

VE04

**QUALITÀ IN SANITÀ: OBIETTIVO PERSEGUIBILE.
A CONFRONTO ESPERIENZE NAZIONALI E INTERNAZIONALI.**

Venerdì, 29 agosto 2003, ore 11.00

Relatori:

Carlo Lucchina, Direttore Generale della Direzione Generale della Sanità, Regione Lombardia;
Evasio Pasini, Coordinatore Commissione Qualità Federazione Italiana Società Medico-scientifica;
Anne Rooney, Direttore Esecutivo Joint Commission Resources, Inc.; Antonello Zangrandi,
Professore Ordinario di Economia delle Aziende pubbliche presso l'Università degli studi di Parma
Marco Ferrario, Professore Associato presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche
dell'Università degli Studi dell'Insubria; Francesco Zurlino, Primario del Reparto di Chirurgia di
Busto; Matteo Stocco, Biologo.

Moderatore:

Camillo Rossi, Associazione Medicina e persona e CRISP

Moderatore: Il titolo dell'incontro è "Qualità in Sanità: obiettivo perseguibile". Non è scontata l'assenza del punto di domanda, perché riteniamo che la qualità in sanità non può essere elusa. Al secondo congresso di Medicina e Persona che si è tenuto presso l'Università degli Studi di Milano è stato distribuito un questionario per individuare i temi ritenuti di rilievo tra gli operatori sanitari ivi partecipanti. Ebbene il tema della qualità in sanità ha riscosso maggiore attenzione e interesse; è anche in risposta a questa indicazione che abbiamo preparato questo incontro. Non abbiamo la pretesa con un solo incontro di affrontare, in modo esaustivo, il problema. Ma questo può essere una tappa importante del percorso che Medicina e persona ha intrapreso, e desidera continuare su questo tema. Gli obiettivi peculiari dell'incontro sono quelli di presentare alcune esperienze significative, in particolare quelle della Joint Commission, e mettere in evidenza alcune preoccupazioni che sorgono dalla attività clinica, organizzativa e di ricerca con cui molti di noi fanno i conti tutti i giorni. A tale scopo abbiamo chiesto il contributo anche di esperienze internazionali che hanno già trovato applicazione nel nostro Paese, e anche di alcuni professionisti ai quali ho chiesto di preparare degli interventi che introdurranno il dibattito che seguirà alle quattro presentazioni. La preoccupazione che ci muove è la coscienza ben chiara che, nonostante ci sia sempre più bisogno di procedure di ottimizzazione dei processi e di metodi valutativi raffinati e applicati con sistematicità, la qualità in sanità risente innanzitutto di un fattore che non può essere evaso: la passione per la professione che nasce dalla passione per la persona.

Dando l'augurio di un buon lavoro presento innanzitutto il professor Zangrandi, Ordinario di Economia delle aziende pubbliche presso l'Università degli studi di Parma, al quale abbiamo chiesto di dare un contributo per far capire meglio, diciamo, quale sia il campo di battaglia in questo momento, perché sappiamo tutti che sull'argomento della qualità si discute in continuazione, ma si tratta di capire come questo problema è veramente calato nella realtà e professione delle Organizzazioni sanitarie. Prego professor. Zangrandi.

Antonello Zangrandi: Grazie innanzitutto di questo invito. Mi piace poter discutere in questa sede del tema della qualità in sanità. In questi ultimi anni e ancor oggi nel nostro Paese, il tema spesso al centro dell'attenzione è stato quello economico, nel senso che le risorse destinate alla sanità sono

