono sufficienti supporti finanziari che ne garantiscano l'operatività. In secondo luogo, queste commissioni sono pletoriche perché si tende ad accontentare troppi interlocutori.

Sarebbe necessario, a mio avviso, istituire commissioni tecniche ben supportate da mezzi finanziari e di informazione e formate da un numero limitato di esperti e componenti; questi ultimi inoltre, se dipendenti dal Servizio sanitario nazionale, dovrebbero essere posti a comando in modo da lavorare per il tempo necessario senza essere distratti da altri compiti, come invece avviene attualmente (il che rende estremamente problematico il funzionamento di questi organismi).

Questa è la prima raccomandazione che intendo rivolgere e sulla quale vorrei ascoltare l'opinione dei relatori.

Vorrei anche chiedere al professor Jessee di suggerire qualche tipo di incentivazione che potrebbe essere presa in considerazione con gli opportuni adattamenti per la realtà italiana.

Vorrei anche affrontare un argomento emerso in alcuni interventi, sia nella seduta di ieri sia in quella odierna, come ad esempio in quello del dottor Liberati, relativo ai progetti strategici. In particolare quest'ultimo si chiedeva come si possa procedere in questo tipo di iniziative se in alcune regioni come la Calabria o la Sicilia non esistono neanche reparti di radioterapia.

Ritengo che, se si devono introdurre progetti di *quality assurance*, si debbano certamente valutare questi aspetti, ma identificando situazioni abbastanza omogenee. Dobbiamo partire da situazioni di base omogenee nelle quali esistono le attrezzature, le competenze e le possibilità di realizzare progetti di valutazione; altrimenti bisognerebbe identificare altri argomenti più semplici e più facili da correggere.

Tra l'altro, una delle indicazioni della *quality assurance* è quella di individuare problemi semplici e concreti che siano in grado di coinvolgere il maggior numero di partecipanti e per i quali si abbia effettivamente la possibilità di cambiare i comportamenti e, quindi, di migliorare la situazione.

Certamente si pone anche il problema di realizzare questo tipo di interventi, che però si riferiscono ad una qualità ottimale delle cure, legata ad una serie di risorse di cui non tutti possono disporre.

Vorrei conoscere l'opinione dei relatori anche su questi argomenti.

Infine, vorrei chiedere al professor Nakajima quali rapporti esistano tra l'Organizzazione mondiale della sanità e la sua sezione europea, che ha avviato una serie di attività specifiche per l'Europa in merito alla *quality assurance*. Vorrei sapere se esista un collegamento tra le due componenti dell'OMS e quale sia il significato di questa collaborazione.

GUIDO BERTOLASO, *Capo ufficio della cooperazione sanitaria del Ministero degli affari esteri*. Vorrei fare solo alcune rapide annotazioni nell'ambito dello specifico campo di cui si occupa il Ministero degli affari esteri, cioè la cooperazione con i paesi in via di sviluppo.

Vorrei ricordare che l'Italia nel settore degli aiuti sanitari ai paesi in via di sviluppo è il terzo paese al mondo per quanto riguarda gli impegni finanziari, di personale e di mezzi, dopo gli Stati Uniti ed il Giappone.

Vorrei anche ricordare che il Ministero degli esteri, tramite la direzione generale competente, in collaborazione con il Ministero della sanità, ha rapporti costanti tecnico-scientifici non solo con la sede centrale di Ginevra dell'Organizzazione mondiale della sanità, ma anche con i suoi uffici regionali, quello per l'Europa di Copenaghen, quello per le Americhe di Washington, quello per l'Africa di Brazzaville, quello per il Mediterraneo di Alessandria d'Egitto, quello per l'Oriente di Nuova Delhi, quello per l'Estremo oriente di Manila.

Inoltre, il Ministero degli esteri intrattiene rapporti con tutte le organizzazioni internazionali, non solo delle Nazioni unite, che si occupano a vario titolo del problema della salute: dalla Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) di Parigi, alla Banca mondiale di Washington, alla Croce rossa internazionale di Ginevra. Naturalmente, il Ministero degli esteri ha rapporti costanti con le organizzazioni delle Nazioni unite che pure si occupano dei problemi della sanità, come l'UNICEF, l'Alto commissariato per i profughi, l'Organizzazione per i disastri e gli interventi di emergenza e l'Organizzazione per la lotta contro la droga. Questa brevissima presentazione potrà essere approfondita, da chi lo desidera, con la lettura di due documenti – che il Ministero degli affari esteri entro la prossima settimana invierà alla Commissione – il primo dei quali comprende i principi-guida della programmazione del Governo italiano nel settore dell'assistenza sanitaria nei paesi in via di sviluppo; il secondo illustra gli interventi concretamente attuati. Il nostro compito è quello di valutare e perfezionare la qualità delle forme di cooperazione, le quali hanno lo scopo di migliorare il funzionamento dei servizi sanitari di tali paesi. Il dottor Nakajima ha già rapidamente tracciato il quadro della situazione sanitaria dei paesi a cui si rivolge la nostra attività; ritengo comunque che sia ben nota a tutti e credo che essa dovrebbe essere attentamente considerata anche in rapporto alle esperienze realizzate nei paesi cosiddetti ricchi. In nazioni in cui la spesa sanitaria *pro capite* spesso non raggiunge la cifra di un dollaro all'anno, è evidente che si deve compiere uno sforzo nell'analisi costo-beneficio dell'intervento che si attua, sia dal punto di vista del paese donatore, sia da quello del paese destinatario che deve gestire la propria salute.

A mio parere, l'analisi dettagliata delle esperienze più interessanti e degli errori commessi nella realizzazione dei programmi nei paesi in via di sviluppo può tornare utile anche per i paesi più avanzati.

L'Italia si preoccupa di verificare la qualità dei mezzi e delle risorse che utilizza in tali paesi tramite alcuni sistemi di valutazione che sono indicati nei documenti di cui vi ho parlato. Ovviamente il Ministero si occupa anche di valutare l'impatto degli interventi che vengono realizzati. In questa sede mi limiterò a citarvi un capoverso del capitolo riguardante tale valutazione: « Noi riteniamo che sia assai complesso e di scarso significato valutare l'impatto di un intervento utilizzando gli indicatori di salute più comuni, essendo necessario invece provvedere all'esame delle modifiche degli atteggiamenti, delle conoscenze e dei comportamenti delle popolazioni beneficiarie, piuttosto che limitarsi alla considerazione numerica della variazione di un quoziente ». Questo capoverso, come altri, viene poi presentato tramite esperienze concrete nel nostro rapporto annuale.

Concluderò il mio intervento – riprendendo anche alcune osservazioni svolte questa mattina – affermando che l'Italia, quando realizza programmi a favore dei paesi in via di sviluppo, si impegna su due punti specifici. Il primo riguarda il coinvolgimento delle comunità locali: siamo convinti infatti che non sia possibile attuare alcun intervento teso a migliorare la situazione sanitaria dei popoli, senza rendere le stesse comunità partecipi della gestione del problema. Il secondo concerne la formazione del personale. Credo che ovunque nel mondo, ma soprattutto nei paesi in via di sviluppo, si avverta sempre più l'esigenza di *manager* che sappiano gestire i servizi sanitari. Notiamo invece la totale assenza di attività di formazione di personale sanitario a livello medico e paramedico in grado di manifestare capacità organizzative. In tale contesto ricorderò il corso per *manager* di attività a livello distrettuale nei paesi in via di sviluppo che viene realizzato dal Ministero degli affari esteri in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità con il patrocinio dell'Organizzazione mondiale della sanità. Tale corso consiste in una specie di *master* che è al secondo anno di attività; anche su tale

esperienza provvederemo ad inviarvi la documentazione necessaria.

SERGIO PADERNI, *Direttore dell'ufficio per la programmazione sanitaria del Ministero della sanità*. Dopo aver ascoltato le relazioni degli esperti qui presenti e le domande poste dai deputati, forse può essere utile ai nostri ospiti stranieri ed agli amici italiani conoscere quali iniziative il Ministero della sanità – quindi l'esecutivo – stia predisponendo nella materia in discussione.

Si è detto chiaramente che esistono norme specifiche, ora però è necessario passare alla fase pratica. Sono state sollecitate normative che non solo esplicitino ciò che deve essere fatto, ma indichino anche le modalità di attuazione. In un periodo di *deregulation*, suscita in me preoccupazione la richiesta di norme di questo tipo, tanto più che abbiamo sentito dire che la *quality assurance* deve contribuire a stimolare un'alta gestione professionale del processo di verifica; quindi, inviterei alla prudenza per quanto riguarda l'eteronormazione. Mi preoccuperei piuttosto di offrire punti di riferimento, per esempio *standard* e protocolli, che possono anch'essi essere fuorvianti se troppo rigidi; tuttavia, se si deve svolgere un'attività di comparazione, occorre disporre almeno degli elementi di riferimento.

Probabilmente il vero problema che è emerso più volte anche nelle parole di Ferraro è quello delle strumentazioni, ossia delle risorse finanziarie necessarie a realizzare le iniziative che si programmano per migliorare la qualità degli interventi. Sicuramente occorrono dati informativi ed a questo scopo è stata sottolineata l'importanza della attivazione di sistemi informativi in ausilio alla *quality assurance*. Sono necessari inoltre supporti alle decisioni ed alle valutazioni dei responsabili sanitari, tecnici o di gestione. Bisogna ancora poter disporre di manuali, metodologie e linee-guida. Forse l'unica norma che ci occorre effettivamente riguarda le misure sostitutive nel caso in cui si verifichino inadempienze di taluni soggetti.

Dopo questa brevissima introduzione desidero chiarire che per il Ministero della sanità la verifica e la revisione della qualità non sono concepite come una metodica utile, ma rappresentano la componente strutturata di una politica globale che si prefigge la valutazione non già del singolo aspetto, del singolo presidio o procedura, ma del sistema nel suo insieme secondo quell'approccio che esprimeva anche il professor Nakajima, perché al livello centrale compete la valutazione dell'intero sistema. Per capire bene il punto di vista dell'ufficio della programmazione del Ministero della sanità, bisogna ricordare che esso aveva il compito di correlare l'offerta con la domanda; se fossimo in un regime di mercato, esso non avrebbe dovuto creare problemi, in quanto il prezzo avrebbe assunto il ruolo di intermediatore rispetto ad un bisogno che viene espresso in domanda da colui che è disposto a pagare il prezzo.

La realtà è che in Italia il sistema sanitario è organizzato in modo tale che sia il cittadino ad esprimere il bisogno che, tramite l'interpretazione tecnica del medico, si trasforma in domanda. Successivamente l'unità sanitaria locale sosterrà i costi in assenza di un prezzo.

Il medico, quindi, quale operatore tecnico intermediario, diventa il fattore comune di due insiemi che si intersecano. Il bisogno viene trasformato in domanda, che viene soddisfatta attraverso l'impiego delle risorse dell'offerta da un mediatore tecnico che ha il pregio di appartenere ad ambedue gli insiemi.

Nel nostro sistema, l'equilibrio tra domanda e offerta è sotto la responsabilità precipua dell'operatore tecnico. Da qui tutta la nostra attenzione al modo di interpretazione del bisogno da parte del medico che dovrà ricorrere alle risorse del sistema per farvi fronte in termini qualitativi e quantitativi.

Se all'interno di tale interpretazione sistemistica poniamo i veri fattori che generano il bisogno sanitario, si può notare che tra essi vi è l'ambiente che interagisce con la popolazione, facendo derivare

un bisogno sanitario mediato dall'interprete con erogazioni sul versante dell'offerta utilizzando organizzazione, personale, beni fissi, attrezzature e risorse finanziarie.

Saltando l'analisi della domanda che riguarda l'ambiente, la sicurezza del lavoro, gli alimenti, la sanità pubblica, la popolazione (intesa come struttura e come comportamenti che riguardano i valori di normalità media statistica), le patologie espresse, la mortalità, quali fattori che esprimono questa complessa domanda, il compito del servizio della programmazione sanitaria era quello di realizzare un equilibrio tra risorse disponibili e bisogni, stabilendo priorità e livelli assistenziali che consentono di mantenere in equilibrio il sistema. Si tratta di un'analisi macroeconomica che, pur tuttavia, si realizzava di fatto nell'operato del decisore tecnico che, a seconda del metodo di interpretazione del bisogno, lo traduceva in domanda in accordo o meno con le strategie di programmazione e con le indicazioni di *standard*, di valori medi e di livelli di assistenza. Per consentire all'operatore tecnico di porsi in sintonia con le indicazioni macroeconomiche di programmazione sanitaria, occorre fornire delle informazioni all'operatore. Tali informazioni occorre anche al servizio della programmazione. Di qui la teoria del sistema informativo strutturato sulla base di tre sottosistemi: il sistema epidemiologico (che analizza la domanda), il sistema informativo gestionale (per la correlazione tra domanda e offerta) e un sistema informativo derivato da questi ultimi, cosiddetto di governo, che consenta di valutare le relazioni tra l'offerta e la domanda. Tale sistema servirebbe anche a restituire informazioni all'operatore tecnico per la valutazione del proprio comportamento rispetto al modello teorico di programmazione e rispetto al comportamento di tutti gli altri operatori. Queste stesse informazioni, che in questo caso servono ad un'autovalutazione, vengono anche avviate alle commissioni professionali di verifica e revisione di qualità per una « eterovalutazione ».