state sistematicamente inferiori alla necessità, e questo ha fatto sì che molti interventi, che sia il Ministero della Sanità e poi quello della Salute, sia le Regioni hanno messo in atto, sono stati rivolti soprattutto al contenimento dei costi, e, tutto sommato, non sempre in modo efficace. Il tema della qualità in questi anni è stato preso in considerazione attraverso il sistema che tutti gli operatori conoscono: quello dell'accreditamento, cioè attraverso un sistema di garanzie minime nelle strutture sanitarie per le erogazioni delle prestazioni. Ma il tema della qualità in sanità credo che vada bene al di là di questi aspetti di standard minimi, che comunque risultano essere indispensabili. Il tema della qualità è un tema sicuramente complesso, è evidente. E' un tema che necessita, sicuramente, dell'attenzione di tutti i molteplici soggetti operanti nel mondo sanitario, e non soltanto degli amministratori, dei politici, dei professionisti ; ma è necessario che ci sia una politica della qualità. Questa è la premessa fondamentale. E' necessaria una politica della qualità, non necessariamente una politica pubblica, ma un orientamento, una finalità delle nostre organizzazioni sanitarie nella ricerca costante della qualità. Mi piacerebbe che i prossimi dieci anni nel nostro paese avessero come tema centrale una politica per la qualità, perché la qualità non è qualcosa di estemporaneo, non è qualcosa che nasce solo dalla volontà di un attore: è necessaria una politica coordinata, mirata, una politica che sappia anche raccogliere risorse per ordinarle a questo obiettivo. Il mio contributo è proprio legato a questo tema: cosa significa o cosa può significare una politica per la qualità delle strutture sanitarie nel nostro Paese? Questo credo che sia l'orizzonte reale nei prossimi anni. Dico l'orizzonte reale, non volendo certo citare in questo intervento esempi che tutti conosciamo di funzionamento non qualitativo della nostra sanità, che non è necessariamente legato a un unico fattore (relativo al professionista, o alla politica, o alle strutture), ma spesso è legato all'assenza di coordinamento tra i vari professionisti o tra le varie strutture. Il problema della qualità è molto complesso, e va affrontato in modo generale e globale. E, ribadisco, la politica per la qualità dei servizi sanitari mi auguro possa essere l'obiettivo vero delle Regioni per i prossimi anni.

Dal mio punto di vista il contributo che mi premetto di dare è che la politica della qualità deve basarsi su tre fattori o pilastri: il paziente o utente dei servizi; il tema del professionista e, collegato a questo il tema fortissimo dell'autonomia clinica: il tema dell'organizzazione.

Il tema del paziente: che il paziente sia al centro del servizio sanitario è una cosa che spesso si ripete e che tutti noi non solo ci auguriamo, ma che tutti noi cerchiamo di realizzare. Però non può essere solamente una questione di ispirazione: questa ispirazione deve radicarsi nella realtà, deve radicarsi nei servizi. L'attenzione al paziente si deve radicare, e il primo modo perché ciò avvenga effettivamente è misurare: dobbiamo, come prima politica reale e fondamentale, cominciare a misurare in modo sistematico i risultati delle nostre attività: non solo per la qualità percepita, che sicuramente è importante e significativa, ma misurare l'esito delle attività che svolgiamo. Misurarci e confrontarci su ciò che noi, le strutture e servizi sanitari riusciamo effettivamente ad erogare nei confronti del paziente. Il mettere al centro dell'attenzione il paziente ha come cartina di tornasole misurare quale sia la qualità effettivamente erogata e mettere al centro, perciò, anche il confronto, la possibilità di verificare, di confrontarsi con altri. L'assenza del confronto, l'assenza di una riflessione su ciò che riusciamo effettivamente ad erogare in termini clinici, in termini di livelli di assistenza è, in realtà, non mettere al centro dell'attenzione il paziente, ma è il mettere ancora al centro dell'attenzione il professionista e la sua prassi. Mettere al centro dell'attenzione il paziente è misurare le attività svolte nei suoi confronti. E su questo credo che ci siano già numerose esperienze, sia nazionali che internazionali, e che poi sentiremo. E la capacità di misurare permette, perciò, di porre il professionista, la struttura, l'organizzazione in un confronto sereno ma anche effettivo con ciò che accade da altre parti, in questo tentativo del continuo miglioramento. Insomma, l'attenzione al paziente richiede che la struttura, l'organizzazione, il professionista si

misuri e si confronti. Se no l'attenzione al paziente diventa solo una volontà, che sicuramente è importante, ma dev'essere alimentata strutturalmente.