Conoscendo l'entità delle risorse impiegate e la natura dei prodotti che otteniamo, possiamo stabilire delle valutazioni di efficienza. Conoscendo, attraverso il sistema informativo epidemiologico, qual era la situazione di rischio e il bisogno da soddisfare (come questo sia stato interpretato e quali risposte ne siano derivate) è possibile effettuare valutazioni di qualità e di efficacia del sistema.

All'interno di tale complesso schema vi è il punto specifico della valutazione e della revisione di qualità. Avendo, infatti, restituito le informazioni agli operatori tecnici, la commissione professionale è in grado essa stessa, utilizzando le valutazioni di efficacia, di aprire un dialogo con gli operatori tecnici per far crescere la professionalità innescando processi di formazione, di aggiornamento professionale, di modifica dei processi e di richiesta delle risorse necessarie, per far sì che questa impostazione da sistema modellistico diventi la realtà di tutti i giorni.

Per provvedere in termini di processo di riforma globale, abbiamo ipotizzato una strategia a quattro livelli. Il primo consiste nel riordinamento istituzionale del Servizio sanitario, le modalità del quale stiamo discutendo proprio in questi giorni (aziendalizzazione delle USL, introduzione del *manager*, previsione della contabilità direzionale, incompatibilità intesa come condizione per l'esercizio all'interno del servizio).

In secondo luogo vi è il piano degli investimenti. Finora siamo riusciti a risolvere il problema di un investimento edilizio, in attrezzature e in tecnologie per 33 mila miliardi di lire, ai quali devono essere aggiunti 24.057 miliardi per i prossimi dieci anni. Con 57 mila miliardi è possibile cambiare la situazione, fornendo le strutture, le attrezzature e le strumentazioni mancate nel passato. L'impiego di tali risorse deve essere finalizzato. Per tale motivo sorge la necessità anche di una valutazione dell'impiego tecnologico.

L'altro investimento che occorre effettuare, per il quale non vi sono ancora risorse disponibili, riguarda la formazione. Esiste poi un livello di misure con-

tingenti che anno per anno si adottano per correggere il tiro.

L'intero impianto è basato su quattro moduli. Il primo riguarda la lettura ottica (PLAS, prescrizione a lettura automatica standardizzata) delle prescrizioni mediche al di fuori dell'ospedale per consentire la valutazione del comportamento prescrittivo in termini di impiego di farmaci, di analisi, di accertamenti diagnostici e di ricoveri ospedalieri.

Dei DRG se ne è parlato diffusamente ieri, mentre gli OPT (osservatori dei prezzi e delle tecnologie) rappresentano un altro sottosistema informativo che consentirebbe di effettuare il *technology assessment* permettendo di valutare sia l'acquisto, sia l'impiego delle tecnologie e dei materiali di consumo. Tutto ciò sarebbe in funzione dell'attivazione di processi costanti autogestiti di verifica e di revisione di qualità.

Un'ultima questione che desidero illustrare alla Commissione è stata introdotta con il decreto-legge n. 111 del 1989, reiterato ieri dal Consiglio dei ministri. In tale provvedimento si ipotizza che il Ministero, entro quest'anno, emani un decreto per definire un sistema nazionale integrato di controlli sui meccanismi di spesa che, oltre a prevedere la lettura ottica, il DRG, l'OPT e la verifica e revisione di qualità, crei un sistema globale di indicatori di *performances* derivati da tale sistema informativo. Tali dati hanno condotto finora alla pubblicazione di monografie regionali, che venivano inviate agli enti interessati nella speranza che provvedessero spontaneamente ad un processo di autocorrezione; oppure le modifiche intervenivano ogni anno per il tramite delle leggi finanziarie (il presidente Bogi sa quante volte abbiamo dovuto condurre una battaglia su queste inefficaci misure nazionali che venivano « calate dall'alto » e non servivano a niente).

A questo sistema ne abbiamo sostituito un altro, che entrerà in vigore dal prossimo anno e che ho il piacere di annunciare in questa sede: per ogni regione, USL e presidio verrà elaborato un rapporto di sintesi dei dati fuori media,

che darà luogo ad un dibattito tecnico con i responsabili della regione per definire un piano di interventi a breve termine; vale a dire un piano di misure da attuare nel corso dell'esercizio successivo, definendo fin dall'anno precedente quali possano essere i risultati concreti, misurabili e conseguibili. Questo piano verrà concordato in sede politica tra l'assessore ed il ministro competente, dando luogo ad un'attuazione alla quale legare gli incentivi di produttività. In sostanza, per la prima volta, tali incentivi saranno connessi al fatto di avere effettivamente conseguito i risultati del piano di intervento a breve termine. Ciò significa conferire alla regione la possibilità di dar vita a sua volta ad un negoziato con le USL, i presidi, ed il sindacato, relativo alla gestione di un processo di cambiamento che, cogliendo gli aspetti disfunzionali, si proponga determinate correzioni nell'anno specifico, sulla base di indicatori di risultato predeterminati, ai quali sono legati gli incentivi.

Ciò richiederà una nuova raccolta di dati, al fine di poter operare una verifica sull'attività svolta. Crediamo che il sistema indicato, il quale naturalmente avrà bisogno di due o tre anni, anche per dotare le unità sanitarie locali della strumentazione adeguata, permetterà a chi esercita responsabilità di governo, regionale o centrale, di gestire un processo misurato di cambiamento, basato sull'attivazione della verifica e della revisione di qualità in tutti i settori (tecnologici, ospedalieri ed extraospedalieri), in conformità di quel processo strutturato che ho cercato di esporre.

Questa è la nostra filosofia, cui sono ispirate le normative che abbiamo elaborato ed alla quale sono finalizzati gli impieghi di risorse *ad hoc*, iscritte nel bilancio del 1990 e degli anni successivi ed alla quale si conforma anche il piano sanitario nazionale in cui si teorizza il modello illustrato.

Oggi si tratta, con il contributo di tutti ed introducendo gli adeguamenti in sede periferica che non possono essere contemplati nelle norme nazionali, di passare dal che cosa fare al come farlo.

GIULIO PRIGIONI, *Primo consigliere della rappresentanza permanente d'Italia presso gli organismi internazionali a Ginevra*. Premetto che è molto difficile parlare dopo una discussione e degli interventi di così grande interesse.

In primo luogo desidero ringraziare il presidente e quanti mi hanno dato l'opportunità di partecipare ad un dibattito che ha un impatto così rilevante sulla vita politica e sociale del nostro paese. Ciò vale soprattutto per chi, risiedendo all'estero, molte volte deve basarsi su notizie indirette o riportate dai *mass media* ed ha raramente la possibilità di colloquiare a viva voce con i rappresentanti del Parlamento italiano.

Desidero ringraziare, nel contempo, il direttore generale dell'OMS, professor Hiroshi Nakajima, che con lungimiranza ha voluto accettare prontamente l'invito che gli è pervenuto, per il tramite della nostra rappresentanza, a partecipare al dibattito in corso.

Vorrei ricollegarmi brevemente all'intervento svolto poco fa dal dottor Bertolaso che ha ricordato, con molta chiarezza e precisione, il grande sforzo che l'Italia, attraverso il Ministero degli esteri, compie in favore dei paesi in via di sviluppo. Tuttavia devo anche sottolineare che la rappresentanza italiana presso gli organismi internazionali e lo stesso Ministero non si limitano a svolgere una funzione di programmazione e di aiuto per i paesi in via di sviluppo nei contatti con i vari organismi internazionali, né affrontano esclusivamente problemi di carattere politico (il direttore Nakajima sa quanto abbiano pesato tali problemi nell'ultima assemblea mondiale della sanità, che si è conclusa venerdì scorso). Anche il personale diplomatico di cui faccio parte è disponibile a favorire una comunicazione per quanto riguarda il confronto sui problemi esistenti tra organismi multilaterali, come l'OMS, ministeri competenti e strutture specializzate e ritengo che ciò sia molto importante.

Richiamandomi all'intervento del professor Morosini, che ha parlato di grandi progetti, di studi di *follow up* che po-

tranno intervenire nel campo della formazione, di problemi dell'informazione e così via, voglio dire che potrebbe essere utilizzato, per incentivare la conoscenza e l'informazione, il contributo degli esperti che risiedono sul posto, che operano a contatto con gli organismi multilaterali (che naturalmente non si esauriscono con l'OMS, che ha una competenza sanitaria, mentre, per esempio l'OIL svolge compiti di natura sociale) affinché possa stabilirsi e continuare il processo di osmosi avviato nelle giornate di ieri e di oggi.

Mi scuso per aver affrontato argomenti *à coté* della discussione tecnica vera e propria, ma come diplomatico la mia preparazione non è medica, bensì politico-economica. Purtroppo, come si è constatato nell'Assemblea mondiale della sanità e nell'incontro di Copenaghen sui problemi del centro regionale, le questioni politiche assumono un ruolo prevalente, che rientrano nella competenza della rappresentanza permanente, insieme ai problemi dei paesi in via di sviluppo. Mi domando, quindi, se l'organismo di cui faccio parte non possa favorire quell'osmosi di cui dicevo.

PRESIDENTE. Invito i relatori a replicare per esporre il loro giudizio.

ELIO BORGONOVÌ, Direttore del CERIGAS di Milano. Per fornire le risposte che ci vengono richieste, inizierei da un problema di fondo, sperando che non entrino in discussione aspetti di amicizia e stima personale, partendo dall'ultima osservazione del professor Paderni.

La mia opinione è che si debba operare un confronto, nel senso che non condivido la filosofia di fondo del suo discorso (sul quale credo la Commissione dovrebbe riflettere perché si tratta di un problema che in sede istituzionale merita un approfondimento). Tale filosofia risponde a modelli di governo razionale di realtà complesse, che ormai sono superati da tutte le analisi ed anche a livello di impresa.

Credo che il piano esposto, basato su una serie di elementi sistematici e com-

plici, non possa funzionare neanche nella più efficiente multinazionale e, pertanto, sarebbe necessario meditare a lungo sui discorsi che sono stati fatti.

In primo luogo, ho sentito utilizzare l'espressione « sistema integrato di *performance* del servizio sanitario » da cui si analizzerebbero gli scostamenti e le medie per ogni USL e per ciascuna regione. Quando nel 1970 sono entrato all'università il primo seminario che seguii e che, aveva per oggetto i sistemi informativi, era tenuto dal professor Franco Momi-gliani, il quale sosteneva che il sistema informativo integrato di una certa impresa italiana era stato abbandonato come filosofia di fondo, perché erano più lunghi i tempi necessari per elaborarlo che quelli di utilizzazione.

Al di là di questa considerazione, una serie di elementi recati dal professor Paderni mi sembrano importanti, però desidero stabilire una chiara distinzione, nel senso che i termini su cui si basano i modelli di programmazione razionale degli anni sessanta e settanta erano i seguenti: *standard* che possano consentire un confronto oggettivo; equilibrio fra domanda ed offerta; spostamenti che indichino di per sé elementi di giudizio positivo o negativo; interventi per riportare le azioni delle unità operative a livello di obiettivi prefissati.

Ebbene, i modelli di gestione di tipo manageriale, ma anche di governo di macrosistema che oggi sono prevalenti si basano su concetti di imprenditorialità, flessibilità, comprensione e gestione delle differenze, piuttosto che sulla ricerca della omogeneità e dell'uniformità (cioè sul governo della differenza e non sull'eliminazione della stessa), sulla sperimentazione guidata e sullo sviluppo organizzativo. Mi sembra si tratti di termini abbastanza diversi da quelli che concernono i modelli razionali.

Ho molto riflettuto prima di svolgere un intervento in questo senso. Esso, comunque, non vuol costituire un attacco, ma, dal momento che ci troviamo nella sede più opportuna, è teso a chiarire le nostre posizioni, che sono abbastanza di-

stanti dall'impostazione che ho riassunto. Del resto, chi opera nella sanità deve tener conto, fra gli altri elementi, anche della necessità di un certo *fair play*; in questo caso, si tratta soltanto di confrontarsi dal punto di vista culturale e da parte mia — come certamente accade anche nel caso del professor Paderni — sono convinto di non avere la verità « in tasca ».

Svolgerò ora una serie di chiarimenti più puntuali. Mi è stato chiesto cosa siano gli *standard* e i protocolli.

Ho paura di protocolli imposti in modo rigido a livello di legge o di organizzazioni professionali, che a volte si trasformano in strutture di cooptazione, per le quali diviene vera la tesi scientifica sostenuta da chi ha il potere in un determinato momento. Viceversa, i protocolli sono strumenti importanti se vengono gestiti con una filosofia diversa e in modo che anche le organizzazioni professionali rivestano un proprio ruolo.

In questo senso, il protocollo è una guida utile per codificare il sapere consolidato e per fornire indicazioni, ma non deve essere gestito come un elemento rigido. Le persone che lo hanno definito si confrontano con esso e sono indotte a giustificare lo scostamento, poiché, se una determinata sequenza viene stabilita sulla base del sapere consolidato, sta al professionista che se ne discosta dimostrare l'opportunità della propria scelta, senza che il protocollo serva a sancire una penalizzazione nei suoi confronti.