Il secondo pilastro è il tema del professionista. La qualità non si può fare senza professionista. La qualità cercata con modalità amministrative burocratiche senza passare per i professionisti è perdente in tutte le strutture. Passa attraverso la valorizzazione dell'autonomia professionale, nella valorizzazione del professionista. Certo, di un professionista che si confronta, ma dove lui è fortemente consapevole e vuole la qualità. Per cui è indispensabile che il professionista sia all'interno dei processi di valutazione della qualità: non può essere un'attività amministrativa-burocratica, ma è, innanzitutto, un'attività professionale. D'altra parte l'esperienza della stessa Joint Commission ci insegna che sono spesso le società scientifiche, le associazioni di professionisti, sono spesso i professionisti stessi che si organizzano per fare valutazione di qualità. E su questo mi permetto di insistere, dicendo che riterrei francamente perdente quella politica che lasci alle Regioni e alle loro strutture questa verifica e questa possibilità di incidere a livello della qualità. La qualità credo che debba essere perseguita dai professionisti, che devono prendere in mano il tema della qualità in sanità. Non può essere delegata, questa funzione, alle regioni, a una funzione amministrativa regionale. Per questo io credo che la nascita e lo sviluppo di esperienze che sappiano come porsi rispetto agli erogatori (alle Regioni), che sappiano incentivare, sviluppare regole sulla qualità, sia un elemento di sviluppo e di successo per il futuro. E su questo sicuramente i professionisti dovranno porre la loro sfida, e speriamo che sia vincente. Io temo moltissimo un sistema burocratico di valutazione della qualità, qualcosa che sia in mano al pagatore o che sia in mano, di per sé, a un ente pubblico chiamato a valutare la qualità. Soprattutto nella sanità, dove il contenuto professionale è il contenuto essenziale dell'attività. Mi auguro, appunto, che nel nostro paese, le società scientifiche, le associazioni di professionisti sappiano porre in essere le condizioni per promuovere lo sviluppo di sistemi di qualità non gestiti in modo burocratico ma, appunto, in modo professionale.

Il terzo elemento che dobbiamo considerare per la politica della qualità, oltre al paziente e al tema dell'autonomia professionale, è quello dell'organizzazione. Le nostre organizzazioni stanno diventando sempre più complesse e devono essere semplificate. Le nostre organizzazioni devono essere chiamate ad essere flessibili ma effettivamente flessibili cioè dove la responsabilità dei professionisti che operano sia una responsabilità anche nell'impiego delle procedure, nell'impiego delle risorse e che questa responsabilità e questa autonomia sia effettiva. Ma l'organizzazione diventa elemento essenziale. Non si può fare purtroppo nel 2000 qualità prescindendo dalle organizzazioni. Il singolo professionista deve mettere le mani all'interno dell'organizzazione, deve poter incidere sulle modalità di funzionamento dell'organizzazione. Da molte indagini fatte la maggior parte di errori, di problemi qualitativi deriva da processi organizzativi non curati o mal curati cioè da processi organizzativi, che non hanno definito le responsabilità, che non hanno definito il livello di autonomia. Noi non dobbiamo avere paura dei processi organizzativi. I processi organizzativi devono essere in mano ovviamente a chi ha la responsabilità nell'erogare la prestazione. Quindi fare qualità significa definire delle procedure, ma non delle procedure rigide, delle procedure burocratiche, ma delle procedure al servizio del paziente dove l'analisi, lo studio della procedura, l'intervento della procedura clinica del coordinamento tra le varie parti dell'organizzazione è elemento che permette di promuovere la qualità. Quindi nella politica della qualità – ed era al terzo punto - dobbiamo essere attenti a cambiare, a migliorare i processi organizzativi. E i processi organizzativi devono avere questo elemento caratterizzante ed essenziale: autonomia e responsabilità. Io non immagino, soprattutto nel mondo della sanità, una responsabilità lontana da chi opera. La responsabilità è di chi opera. I processi organizzativi e la responsabilità organizzativa deve essere il più possibile vicino a chi opera. Quindi dobbiamo