In secondo luogo, il protocollo è uno strumento di formazione, poiché, se un certo numero di persone operanti, non dico a livello nazionale, ma nello stesso reparto, sono costrette a puntualizzare la propria azione in termini di sequenza, il confronto fra i comportamenti scaturiti può fornire indicazioni di miglioramento.

Si tratta, in altre parole, di utilizzare il protocollo al fine di costruire la memoria storica di un'organizzazione, come uno strumento base per permettere l'ingresso di personale nuovo, di giovani, per gestire la formazione e per creare responsabilità.

Diversamente, il protocollo indotto come pseudo-strumento razionale, portatore della verità assoluta, mi spaventa e mi preoccupa.

Allo stesso modo mi preoccupano gli *standard*. In tal senso vorrei che fosse approntata un'azione di controllo, al fine di verificare che *standard* rigidi ed uniformi su tutto il territorio hanno portato nella realtà pubblica soltanto l'effetto di aumentare la dotazione delle risorse, senza necessariamente migliorare l'efficienza. Possiamo cercare di capire quali siano i meccanismi di tale fenomeno, tuttavia esistono studi notevolissimi a dimostrazione di esso. La conseguenza che si verifica è un'attestazione a livelli di spesa più elevati; in alternativa, quando gli *standard* vengono imposti in maniera rigida, portano sì alla riduzione delle risorse e, quindi, al contenimento della spesa, ma anche ad una grave riduzione della qualità finale. In sostanza, quando si riesce, con una manovra autoritaria di governo (esercitabile in paesi con un livello di democrazia non elevato) a contenere la spesa, spesso si deve pagare il prezzo di uno scadimento della qualità delle previsioni sanitarie. Probabilmente si può anche constatare qualche eccezione sulla quale discutere, ma occorrerebbe comunque analizzare in quali condizioni essa si verifica.

Per quanto riguarda i problemi relativi al passaggio, alcune argomentazioni sollevate mi hanno fatto ricordare il rischio di agire come Maria Antonietta (che a chi chiedeva pane faceva dare le *brioche*). Occorre fare molta attenzione ed evitare di perseguire risultati estremamente sofisticati in mancanza di obiettivi più semplici.

Perché in Italia a volte non si supera la fase della « implementazione »? Quando sollecitavo la specificazione di talune modalità, non intendevo richiedere la puntualizzazione di una serie di questioni di dettaglio, ma volevo soltanto dire che bisogna definire per le commissioni obiettivi precisi (qualora vengano previste per legge), le condizioni per renderle operative, gli elementi di verifica

(in questo senso, faccio riferimento all'intervento del professor Perraro) e le indicazioni di metodologia su come vadano condotte. In seguito, in mancanza di determinati obiettivi raggiunti in presenza di una certa quota di risorse, le commissioni (come qualsiasi altra forma di intervento) dovrebbero essere sciolte.

Ricolligandomi alle argomentazioni svolte dall'onorevole Saretta, ritengo non sia possibile guidare a livello nazionale le singole USL, poiché la politica industriale, per esempio, prevede elementi di incentivo, ma ha un senso in presenza di imprese che sviluppino al proprio interno la capacità di raggiungere l'efficienza, l'efficacia e l'autocontrollo. In realtà, il problema è quello di avere a livello nazionale pochi (massimo dieci) e significativi indicatori. Quando il presidente di una multinazionale discute delle numerose aziende operanti nei diversi paesi, ha a disposizione due fogli di carta, non di più. Si tratta di riscrivere quelle due pagine in modo diverso rispetto all'impresa che opera sul mercato rapportandoli a specifici indicatori in grado di segnalare l'evoluzione del sistema. Sulla base di essi, quest'ultimo deve poter generare al suo interno elementi di « premio-punizione », che incidano sulle modalità di attribuzione del finanziamento.

Siccome non possiamo partire dagli indicatori di risultato economico e di profitto, visto che non siamo nel mondo delle imprese, occorre tenere conto del fatto che il settore della sanità deve risolvere due ordini di problemi: innanzitutto, quello relativo all'equilibrio economico e di gestione, che può tradursi in indicatori di risultato, di struttura dei costi e delle entrate e di rapporti fra tipi di costi e tipi di entrate; in secondo luogo, quello concernente l'attività reale, con indicatori di domanda ed offerta, relativi alla stima della domanda in rapporto alla struttura della popolazione, alla quantità e al *mix* di prestazioni erogate (con eventuale *divario*) ed alla capacità di « importazione » ed « esportazione » — scusate il termine — di pazienti; fino ad arrivare ad

una serie di indicatori sulle caratteristiche della gestione.

Un'ultima considerazione per quanto riguarda i progetti. Quando se ne parla, occorre tener conto delle tecniche di gestione degli stessi. Se con un progetto ci si propone di comprendere e spiegare un fenomeno (e non tanto, quindi, di raggiungere un obiettivo) utilizzando una determinata metodologia, occorre verificare l'esistenza delle condizioni operative, anche per quanto riguarda le attrezzature e gli operatori in grado di rilevare i dati cogliendo quelli distorti. O esse vengono ottenute prima di ultimare il progetto oppure occorre ridurre l'obiettivo della ricerca. Non si possono infatti, gestire i progetti ipotizzando il « dover essere »: i progetti si concretizzano essendo realistici in termini di giudizio su ciò che si riesce a raggiungere e sviluppando una capacità di acquisizione delle condizioni. Di conseguenza, se non si possiede l'attrezzatura, prima di elaborare il progetto ci si deve comportare da *manager*, riuscendo ad ottenere, attraverso finanziamenti del Servizio sanitario nazionale o quelli del Ministero per la ricerca scientifica, che in Basilicata o in Sicilia vengano create attrezzature cui inviare gli esami.

Signor presidente, forse non ho risposto a tutte le domande formulate, ma « la carne al fuoco » era tanta.

WILLIAM JESSEE, *Vice President for education the joint commission for the accreditation of health care organizations of Chicago*. Grazie, signor presidente. Nel corso del dibattito sono state svolte molte, eccellenti osservazioni e sono stati sollevati vari interrogativi ai quali tenterò di dare risposta. Innanzitutto, non vorrei dare l'impressione di aver sostenuto che un sistema volto al miglioramento della qualità non debba includere una qualche forma di regolamentazione. Ritengo che la regolamentazione debba avere un ruolo, ma che bisogna guardarsi dalla tendenza ad eccedere ed a tentare di sostituire un quadro normativo esterno alle motivazioni interne che, nel lungo termine, hanno maggiori probabilità di

determinare cambiamenti nel comportamento umano e nelle attività delle organizzazioni, con conseguenze positive per la salute delle persone assistite da queste organizzazioni.

Tale regolamentazione dovrebbe essere concentrata principalmente sullo sviluppo delle strutture di base necessarie affinché l'organizzazione abbia la capacità di fornire un'assistenza di buona qualità ai pazienti. Al riguardo, potrei citare l'adeguatezza dei mezzi e delle attrezzature, la manutenzione igienica delle strutture, organici adeguati con organizzazione della componente professionale dell'istituzione tale da prevedere un sistema manageriale fondato sulla responsabilità.

Nel nostro paese definiremmo tale modello « *staff* medico organizzato », con un primario per ciascun reparto, responsabile del lavoro svolto da ogni medico del reparto medesimo. Attività di questo tipo vengono effettivamente assicurate *in primis* con una regolamentazione. Ma, una volta create queste strutture di base, è importante incoraggiarne l'utilizzo per analizzare e migliorare il servizio prestato ai pazienti: tale secondo aspetto si fonda maggiormente su stimoli ed incentivi piuttosto che sulla regolamentazione.

Essenzialmente, vorrei suggerire che l'aspetto normativo sia limitato all'impostazione strutturale del controllo della qualità, mentre l'esame dei processi relativi all'assistenza sanitaria ed ai suoi risultati dovrebbe svolgersi tramite meccanismi professionali incentrati sulla verifica del nostro operato e delle sue conseguenze.

È fuori dubbio che la partecipazione al processo di valutazione dell'assistenza porti a cambiamenti nel comportamento dei professionisti sanitari. Citerò due casi a titolo di esempio. Nella provincia canadese del Saskatchewan, vari anni or sono, furono svolte osservazioni sul rapido aumento delle isterectomie. Di conseguenza, l'Associazione provinciale per la ginecologia convocò un gruppo di medici impegnati nelle operazioni chirurgiche della provincia, al fine di discutere delle decisioni mediche esistenti a monte delle

operazioni stesse. Ancor prima che si iniziasse a verificare se i trattamenti corrispondessero o meno alle indicazioni concordate da ostetrici e ginecologi, la frequenza di tali operazioni si è ridotta, quale conseguenza dell'interazione professionale e del dibattito instauratosi sulle differenze fra zone diverse in ordine alla frequenza degli interventi ed alle indicazioni date per assumere la decisione di eseguire l'intervento.

Nel nostro paese, nello stato del Maine, sono state osservate notevoli differenze da un comune ad un altro nella frequenza delle tonsillectomie o delle prostatectomie. Recentemente, un'importante associazione medica ha cominciato a convocare commissioni professionali per discutere sui motivi di tali differenze, non per stabilire la giustezza o l'erroneità di una determinata frequenza, bensì per cercare di stimolare l'analisi dei motivi delle differenze registrate. Come conseguenza, vi sono segni di una sostanziale riduzione nelle zone in cui si era riscontrato un elevato ricorso a queste operazioni. È interessante il fatto che in alcune delle zone aventi un tasso inferiore, non si sia registrato un aumento, con un avvicinamento alla fascia media.

Quindi, il primo passo per cercare di facilitare il cambiamento ed il conseguimento di risultati, consiste in una crescente consapevolezza del fatto che se riflettiamo in modo diverso, i risultati tendono ad essere diversi, e che forse c'è qualcosa da imparare partecipando alle discussioni in uno spirito di ricerca piuttosto che con intenti accusatori.

Sarei certamente d'accordo con il commento di uno degli intervenuti nella discussione relativo alla necessità di guardarsi attentamente da ciò che potremmo definire incentivi e finanziamenti perversi. Se si constatano miglioramenti nella qualità — come una riduzione nell'uso non necessario di farmaci — o riduzioni nel ricorso ad interventi chirurgici, con conseguente riduzione del rimborso, viene a mancare l'incentivo per l'organizzazione di ulteriori miglioramenti. Una delle conseguenze osservate negli Stati

Uniti, a seguito dell'introduzione del sistema di pagamento basato sui DRG (gruppi di diagnosi omogenee), nei primi anni ottanta, è stata la penalizzazione degli enti che avevano operato con maggior efficienza; al contrario, quelli che avevano funzionato con minor efficienza hanno cominciato a divenire molto proficui, in quanto potevano ridurre i loro costi molto più drasticamente rispetto alle organizzazioni che li avevano minimizzati prima dell'introduzione del sistema del rimborso a quota fissa.

Effettivamente, si trattava di un incentivo economico perverso che puniva finanziariamente l'efficienza operativa ed il miglioramento nell'uso delle risorse. Pertanto, incoraggerei la Commissione a considerare con attenzione il rischio di creare incentivi inappropriati o perversi tramite provvedimenti finanziari volti ad incoraggiare il miglioramento qualitativo.

Vorrei ora rispondere al quesito formulato dal professor Ferraro sulla distinzione tra ricerca sulla qualità e miglioramento della qualità come attività organizzativa. Entrambi gli aspetti sono chiaramente necessari, anche se esistono alcune differenze. In molti casi abbiamo effettivamente bisogno di disporre di una migliore informazione, di studi di ricerca ben gestiti in ordine alle procedure terapeutiche più appropriate, a diagnosi specifiche, ai modi con cui si possono ridurre al minimo i rischi, a quali pazienti abbiano le maggiori probabilità di trarre beneficio da forme alternative di trattamento. Tutto ciò è ricerca sulla qualità.

Ma esistono molti campi in cui disponiamo già di una buona informazione su diagnosi e terapie valide, informazione che però, per qualche ragione, non viene pienamente utilizzata: è qui che il campo del miglioramento della qualità diventa utile; è qui che abbiamo meno bisogno di studi o di gruppi di discussione a livello organizzativo per iniziare a fare quanto si dovrebbe fare o per modificare il *modus operandi* degli enti affinché realizzino i risultati della discussione. Questo è l'effetto dell'attività di miglioramento della qualità rispetto alla semplice ricerca sulla

qualità. Entrambe, lo voglio sottolineare, sono attività che necessitano di essere incoraggiate, perché abbiamo ancora bisogno di una enorme quantità di informazione sul modo in cui migliorare l'assistenza sanitaria. Tuttavia, dobbiamo incoraggiare anche gli enti e le persone ad impegnarsi in attività che utilizzino le conoscenze disponibili.

Idealmente, lo scopo di ogni attività di miglioramento qualitativo dovrebbe essere quello di migliorare la salute degli utenti. Il controllo dello stato di salute dovrebbe essere il punto di partenza per l'attività di miglioramento della qualità. Eppure, quanto più vasta è la comunità in cui tale controllo viene effettuato, tanto più difficile diventa la definizione dei cambiamenti necessari al fine di migliorare il livello dell'assistenza.