investire sulle organizzazioni, dobbiamo cambiare le organizzazioni. Su questo si apre un terreno molto interessante di analisi e di sviluppo per il futuro soprattutto per le organizzazioni pubbliche cioè per le aziende pubbliche. E il cambiamento in questo momento sembra francamente molto difficile ma questa è la vera sfida. La vera sfida è poter intervenire e modificare le modalità di funzionamento concreto ed operativo all'interno delle aziende perché l'autonomia e la responsabilità sia vicino a chi opera. Per concludere, sviluppare la politica della qualità con questi tre pilastri ha un orizzonte credo specifico e preciso che può essere detto in questo modo: noi non possiamo ipotizzare che un solo fattore – il professionista, il politico, la regione, la politica governativa – possa sviluppare la qualità: è necessario che ciascuno faccia il suo mestiere e fare il proprio mestiere vuol dire che chi ha il governo della sanità, e cioè oggi le Regioni, abbiano il coraggio di fare delle politiche per la qualità e una politica della qualità ha bisogno di risorse, e significa comunque fare degli investimenti che è possibile che nel medio periodo ritornino, ma non si può ipotizzare di fare una politica della qualità senza investire. Per cui una richiesta che io mi sento di fare in questa sede, è che le Regioni mettano in atto degli strumenti e delle risorse per perseguire questa politica della qualità. La politica della qualità, se deve essere tale, non deve essere solamente una enunciazione devono essere delle azioni, delle risorse messe in campo per realizzarla. Certo le regioni devono avere il coraggio di discriminare però tra chi che questa politica la persegue davvero e chi invece non lo fa. Questo risulta essere essenziale. Questo è l'augurio con cui voglio finire: che la politica per la qualità possa trovare concretezza nelle nostre regioni attraverso la capacità, da un lato di mettere delle risorse in campo e dall'altro di misurare effettivamente la qualità, cosa che oggi – come impareremo dalle esperienze internazionali – è possibile. Grazie.

Moderatore: Grazie professor Zangrandi. Anne Rooney è direttore esecutivo dei servizi internazionali della Joint Commission International. La Joint è una struttura nata dal basso quasi un secolo fa, creata da alcuni colleghi chirurghi che volevano misurarsi, volevano capire verso quale direzione si stava dirigendo il loro lavoro e cominciare a confrontarsi. Allora abbiamo chiesto, dato che rappresenta un'organizzazione che attualmente accredita più dell'85% delle strutture sanitarie non solo ospedaliere in USA, di raccontarci qual è lo stato dell'arte. Prego Miss Rooney.

Anne Rooney: Buongiorno, vorrei ringraziare tutti gli organizzatori di Meeting per avermi offerto la opportunità di venire qui. Purtroppo il mio italiano è piuttosto limitato quindi vi prego di ascoltare la traduzione. Vorrei prima di tutto presentarvi quella che è la definizione dell'accreditamento, vi parlerò poi un po' della Joint Commission. L'accreditamento in generale viene visto come un processo per valutazione delle organizzazioni sanitarie rispetto a determinati standard, che sono basati sulle prove, e si concentrano sulla qualità e sicurezza; questa è anche la missione della Joint Commission e anche della Joint Commission International che è la sua consociata. Per coloro che si occupano di sanità probabilmente Joint Commission è già un concetto noto per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie, questo è l'Ente di accreditamento più vecchio degli Stati Uniti: Joint Commission International è la divisione internazionale di Joint Commission e parlerò un po' di entrambe queste organizzazioni e parlerò di anche dell'esperienza che abbiamo avuto in termini di qualità.