Negli Stati Uniti sta emergendo una tendenza ad effettuare misurazioni ad intervalli periodici, con strumenti relativamente semplici, ossia un questionario che contiene dalle 3 alle 6 voci, e può essere utilizzato in due occasioni: quando ci si reca presso uno studio medico di base o quando si è dimessi dall'ospedale, ovvero, in alcuni casi, con una telefonata di controllo. Si tratta di una valutazione molto attenta delle condizioni di salute che, quindi, può essere usata per elaborare una banca dati e seguire una determinata popolazione per un periodo di tempo, osservando in che modo i cambiamenti provocati dalle cure mediche possano migliorare o meno le condizioni di salute della popolazione medesima.

La difficoltà di tale strumento, per quanto estremamente prezioso, è che — come tutti sappiamo — sulle condizioni sanitarie influiscono l'alloggio, l'alimentazione nonché una serie di fattori diversi che vanno dalle cure mediche ai servizi sanitari. Comunque, in definitiva, l'obiettivo di tutte le cure mediche e di tutti i servizi sanitari è di influire favorevolmente sulle condizioni di salute. Perciò, ritengo si possa affermare che un vasto sistema nazionale di VRQ dovrebbe includere un meccanismo di valutazione periodica delle condizioni di salute della popo-

lazione, nonché la garanzia di un impegno volto al miglioramento di tali condizioni.

Mi pare che dal dibattito di questa mattina siano emersi sia temi comuni che valgono per le nazioni in via di sviluppo e per il mondo sviluppato, sia temi che fanno riferimento ai principi fondamentali del comportamento umano.

Forse, uno dei principi più importanti dell'apprendimento negli adulti è che questi modificano il proprio comportamento quando ritengono che ciò sia nel loro interesse: uno degli elementi che rende forse difficile la modificazione comportamentale di professionisti di alto livello della sanità, è che si tratta di persone non solo intelligenti, ma anche capaci di grande creatività nel trovare il modo di evitare ciò che non vogliono fare.

Le norme fondate sull'imposizione stimolano, appunto, la creatività in individui decisi ad escogitare il modo di non attuare quanto previsto dalle norme stesse: ciò è vero in qualsiasi società, al di là delle culture e dei sistemi di finanziamento.

Vorrei concludere il mio intervento leggendo alcune raccomandazioni e conclusioni tratte dall'opuscolo pubblicato dall'Ufficio regionale europeo dell'OMS circa quattro anni fa, perché penso che talune osservazioni più volte ribadite oggi siano conformi a tali raccomandazioni.

La prima conclusione di questo documento è che i metodi impiegati per il miglioramento della qualità debbono portare all'individuazione e soluzione dei problemi esistenti nella prestazione dei servizi sanitari, perché si abbiano effetti positivi sul benessere fisico, mentale e sociale dei pazienti. Vale a dire, la raccolta di dati non deve essere fine a sé stessa, dobbiamo essere capaci di dimostrare che tali dati effettivamente ci aiutano ad individuare i problemi, che i problemi vengono risolti e che l'effetto complessivo sulle condizioni di salute della nostra popolazione è positivo.

In secondo luogo, l'opuscolo raccomanda che i programmi di VRQ siano

direttamente integrati nelle funzioni della gestione clinica ed istituzionale delle categorie professionali degli enti sanitari. I migliori risultati vengono, infatti, ottenuti se tali programmi diventano parte della vita quotidiana dell'ente sanitario, sia esso un ospedale, una clinica o un centro di gestione regionale dei servizi sanitari.

L'ultima conclusione del documento che vorrei citare riguarda il fatto che le attività di VRQ debbono essere trasversali ad ogni livello organizzativo dell'assistenza sanitaria, dalla interazione individuale tra paziente ed operatore dell'assistenza sanitaria, alle subunità istituzionali, alle istituzioni e alle regioni, fino ai paesi. A ciascuno di questi livelli, però, è necessario un diverso tipo di informazione ed io ritengo che sia molto valido il suggerimento formulato per la riduzione della mole dell'informazione sulla qualità necessaria a livello nazionale a otto-dieci indicazioni importanti.

La raccolta di un numero eccessivo di informazioni ad un livello troppo elevato crea un sovraccarico informativo e diventa molto difficile capire quel che significhi una qualsiasi cosa. Nella unità più piccola, a livello più basso, occorre un'informazione più specifica e dettagliata. Tuttavia, quell'informazione deve essere aggregata ad ogni livello successivo, mentre al vertice, a livello nazionale, occorre fare affidamento su misure sanitarie ampie e indicatori chiave, anziché tentare di addentrarsi nella gestione minuta delle singole unità.

Infine, in questo documento vi sono anche talune raccomandazioni che gradirei menzionare: innanzitutto ciascuno stato membro dovrebbe – nel quadro del proprio piano sanitario nazionale – definire le organizzazioni responsabili dei programmi di VRQ e creare i meccanismi per garantire agli utenti l'assorbimento di quelle responsabilità.

Mi sembra che la creazione di una Commissione nazionale per il miglioramento della qualità sarebbe conforme al concetto raccomandato dall'OMS e all'esperienza di diversi altri paesi. Tale Commissione potrebbe essere composta dalle

organizzazioni di categoria, con una rappresentanza del Governo e di altre parti, ma il suo scopo primario dovrebbe essere di fungere da strumento nazionale per educare ed aiutare a definire quali dati siano necessari ai vari livelli del sistema sanitario, allo scopo di valutare e migliorare la qualità, nonché contribuire alla formulazione di piani per ottenere le informazioni da utilizzare come strumento di continuo miglioramento.

Il documento esorta, altresì, gli stati membri ad assegnare una percentuale della spesa sanitaria alla ricerca concernente programmi di VRQ, nelle fasi di sviluppo ed attuazione, con le attività formative connesse. Tuttavia non conosco un paese che abbia ancora compiuto questo passo piuttosto importante.

Negli Stati Uniti, comunque, vige una disposizione in base alla quale l'1 per cento delle spese annuali del programma « Medicare » è destinato alla ricerca ed allo sviluppo per i miglioramenti da apportare al programma stesso. Qualcosa di analogo, con lo stanziamento di una percentuale del bilancio sanitario nazionale, garantirebbe le risorse per il costante miglioramento della qualità dei servizi.

Penso si possa senz'altro affermare che un tale investimento sarebbe ripagato nel lungo termine dall'aumento dell'efficienza, dalla riduzione dei costi e dal miglioramento della qualità.

Tutti noi, nelle nazioni occidentali, nel considerare oggi le prospettive della nostra società, affermiamo di non voler spendere più di quanto impieghiamo attualmente per l'assistenza sanitaria; tuttavia, desideriamo avere un servizio più ampio e migliore con le somme che spendiamo. L'unico modo, anche solo per cominciare ad attuare questo difficile compito, è di mettere a punto programmi per un utilizzo più efficace o più razionale delle risorse attualmente destinate all'assistenza sanitaria.

L'ultima raccomandazione, anch'essa in linea con la nostra discussione odierna, è che le istituzioni formative degli Stati membri dovrebbero elaborare programmi per formare gli studenti del settore sani-

tario alla verifica ed alla revisione della qualità, in modo tale che si sviluppino in ogni individuo le impostazioni, le capacità e le cognizioni necessarie per l'efficacia, per il controllo ed il miglioramento qualitativo.

Sono convinto che il Parlamento abbia la possibilità di utilizzare queste raccomandazioni per sviluppare un'impostazione costruttiva e positiva, allo scopo di assicurare un costante miglioramento del sistema sanitario nazionale.

HIROSHI NAKAJIMA, *Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità*. È stata una discussione molto interessante e istruttiva, non solo per me, ma per l'OMS. Mi limiterò a rispondere soltanto a due quesiti. Primo: che cosa fa l'OMS per l'assistenza sanitaria di base o per il suo sviluppo nei paesi industrializzati?

Il modo di affrontare l'assistenza sanitaria di base nei paesi industrializzati è piuttosto differenziato, sia per le differenze nella struttura sociale, sia per le particolari strutture epidemiologiche, legate anche al crescente invecchiamento della popolazione.

Dobbiamo qui distinguere fra l'assistenza di base, lanciata principalmente negli Stati Uniti, e quella attualmente in via di diffusione in Giappone e in altre nazioni. Per assistenza di base intendiamo un cambiamento del sistema di assistenza sanitaria, nel quadro della sanità convenzionale, nel senso che le cure sanitarie essenziali sono fornite in tutte le situazioni in un determinato paese. La sanità non vuol dire semplicemente l'assistenza medica, ma specificatamente la responsabilità di tutto il settore sanitario. Questo significa che i medici, oltre a partecipare all'assistenza medica, debbono partecipare alle attività preventive e in particolare alla educazione sanitaria. L'assistenza sanitaria nei paesi industriali, in relazione all'andamento delle malattie, ha bisogno di una più alta qualità dell'educazione sanitaria, di una migliore qualità dell'ambiente, dell'aria e dell'acqua, oltre che degli alimenti, e di un comportamento corretto.

Il problema dei paesi industriali sta passando ai paesi in via di sviluppo: si tratta dell'assistenza sanitaria di base nelle città, in rapporto con il rapido aumento delle popolazioni urbane. Questo argomento è stato scelto come tema di discussione tecnica dell'Assemblea mondiale della sanità nel 1991.

La ragione per cui molti paesi si interessano al rapido aumento della popolazione urbana e alla sua assistenza sanitaria è che lo sviluppo delle comunità nelle moderne zone urbane di molti paesi industrializzati e sviluppati, come anche in molti paesi in via di sviluppo, è molto diversificato. Il professore ha già parlato dell'invecchiamento della popolazione. Per esempio, la cura degli anziani nelle zone rurali dei paesi in via di sviluppo è completamente diversa dalla cura degli anziani nelle zone urbane in rapida espansione, perché, spesso, sia nei paesi sviluppati, sia in quelli in via di sviluppo, nelle zone rurali le persone anziane hanno ancora un sufficiente spazio per vivere nella casa e fuori della casa. Esse hanno ancora un pò di terra, producono un pò di verdure o altri generi alimentari, il che procura qualche soddisfazione economica. Gli anziani nelle zone rurali hanno ancora una grande famiglia integrata alla quale dare una mano. Nelle zone urbane, invece, essi non hanno più spazio nella casa, perché il problema degli alloggi è uno dei problemi principali. Essi non hanno più modi o mezzi di procurare entrate aggiuntive per la famiglia e quindi diventa più importante l'intervento pubblico.

Si può porre una domanda: perché prestiamo una particolare attenzione alla popolazione anziana, alla madre e al fanciullo? In alcuni paesi questo specifico tipo di assistenza è persino anticostituzionale, perché l'assistenza sanitaria deve essere fornita in modo eguale all'intera popolazione, prescindendo dal fatto che si tratti di una regione industriale o in via di sviluppo, di zone urbane o rurali.

Lo statuto dell'OMS parla del più alto livello raggiungibile di cure sanitarie per tutta la popolazione.

Quali sono oggi le risorse utilizzabili, nel mondo, nelle regioni, nei paesi? Non possiamo fornire a tutti il più alto livello raggiungibile di assistenza sanitaria. Occorre raggiungere qui una sorta di compromesso. Per il momento, l'impostazione dell'assistenza sanitaria di base per tutti è la fornitura delle cure mediche essenziali. Il che significa che l'equità sociale e la giustizia sociale sono più importanti della cosiddetta esigenza della qualità.

Ora, qual è la differenza fra l'attività della sede centrale dell'OMS e dell'Ufficio regionale europeo? Avete menzionato la Raccomandazione regionale europea. L'attività dell'Ufficio regionale europeo è quella di tradurre le politiche generali dell'OMS attraverso i meccanismi regionali dei vari paesi. All'OMS decidiamo politiche globalmente accettabili, la sanità per tutti, l'assistenza sanitaria di base, e così via. Tutto questo va alle regioni, che lo adattano alla situazione regionale, convocano gli operatori impegnati e formulano raccomandazioni specifiche che siano accettabili regionalmente. Alcune raccomandazioni, ad esempio quelle della regione europea, sono generalmente accettabili, ma molto spesso non praticabili nella situazione di determinati paesi in via di sviluppo.

Perciò ho cercato oggi di fare una sintesi dell'impostazione dell'assistenza sanitaria di base globalmente accettata, che differisce da quella della regione europea. Ma la questione fondamentale è ancora come valutare il più alto livello raggiungibile di fornitura dell'assistenza sanitaria per tutta la popolazione a livello mondiale, a livello dei paesi, a livello dei distretti. In questo contesto, penso che, naturalmente, la rete del sistema di informazione sia una questione di estrema importanza, come pure la fissazione di obiettivi e la pianificazione di lungo termine, sulla base della realtà strutturale della situazione, allo scopo di effettuare le necessarie rilevazioni. Le rilevazioni non sono necessarie nel senso che debbono essere obbligatorie o punitive; la verifica non è punitiva, ma rivolta al miglioramento; non è semplicemente una re-

visione finanziaria o contabile, ma una valutazione dell'efficienza e dell'efficacia. Con questa impostazione, la qualità dell'assistenza sanitaria può essere sviluppata non soltanto in Italia ma in tutto il mondo.

PRESIDENTE. Si conclude con un bilancio positivo il seminario di avvio dell'indagine conoscitiva sul controllo di qualità dei risultati di gestione e delle prestazioni professionali nella sanità, promossa dalla Commissione affari sociali della Camera.

Il mio ringraziamento a tutti gli intervenuti, che esprimo anche a nome del Presidente della Camera, potrebbe sembrare soltanto formale, ma invece è sinceramente dovuto al pregevole contributo fornito dai nostri ospiti. Grazie ad essi, è stato possibile realizzare due obiettivi che

la nostra Commissione si era proposta: da un lato, la sperimentazione di una rapida modalità conoscitiva del Parlamento attraverso un contraddittorio tra le diverse posizioni (si tratta del primo tentativo in tal senso) e, dall'altro lato, l'approfondimento dei problemi del controllo di qualità nell'ambito del dibattito complessivo relativo al riassetto del Servizio sanitario nazionale.

Devo allo stesso tempo scusarmi con i nostri ospiti per il sostenuto ritmo di lavoro mantenuto in queste due giornate, che ci ha esposto – se mi è permessa una battuta – ai rischi derivanti da ipoglicemia o da eccesso di affaticamento, facendoci « stracciare » le cautele che si raccomandano a coloro che hanno ricevuto una formazione, per così dire, più curativa che preventiva.

La seduta termina alle 14,10.

PAGINA BIANCA

ALLEGATI

PAGINA BIANCA

ALLEGATO 1

TRE PUNTI DI VISTA

I MEDICI

GLI AMMINISTRATORI E I POLITICI

GLI UTENTI

Segue: ALLEGATO 1

UNITÀ DI SERVIZIO : UNA PROVA DI LABORATORIO

UNITÀ DI ASSISTENZA :

TRATTAMENTO CHEMIOTERAPICO

CESARIO

UN PROGRAMMA SANITARIO :

DISTRIBUZIONE DI SERVIZI AGLI UTENTI

Segue: ALLEGATO 1

EFFICIENZA

L'ASSISTENZA DI QUALITÀ DESIDERATA PRODOTTA

AL MINIMO COSTA

O

L'ASSISTENZA PRODOTTA PER UNO COSTA DATO

RAGGIUNGE LA MASSIMA QUALITÀ

Segue: ALLEGATO 1

LA QUALITÀ

LA CAPACITÀ DI MIGLIORARE LO STATO DI SALUTE

E DI SODDISFAZIONE DI UNA POPOLAZIONE

NEI LIMITI CONCESSI DALLE TECNOLOGIE,

DALLE RISORSE DISPONIBILI

E DALLE CARATTERISTICHE DELL'UTENZA

Segue: ALLEGATO 1

LA ACCESSIBILITÀ

IL GRADO CON CUI L'ASSISTENZA SANITARIA

È EQUAMENTE DISTRIBUITA

TRA GLI AVENTI DIRITTO

Segue: ALLEGATO 1

LA COMPETENZA TECNICA

**LA CAPACITÀ DI UNIRE LA PROPRIA ABILITÀ
E PREPARAZIONE ALL'USO OCULATO
DEGLI INTERVENTI DISPONIBILI
PER MIGLIORARE LO STATO DI SALUTE
DEI PAZIENTI**

Segue: ALLEGATO 1

L'USO APPROPRIATO DELLE RISORSE

IL RAGGIUNGIMENTO DEI BENEFICI ATTESI

DALLA APPLICAZIONE SU LARGA SCALA

DI UNA DETERMINATA TECNOLOGIA

IN MODO TALE DA ECCEDERE

LE EVENTUALI CONSEGUENZE NEGATIVE,

CHE SONO PURE DA METTERE IN CONTO

Segue: ALLEGATO 1

LA ACCETTABILITÀ

LA CAPACITÀ DI UNA CERTA ASSISTENZA SANITARIA

DI SODDISFARE LE ASPETTATIVE DEL PAZIENTE

PAGINA BIANCA

Segue: ALLEGATO 1

LA STRUTTURA

IL PROCESSO

IL RISULTATO/ESITO

UNITÀ DI SERVIZIO : UNA PROVA DI LABORATORIO

UNITÀ DI ASSISTENZA : CESARIO

UN PROGRAMMA SANITARIO :

DISTRIBUZIONE DI SERVIZI AGLI UTENTI

ALLEGATO 2

CONTENT OF THE PRESENTATION

- Background statements
- Variations in medical practice as starting point for evaluation
- Setting criteria for quality of care assessment: conditions for success

BACKGROUND STATEMENTS

- Quality is **NOT** an absolute concept
- Quality is a particularistic concept
- Quality assessment is possible

VARIATIONS IN MEDICAL PRACTICES

- Doctors do not all practice alike
- Variation has been observed in all elements of medical practice including rates of surgery, drug prescription, diagnostic testing, hospitalization and lenght of stay

Segue: ALLEGATO 2

VARIATIONS IN MEDICAL PRACTICES

- These variations should not be seen as surprising considering that
 - much of the medical knowledge is ambiguous
 - few services are absolutely necessary
 - physicians can be influenced by several factors other than scientific

VARIATIONS IN MEDICAL PRACTICES

Much of the medical knowledge is ambiguous

VARIATIONS IN MEDICAL PRACTICES

Physicians can be influenced by several factors other than scientific

- Desire for income
- Desire for a style of practice
- Physicians' personal characteristics
- The practice setting
- The role of clinical leadership

Segue: ALLEGATO 2

VARIATION IN MEDICAL PRACTICES

Thresholds for testing and treatment

VARIATIONS IN MEDICAL PRACTICES

- Data about variations in medical practice can be used not only to monitor variation in utilization and outcomes but also to identify areas in which the education of physicians might increase consensus
- The effort should be in understanding medical decision-making

VARIATIONS IN MEDICAL PRACTICES

In interpreting variations in medical practice it should be recognized that:

- variations does not necessarily indicate that unnecessary services are being provided
- reducing variation may not necessarily represent an appropriate goal: appropriateness more than absolute utilization should be considered

Segue: ALLEGATO 2

SETTING OF CRITERIA AND STANDARD FOR QUALITY ASSESSMENT AND IMPROVEMENT

As for many medical technologies the effectiveness of quality assurance (educational) activities has still to be demonstrated

SETTING OF CRITERIA AND STANDARD FOR QUALITY ASSESSMENT AND IMPROVEMENT

This may depend on several factors such as

- uncertainties in medical knowledge and subsequent disagreement with criteria (norms)
- lack of providers' participation in the process of criteria setting
- dissonance between criteria requirements and local organizational features of care setting

SETTING OF CRITERIA AND STANDARD FOR QUALITY ASSESSMENT AND IMPROVEMENT

To improve the impact of evaluation activities specific attention should be given to assure

- clinical relevance of the criteria
- consensus about them
- flexibility around their continuous improvement and refinement

Segue: ALLEGATO 3

TEMAS QUE CONTEMPLAN LOS PROGRAMAS INTERNOS:

1. EVALUACION, PROCESO Y RESULTADO DE LA ASISTENCIA (INFECCION, MORTALIDAD, REINTERVENCIONES, DOCUMENTACION CLINICA, PROC. DE ENFERMERIA, PROTOCOLOS CANCER, ETC).
2. ESTUDIOS DE PREVENCION DE RIESGO: - CAIDAS.
- ERRORES DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.
3. UTILIZACION DE RECURSOS: - RX
- ANALITICA
- REINGRESOS
- PROLONGACION ESTANCIAS
4. OPINION DE LOS PACIENTES (RECLAMACIONES, CUESTIONARIOS).

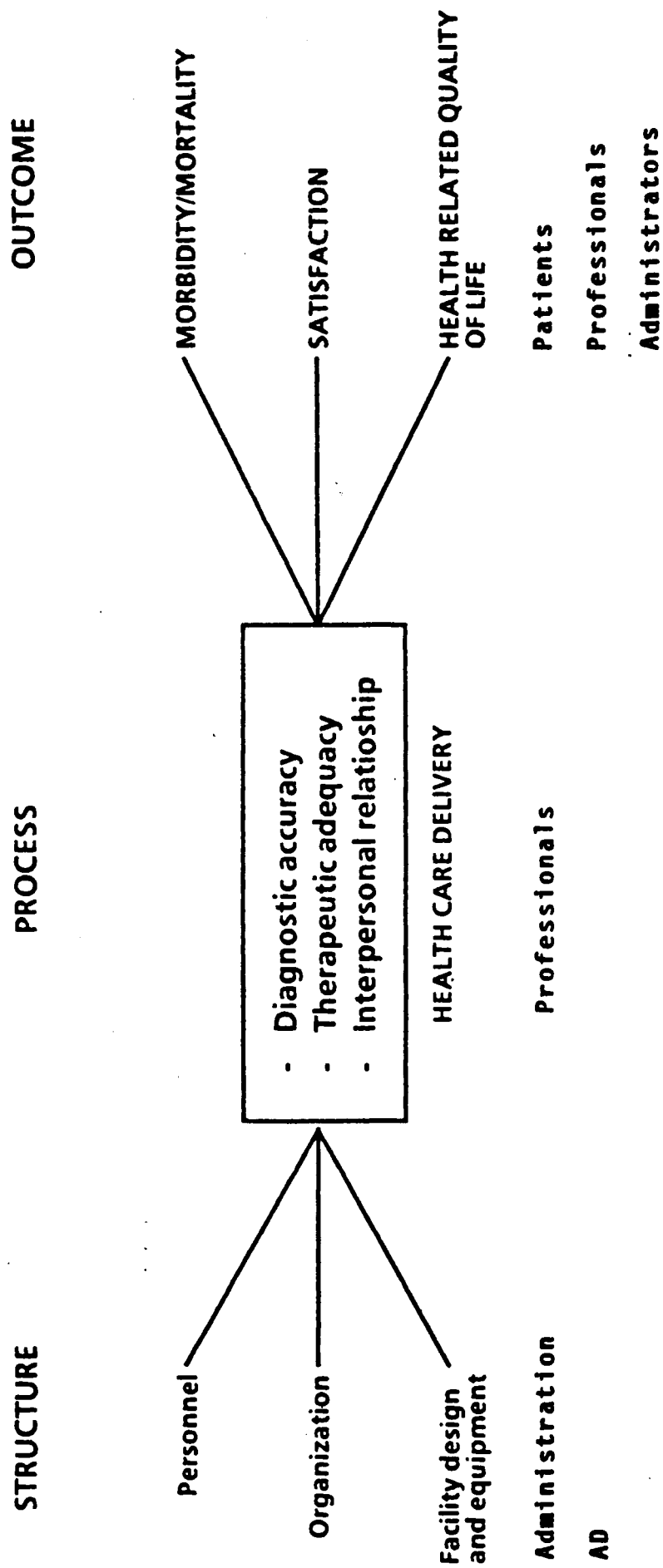
PRINCIPIOS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS INTERNOS.

- LOS PROGRAMAS DE EVALUACION DE CALIDAD SON RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCION.
- SON UN ELEMENTO DE GESTION PARA LA DIRECCION DEL CENTRO Y LOS JEFES DE SERVICIO.
- SE BASAN EN LA PARTICIPACION VOLUNTARIA DE LOS PROFESIONALES.
- CONTEMPLAN UN CONCEPTO MULTIFACTORIAL DE CALIDAD.
- INCORPORAN LA OPINION DEL USUARIO.
- PRETENDEN INTRODUCIR SISTEMAS DE EVALUACION EN LOS SERVICIOS CLINICOS Y UNIDADES DE ENFERMERIA.

Segue: ALLEGATO 3

LOS PROGRAMAS DE EVALUACION DE CALIDAD PRETENDEN
DETECTAR LOS PROBLEMAS O SITUACIONES MEJORABLES EN
LA ATENCION SANITARIA, PROPONER SOLUCIONES PARA
MEJORARLOS Y EVALUAR QUE REALMENTE LA MEJORIA SE
PRODUCE.