Prima di tutto vi voglio dare un po' di premesse sulla Joint Commission: abbiamo sede a Chicago, siamo stati fondati nel '51 e abbiamo un Consiglio di commissari di 29 membri che rappresentano tutti i professionisti della sanità e sono portatori di interesse a livello pubblico. Una delle funzioni principali di Joint Commission è praticamente controllare le varie organizzazioni e praticamente

rappresentare anche il Governo secondo il programma *Medicare* con quello che si chiama il riconoscimento ufficiale *deemed status*. Attualmente accreditiamo circa 17.000 organizzazioni sanitarie negli Stati Uniti e praticamente i nostri standard, le nostre valutazioni coprono gli ospedali, le organizzazioni per l'assistenza domiciliare, gli hospiss, le organizzazioni che si occupano di problemi psichiatrici e comportamentali, le case di riposo, l'assistenza a lungo termine, le assistenze ambulatoriali e tutte le organizzazioni di assistenza gestita di *Medicare*, e poi abbiamo un nuovo programma specifico per il trattamento dell'asma e del diabete. Qui vediamo brevemente quella che è stata la storia della Joint Commission: effettivamente siamo stati fondati perché c'era una preoccupazione relativamente alla qualità della assistenza negli Stati Uniti già all'inizio del secolo, allora c'era particolare preoccupazione per quanto riguarda i servizi chirurgici.

Nel 1910 un medico pioniere alla Harvard Medical School il Dott. Ernest Codman si è veramente concentrato sull'importanza di esaminare i risultati della assistenza sanitaria, il Dott. Codman effettivamente ha definito il primo sistema per la misurazione degli esiti, aveva un sistema molto elaborato per seguire quello che era l'andamento dei pazienti dopo gli interventi chirurgici, questo processo alla fine ha portato ai primi standard ospedalieri per gli Stati Uniti. Nel 1918 l'associazione americana dei chirurghi ha portato alla definizione di un programma di standardizzazione ospedaliera e questo è stata un po' la storia della Joint Commission. Nel 1951 è stata costituita la vera e propria Joint Commission: praticamente una serie di associazioni che si occupavano di qualità si sono unite nella Joint Commission, come è stato detto anche prima è stato molto importante il contributo dei medici in questo processo, American Association, Officiation, Oncology Officiation e l'America Dental Association, quindi praticamente tutti loro sono coinvolti nella Joint Commission. Nel corso degli anni abbiamo cambiato il nostro nome per includere qualcosa di più oltre gli ospedali. Anche la Joint Commission è una organizzazione privata; negli Stati Uniti riceve molto riconoscimento sia dal governo statale che federale. Se per esempio un ospedale è accreditato dalla Joint Commission automaticamente è certificato per partecipare ai programmi di finanziamento *Medicare* ed altri programmi di assicurazione degli Stati Uniti. Vediamo quella che è stata la storia degli ultimi trent'anni. In questi trent'anni abbiamo aggiunto una serie di nuovi programmi e di fatto visto che gli ospedali hanno sempre meno risorse, negli Stati Uniti, ci sono altri programmi che devono essere attuati. A metà degli anni 90 la Joint Commission ha avviato un processo di gestione dell'*outcome*, nel quadro dell'accreditamento, con un iniziativa che ha preso il nome di ORYX; praticamente le organizzazioni accreditate devono raccogliere dei dati relativamente agli esiti, agli *outcome*, ai processi chiave - per esempio per quanto riguarda patologie cardiache, la polmonite e le gravidanze, almeno per ora ci limitiamo alla raccolta di dati in questo campo. Molti di voi probabilmente sapranno che nel 1998 l'Istituto Medicine negli Stati Uniti ha pubblicato un rapporto relativamente alle preoccupazioni per gli errori medici all'interno degli ospedali americani. La Joint Commission si è occupata anche lei molto della sicurezza dei pazienti e nel 1998 abbiamo lanciato una iniziativa per la sicurezza dei pazienti. Infine va detto che durante l'ultimo anno siamo stati sempre più coinvolti in iniziative di politica pubblica che tra poco vi descriverò.