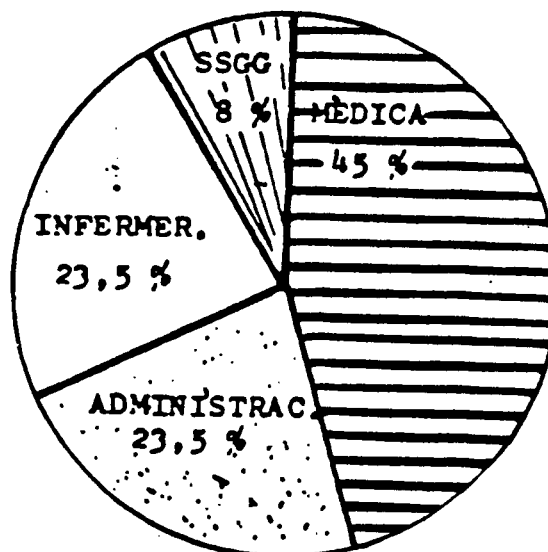
Segue: ALLEGATO 3



Segue: ALLEGATO 3

SS - RR RECLAMACIONES POR ESTAMENTOS

AÑO 1983



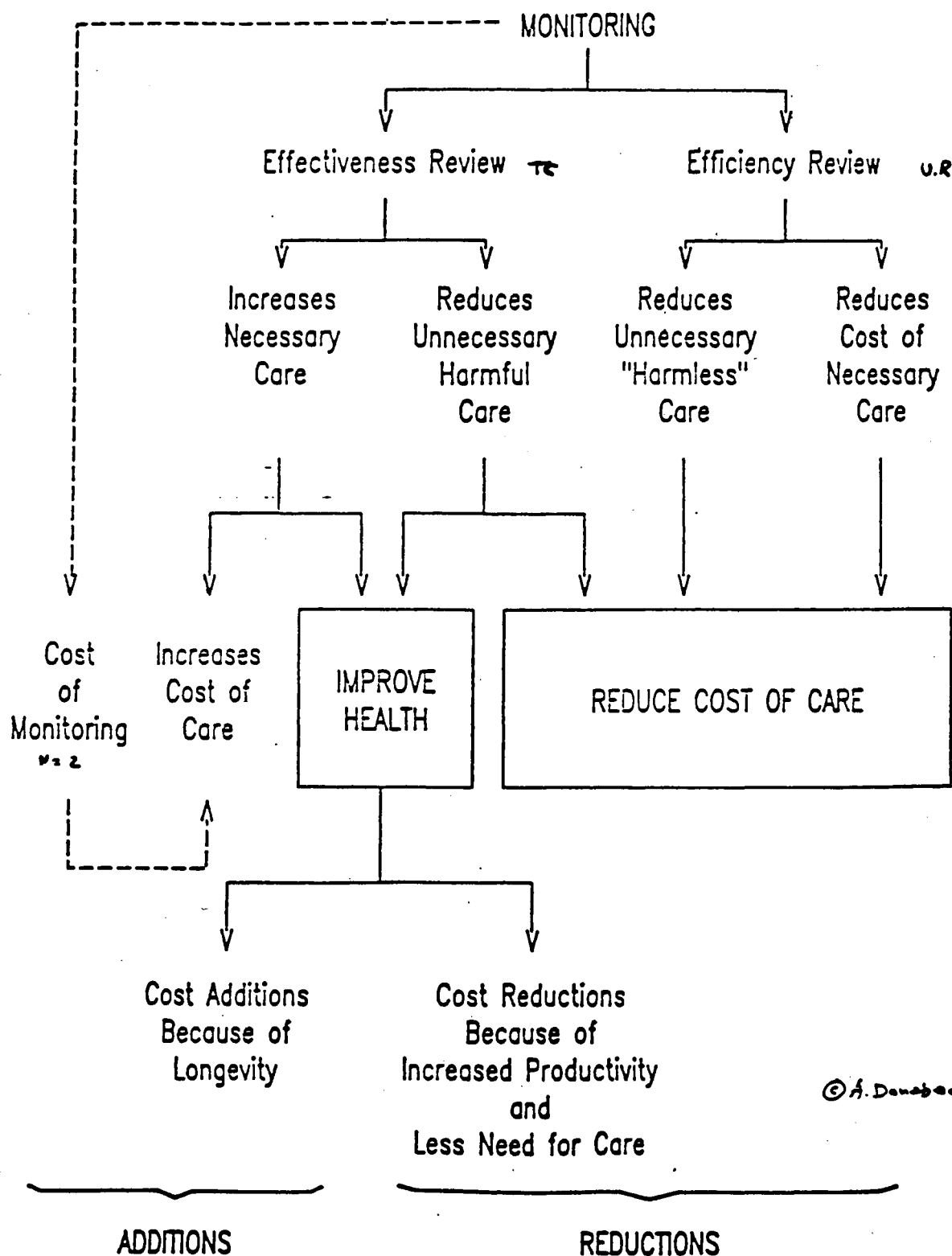
TOTAL RECLAMACIONES: 1.200

SS.RR. PRINCIPALES MOTIVOS DE RECLAMACION MEDICA

- Listas de espera excesivas
- Dificultad en concertar hora de visita
- Anulación de intervenciones programadas
- Tiempos de espera excesivos en Dispensario y Urgencias
- Desacuerdo con el tratamiento médico recibido

Segue: ALLEGATO 3

POSSIBLE EFFECTS OF MONITORING ON COST



ALLEGATO 4

COSTI IN SANITÀ

Stato sociale;
aspettative;
progresso medico - professionalità
sviluppo tecnologico;
coscienza degli utenti;
invecchiamento della popolazione.

Preoccupazioni:

Governo;
Responsabili;
Dirigenti;
Operatori.

Risorse: limitate.

Buon utilizzo per garantire servizi efficienti (a bassi costi in rapporto agli effetti) con *standards* tecnico-scientifici elevati.

Obiettivo: elevata qualità utilizzando al meglio le risorse disponibili.

La qualità non è un concetto univoco, ha varie dimensioni:

tecnica, umana, economica, epidemiologica-sociale.

Segue: ALLEGATO 4

Qualità come insieme di vari fattori:

Efficienza;

Efficacia;

Adeguatezza;

Qualità tecnico-scientifica;

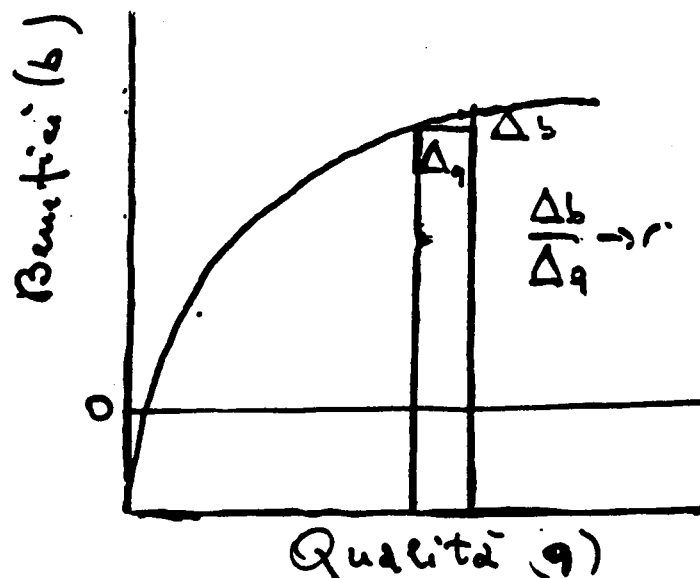
Controllo dei rischi;

Soddisfazione dei pazienti.

Qualità ottimale: livello qualitativo più appropriato tra costi di produzione e benefici ottenuti.

Inizialmente i miglioramenti qualitativi si ottengono a bassi costi (esempio: paesi in via di sviluppo).

Gradualmente i costi marginali aumentano fino ad un livello al di là del quale la qualità può peggiorare.



Segue: ALLEGATO 4

La medicina abbonda di raccomandazioni significative ma economicamente ingiustificabili e di procedure proposte sbandierando l'*alta qualità* delle cure mediche.

Qualità logica.

Efficienza con cui vengono impiegate le informazioni che portano ad una decisione:

Q. L. scadente + costi + raccolta di informazioni;

informazioni non necessarie:

danno (rumore di fondo);

ostacolo all'interpretazione;

ostacolo al corretto utilizzo.

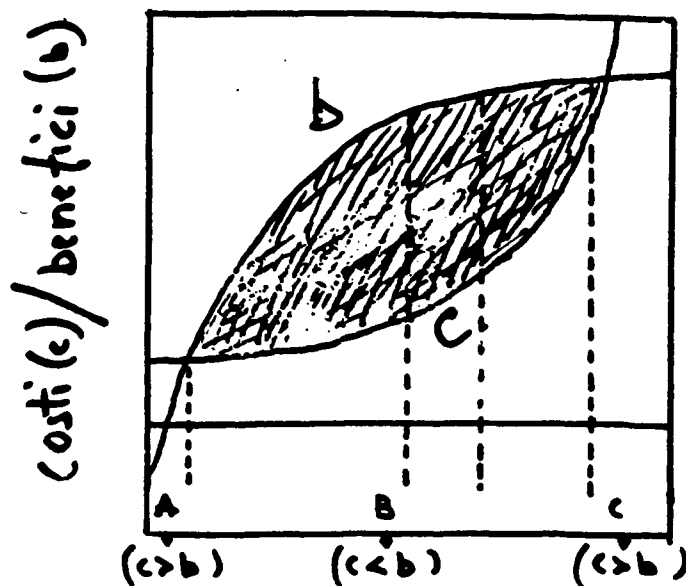
+ procedure e test

+ probabilità diagnosi corretta dal 70 al 90 %

+ costi

non modifica comportamento terapeutico } > 90 %

R costi/benefici e qualità



Segue: ALLEGATO 4

L'assistenza sanitaria è caratterizzata da molte incertezze; per ridurla si utilizzano norme professionali e sociali a volte fuorvianti:

R. medico/paziente	—	proc. diagn.	
<u>sano</u>	→	<u>terapia</u>	errore
malato	—	non terapia	↓
	—	non proc. diagn.	

R: <u>Costo</u>	<u>Rischio</u>
beneficio	beneficio

Importante stabilire:

- criteri di buona assistenza;
- valutare la qualità delle cure.

L'incremento della spesa sanitaria è un dato incontrovertibile.

Il problema è l'analisi della composizione della spesa, l'analisi delle cause e delle responsabilità prevalenti:

perché;
dove;
quando;
quanto si spende;
chi spende.

↓	Domanda	↑	utenti;
	Offerta:		operatori;
			strutture;
			servizi.

Segue: ALLEGATO 4

L'analisi della « spesa corrente » evidenzia:

- Spese — difficilmente comprimibili (personale)
- modificabili

Ruolo del personale:

- professionalità;
- responsabilità;
- possibilità decisionali.

Medici:

influiscono con le loro decisioni su tutte le funzioni di spesa sanitaria ed in molte sociali.

Infermieri:

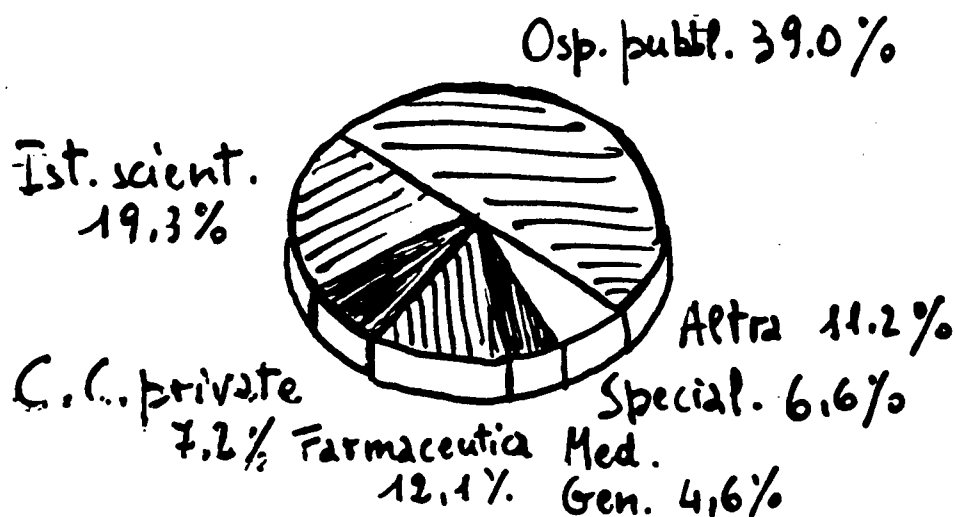
influenzano la spesa in rapporto alla professionalità e alla capacità di finalizzare le loro azioni sulla base dei bisogni dei pazienti.

Amministrativi:

- condizione della buona utilizzazione delle risorse, migliore organizzazione e gestione (managerialità);
- qualificazione tecnico-scientifica (competenza-professionalità);
- numero;
- possibilità di utilizzo (flessibilità o rigidità);
- motivazione;
- formazione;
- legislazione;
- contrattazione;
- soddisfazione.

Segue: ALLEGATO 4

Spesa corrente - Composizione % per destinazione funzionale 1987

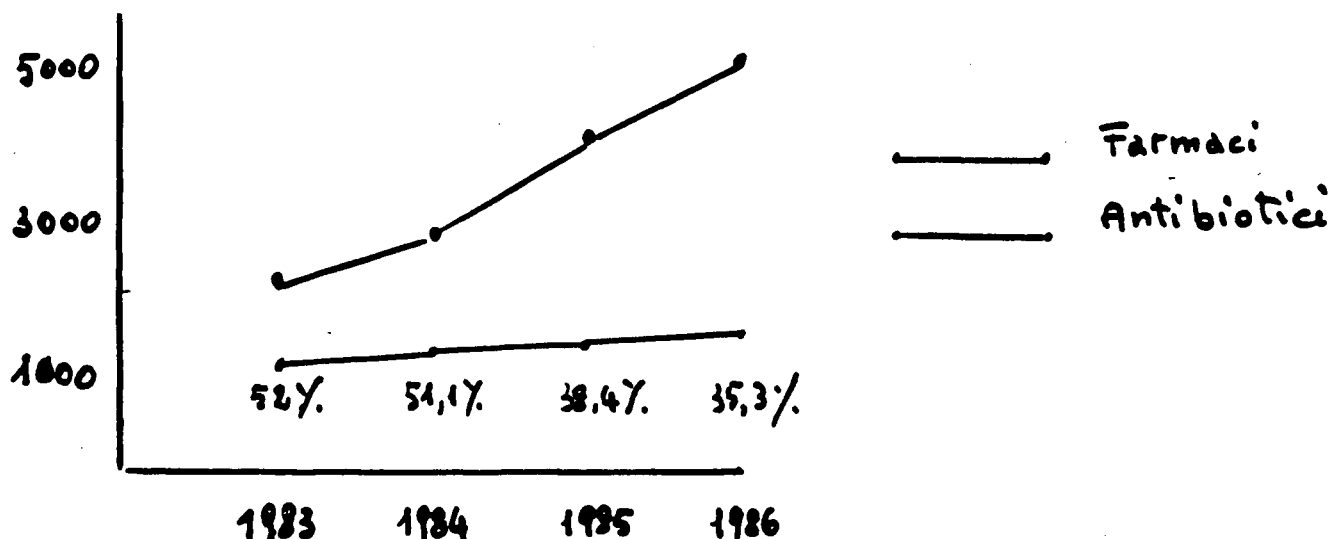


SPESA SANITARIA NEL 1989 (Stima)

Personale	23.350
Beni e servizi	10.721
Medicina generale	4.095
Farmaceutica	9.352,7
Osp. convenzionata	6.352,1
Specialistica	3.738,8
Altra assistenza	1.930
Altre differenziali	325
Vincolate	800
Finanziamento PSN	200
Rinnovo conv.	270
Fabbisogno	61.134,6
Entrate proprie USL	1.880,1
Fondo sanitario	58.870
Saldo	- 384

Segue: ALLEGATO 4

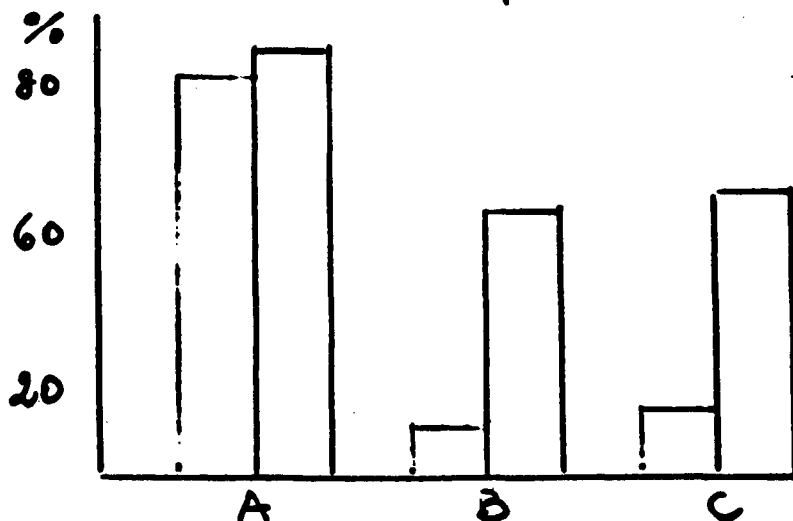
Spesa generale farmaci e chemioantibiotici (milioni di lire)



Programma antibiotici:

polmoniti comunitarie
 infezioni vie urinarie
 infezioni da Cl difficile;
 profilassi antimicrobica in chirurgia;
 meningiti.

Polmoniti comunitarie: Variazione espressa in % sulla correttezza delle prescrizioni di antibiotici tra prima e dopo l'attività di URQ



Segue: ALLEGATO 4

COSTI DI ALCUNE TERAPIE
(in lire arrotondate)

Infarto miocardico acuto (costo del ciclo completo):

Streptokinasi	189.000
Urokinasi	1.168.000

Polmonite (costo medio giornaliero, la durata è uguale):

Amoxicillina	3.000
Penicillina	10.500
Gentamicina	7.800
Piperacillina	39.000
Cefotaxime	52.000
Imipenem	106.000

Ulcera peptica (costo giornaliero):

Ranetidina	1.900
Antiacido (Maalox)	540
Rosaprostol	5.600

Anti-aggreganti (costo giornaliero):

Ac. acetilsalicilico	80
Isoindolinilbutirrico	800
Ticlopidina	1.300

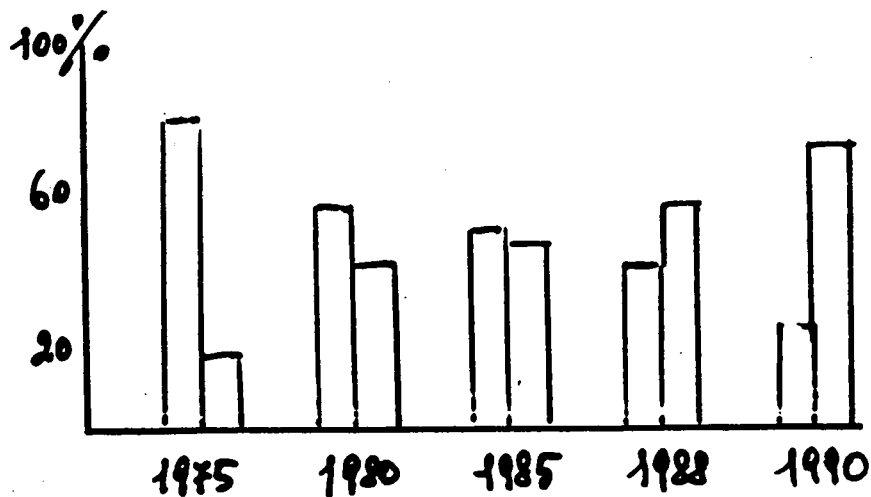
Segue: ALLEGATO 4

PROGETTO SANGUE

Spese di gestione incompressibili (1986):

	%
Personale	48,57
Materiali	26,70
Esami donatori	4,61
Contributi associaz. donatori	5,34
Rimborso spese viaggio	2,34
Ristoro donatori	2,43
Spese generali (luce, trasporti, riscaldam.)	9,70
Spese per assicurazioni	0,31
	100,00

Uso del sangue intero e degli emoderivati
ed emocomponenti in percentuale



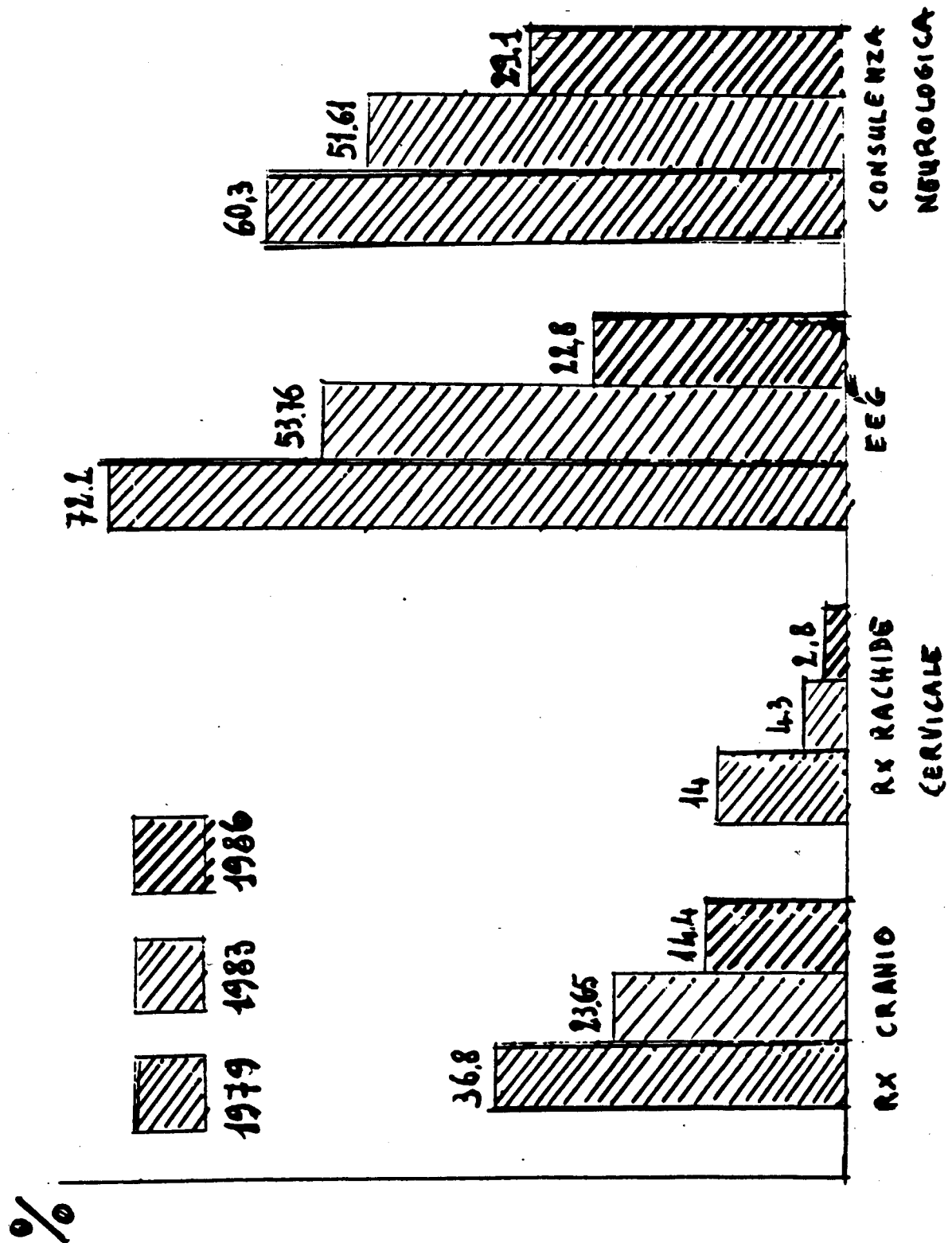
Segue: ALLEGATO 4

Trasfusioni eseguite dall'Istituto immunotrasfusionale di Udine.

COSTI (diretti ed indiretti)

	1984		1985	
	—		—	
Sangue intero	13.512	(56,32%)	11.857	(50,31%)
Emazie concentrate	2.813	(11,72%)	3.659	(15,52%)
Emazie lavate	66	(0,28%)	89	(0,38%)
Plasma congelato	6.810	(28,38%)	7.477	(31,73%)
Conc. piastrinici	136	(0,57%)	220	(0,93%)
Conc. fattori coag.	244	(1,02%)	206	(0,87%)
PPS	414	(1,72%)	62	(0,26%)
	23.995		23.569	
Lire	1.070.846.000		1.067.806.000	

Segue: ALLEGATO 4



Segue: ALLEGATO 4

TRAUMA CRANICO (T.C.)

Ospedale Niguarda - (MI) - gennaio 1989, prestaz. in P.S. 1767.

T.C. 398 (100 %);

RX cranio 358 (89,9 %) Pos. per fratture 6 (1,5 %);

Vis. Neurol. 240 (60,3 %);

Ricoveri 137 (34,4 %).

Linea guida:

per RX cranio;

per ricovero.

Argomenti pro Rx cranio:

non paga né il medico né il paziente;

tranquillizza il medico e il paziente;

mancano adeguate informazioni sul rischio.

Argomenti contro:

costi economici (per l'ospedale);

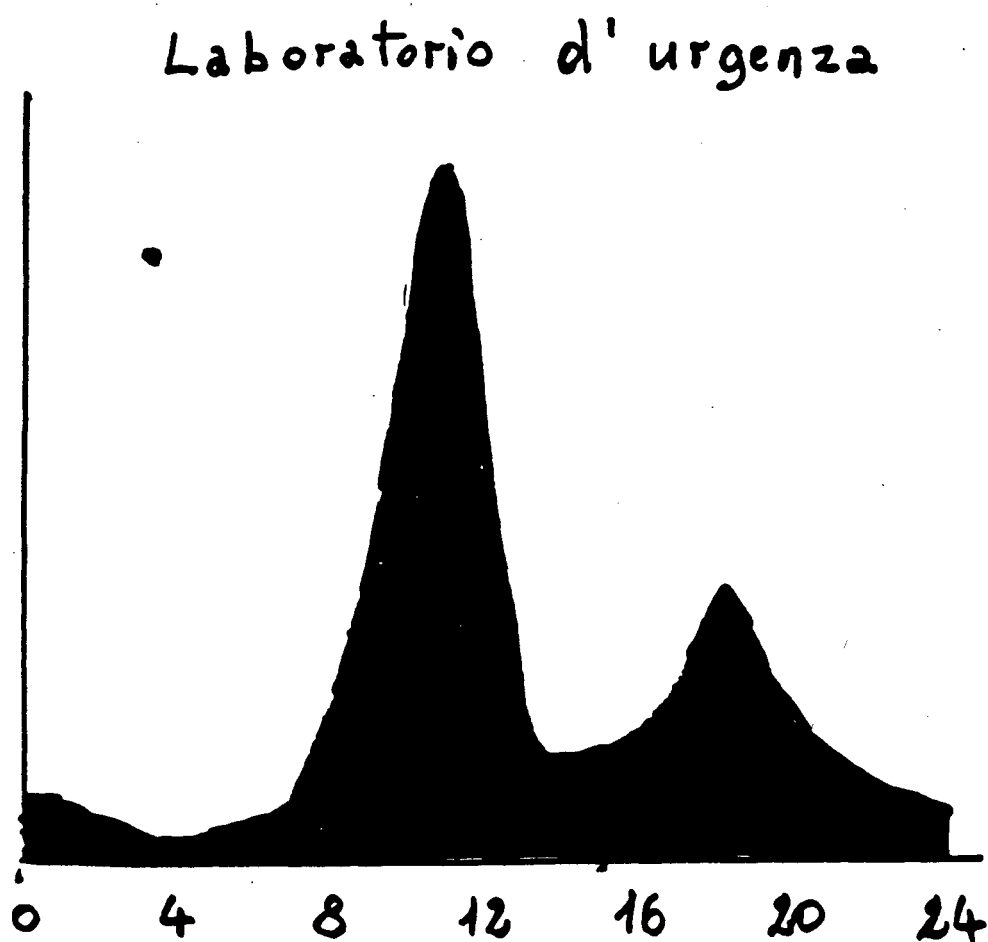
bassa resa (1 : 3000 Rx non selez.);

rischi generici;

basso valore predittivo (fratture asintomatiche non associate ad ↑
dal rischio).

Dopo corretta valutazione clinica non implicaz. medico-legali per mancato RX e/o ricovero.

Segue: ALLEGATO 4



Verifica 200 cartelle clin.:

Richieste motivate 50 %

Richieste immotivate 40 %

Richieste non valutabili 10 %

Raccomandaz. Soc. Am. per il Cancro

D: Ca asintomatico colon; Ricerca sangue occulto feci
6 esami sequenziali

Efficace sì, ma al 6° tentativo.

Spesa per singolo Ca scoperto 47 milioni \$

Segue: ALLEGATO 4

VALUTAZIONE TEMPI D'ATTESA PER L'ESECUZIONE DI ESAMI DIAGNOSTICI

(Ospedale Niguarda - Milano)

Esami indice correlati ad alcune patologie (in elezione):

Eco/TAC	pat. espansiva epato-pancreatica
Arteriografia	pat. arteriosa perf.
Linfografia/urografia	Carcinomi corpo/collo utero
Neuro-TAC	ernia discale operata
Consulenza specialistica	frattura collo femore

Ritardo richieste Es. → esecuzione:

media	4,8	gg
mediana	4	gg
range	0-9	gg

Ritardo esecuz. Es. → notifica il reparto:

media	3	gg
mediana	2	gg
range	0-9	gg

ALLEGATO 5

VALUTAZIONE QUALITA' PRODOTTO

IL TEMA PUO' ESSERE AFFRONTATO DA DUE PUNTI DI VISTA

1. SCIENTIFICO - COME SI DEFINISCE, ANALIZZA, VALUTA LA
 QUALITA' DELLE PRESTAZIONI, DEI SERVIZI
2. OPERATIVO - COME SI INTRODUCE IL FATTORE QUALITA'
 QUALE ELEMENTO DI VALUTAZIONE DELLA
 GESTIONE

N.B.

LE ESPERIENZE INTERNAZIONALI INDICANO CHE VI E' UNA
TENDENZA AL PASSAGGIO AL SECONDO ASPETTO

INFATTI IL PROBLEMA CHIAVE E' QUELLO DI CREARE STIMOLI
ALL'APPLICAZIONE DI CIO' CHE SI CONOSCE

IL MIGLIORAMENTO DEI SISTEMI SANITARI SI HA PASSANDO

DA CONOSCENZE

A CONOSCENZE APPLICATE

Segue: ALLEGATO 5

DALLA VALUTAZIONE AL
CONTROLLO DELLA QUALITA'

ASPETTO DECISIVO DEL DIBATTITO SEMBRA ESSERE COSTITUITO DALLA EVOLUZIONE DEL TEMA DELLA VALUTAZIONE DELLA QUALITA' A QUELLO DEL CONTROLLO DI QUALITA'

- . CONTROLLO DI QUALITA' INTESO COME INSIEME DI STRUMENTI ATTRAVERSO CUI SI DIFFONDE LA CAPACITA' DI UNA ORGANIZZAZIONE (OSPEDALE, U.S.L., ECC.) DI PORRE AL CENTRO DELLE PROPRIE SCELTE IL TEMA DELLA QUALITA'
- . IN QUESTA PROSPETTIVA IL TEMA DEL CONTROLLO DELLA QUALITA' VA DI PARI PASSO CON IL TEMA DEL CONTROLLO DELLA GESTIONE

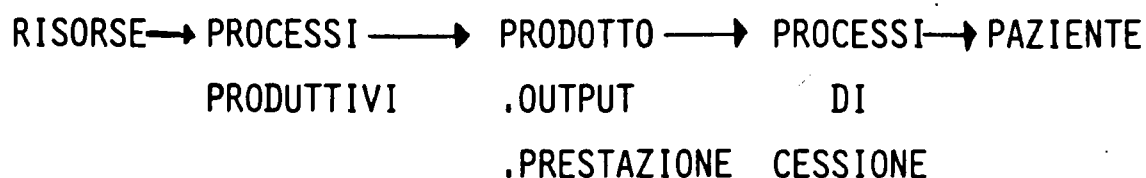
ESEMPI

- . U.S.A. SI INTERVIENE SUI PREZZI, SUL SISTEMA DI PAGAMENTO (DRG) E PARALLELAMENTE OCCORRE RAFFORZARE IL SISTEMA DI CONTROLLO DELLA QUALITA'
- . G.B. SI CERCA DI INTRODURRE ELEMENTI DI COMPETITIVITA' E SI POSTULA CHE LA CONCORRENZA TRA OSPEDALI SI DEBBA GIOCARE SUL TERRENO DELLA QUALITA' (CAPACITA' DI ATTRARRE PAZIENTI IN VIRTU' DELLA QUALITA')

Segue: ALLEGATO 5

MODELLI DI CONTROLLO DI QUALITA'

POSTO CHE QUALSIASI PROCESSO ORGANIZZATIVO PUO' ESSERE RAPPRESENTATO NEL MODO SEGUENTE:



SI HANNO DIVERSI SISTEMI DI CONTROLLO DELLA QUALITA'

1. SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE (SIMILE ALLA SODDISFAZIONE DEL "CONSUMATORE") = QUALITA'
2. VERIFICA DEGLI OUTPUT E DELLA CORRISPONDENZA DELLE LORO CARATTERISTICHE A PREFISSATI STANDARD (TIPICO CONTROLLO DI QUALITA' DELLA PRODUZIONE INDUSTRIALE) TRAMITE "COLLAUDO" O "CONTROLLO A CAMPIONE"
3. IL CONTROLLO DELL'OUTPUT E' OTTENUTO ATTRAVERSO IL CONTROLLO DEI PROCESSI DI PRODUZIONE (CONTROLLO DI PROCESSO)
4. IL CONTROLLO DELL'OUTPUT E' OTTENUTO TRAMITE IL CONTROLLO DI QUALITA' DELLE RISORSE (TIPICO DEI SISTEMI PROFESSIONALI)

Segue: ALLEGATO 5

USO INTEGRATO DEI CONTROLLI

I DIVERSI TIPI DI CONTROLLO SONO ALTERNATIVI, NELLA LOGICA, MA COMPLEMENTARI NELL'USO

. QUANDO LA GESTIONE E' COMPLESSA SI DEVONO USARE IN MODO INTEGRATO STRUMENTI CHE SI RICHIAMANO ALLE DIFFERENTI LOGICHE IN MODO DA CREARE SINERGIE

. IN PARTICOLARE NELLA SANITA' GLI STRUMENTI UTILIZZATI SONO :

1. CONTROLLO TRAMITE SCELTA DEL CONSUMATORE = INFORMAZIONE, EDUCAZIONE SANITARIA
2. CONTROLLO OUTPUT = CONTROLLO DI QUALITA' DEGLI ACCERTAMENTI STRUMENTALI (LAB. RADIOL.)
3. CONTROLLO DI PROCESSO =
 - . PROTOCOLLI
 - . SISTEMI ESPERTI IN SANITA'
4. CONTROLLO RISORSE =
 - . QUALIFICAZIONE FORMAZIONE PERSONALE
 - . TECHNOLOGY ASSESSMENT
 - . SPERIMENTAZIONE FARMACI

Segue: ALLEGATO 5

SISTEMA INTEGRATO

UN SISTEMA INTEGRATO DI CONTROLLO DELLA QUALITA' E'
COSTITUITO DAI

CIRCOLI DI QUALITA'

SISTEMA IN CUI

1. UN ORIENTAMENTO ALL'UTENTE (AL PAZIENTE NEL CASO DELLE SANITA')
2. VIENE PERSEGUITO ATTRAVERSO UNA COSTANTE VERIFICA E VALIDAZIONE DEGLI OUTPUT (FATTA ANCHE CON SOFISTICATI METODI QUANTITATIVI)
3. DA CUI SI TRAGGONO STIMOLI AD INNOVARE I PROCESSI PER RIDURRE "GLI ERRORI" O MIGLIORARE LA QUALITA'
4. CON IL DIRETTO COINVOLGIMENTO DEGLI OPERATORI

LA NOVITA' DEI CIRCOLI DI QUALITA' CONSISTE NEL PORTARE
IL CONTROLLO DI QUALITA'

- DAGLI ORGANI DI STAFF O DA ORGANI SPECIALISTICI DI
CONTROLLO

- ALLA LINEA OPERATIVA, AGLI ORGANI OPERATIVI

Segue: ALLEGATO 5

VALUTAZIONE SULLA LEGISLAZIONE
ED ESPERIENZE REGIONALI

NON AVENDO AVUTO LA POSSIBILITA' DI SVOLGERE UNA INDAGINE PUNTUALE SI RITIENE UTILE PROPORRE ALCUNE CONSIDERAZIONI DI ORDINE GENERALE SULLA SITUAZIONE ITALIANA

1. A LIVELLO LEGISLATIVO ESISTONO ALCUNI INTERVENTI SUGLI ASPETTI DI QUALITA' MA SI TRATTA DI PROVVEDIMENTI PARZIALI CHE TOCCANO STRUMENTI SPECIFICI E NON INDUCONO UNA FORTE RESPONSABILIZZAZIONE SULLA QUALITA'
2. SPESSO TALI NORMATIVE NON SONO SUPPORTATE DA UNA STRUMENTAZIONE GESTIONALE - GLI STRUMENTI E LE CONOSCENZE TECNICHE E SCIENTIFICHE ESISTONO, MA NON SI TRADUCONO IN STRUMENTI OPERATIVI, DI USO CORRENTE
3. LE ESPERIENZE CHE NON SONO COSI' RARE, SEMBRANO FRUTTO PIU' DI CONDIZIONI PARTICOLARI, DI BUONA VOLONTA' CHE NON DI INDIRIZZI GENERALI E PERCIO' NON SI DIFFONDONO

Segue: ALLEGATO 5

PROPOSTE

POICHE' NEL CONTROLLO DI QUALITA' SONO RILEVANTI GLI ASPETTI DI :

- RESPONSABILIZZAZIONE
- PROCESSO

OCCORRE CHE LA LEGISLAZIONE ABBANDONI LA LOGICA DI DEFINIRE SOLO COSA SI VUOLE E SI ORIENTI AD INDICARE ANCHE

- CONDIZIONI CHE CONSENTONO LO SVILUPPO DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE IN TEMA DI QUALITA'
- CRITERI DI RESPONSABILIZZAZIONE SULLA GESTIONE (NON SOLO SUI RISULTATI ECONOMICI)
- PRINCIPI ED INDIRIZZI GUIDA PER INCLUDERE LA QUALITA' NELLA VALUTAZIONE DEI RISULTATI DI GESTIONE
- CONDIZIONI PER FAVORIRE LA DIFFUSIONE DI UNA ATTENZIONE ALLA QUALITA'

PAGINA BIANCA

Fig. 1

QUALITY ASSURANCE IN PRIMARY HEALTH CARE: SOME KEY POINTERS

1

There can be no health improvement without effectiveness of action; nor effectiveness without quality of interventions (health and other sectors); nor quality of interventions without sufficient resources of sufficient quality; neither can there be optimum efficiency without quality of interventions.

2

Quality is: compliance with national or district standards.

3

Quality as defined by local standards should be for all, all the time.

4

Quality is not necessarily dependent on technological sophistication.

5

Quality does not always cost more – it may cost less.

6

Quality is unachievable without quantitative coverage.

Segue: ALLEGATO 6

Fig. 2

IMPROVEMENT OF QUALITY IN PRIMARY HEALTH CARE: OBJECTIVES OF WHO ACTIVITIES

General objective

To support countries in the process of integrating quality assessment and assurance in their systems' organization.

Specific objectives

To promote understanding of the importance and feasibility of quality assurance in the context of the primary health care strategy particularly in developing countries.

To assist in developing practical methods for quality assessment and assurance in primary health care.

To support the development of skills in quality assessment and assurance, for application in national and district health systems based on primary health care.

To collaborate, as necessary, in the implementation of health care quality assessment and assurance by countries.

To promote the mobilization – at national and international level – of the essential resources to achieve the above objectives.