Vorrei semplicemente parlarvi un po' della nostra missione come organizzazione. Vogliamo concentrarci sull'importanza dell'assistenza ai pazienti: ecco l'obiettivo della nostra attività, questo per migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso l'accreditamento e il servizio di valutazione nonché attraverso un processo educativo.

Alcuni degli elementi chiave che secondo noi fanno parte della qualità, sicuramente sono il rispetto per i pazienti e l'orientamento verso il cliente, verso il paziente. Ovviamente è molto importante considerare anche l'efficacia clinica dei servizi sanitari, la sicurezza dei servizi, dei farmaci, la sicurezza in sala operatoria, è importante considerare l'efficienza dei servizi non solo come sono

forniti, ma con quale tempestività sono forniti, e bisogna anche porre enfasi al costo e sul risparmio dei costi. L'efficacia dell'assistenza che consideriamo così come pure la tempestività di accesso all'assistenza e infine tutti quegli aspetti che riguardano il coordinamento e il lavoro di gruppo in assistenza sanitaria. Negli Stati Uniti i pazienti in genere rimangono in ospedale in media quattro giorni e quindi è importante riuscire a coordinarsi con altri servizi sul territorio.

Vorrei a questo punto parlarvi brevemente di come mettiamo a punto gli standard. Il processo che adottiamo riguarda anche i diversi gruppi di esperti e comitati consultivi, per riuscire ad ottenere veramente le informazioni migliori relativamente a quello che sta succedendo. Per esempio, recentemente abbiamo rivisto i nostri standard relativi al controllo delle infezioni, abbiamo coinvolto tutti gli esperti delle malattie infettive negli Stati Uniti, per essere sicuri che i nostri standard siano attuali e basati sulle prove. Cerchiamo anche di assicurarci che i nostri standard siano basati sulle prove, sulla letteratura e tutte le ricerche scientifiche che sono state condotte al riguardo. Molti dei nostri standard si concentrano su processi chiave e sugli *outcome* all'interno delle organizzazioni sanitarie. Tutto questo cambia continuamente in sanità e quindi dobbiamo continuamente aggiornare i nostri standard.

Poi prima di chiedere alle organizzazioni di soddisfare determinati standard, pubblichiamo gli standard sul nostro sito web per ricevere commenti al riguardo, e riceviamo migliaia di commenti sui nuovi standard prima che questi siano entrati in vigore. Letteralmente ci sono milioni di persone che visitano il nostro sito web per informazioni sulla qualità, perché pubblichiamo anche i risultati del lavoro di accreditamento.

Gli standard sono organizzati secondo delle funzioni chiave. Per esempio l'educazione dei pazienti, il controllo delle infezioni, la leadership oppure la valutazione dei pazienti, per esempio il consenso informato fa parte della valutazione del paziente; poi facciamo anche una valutazione in situ ogni tre anni, per essere sicuri che l'organizzazione conservi i propri standard. Questa valutazione viene condotta da un *team* di professionisti e questo *team* include un medico, un'infermiera e un amministrativo (alle volte anche altri professionisti, ad esempio un farmacista). Queste persone quando conducono la valutazione fanno delle interviste, dei colloqui con i pazienti, fanno anche dei colloqui con il personale dell'organizzazione, poi girano all'interno della struttura per vedere come hanno luogo i vari processi ed esaminano come viene gestita in generale una organizzazione. Alcune delle aree principali di cui si occupano sono quelle maggiormente a rischio per i pazienti, ad esempio i servizi per il trattamento medico, il controllo delle infezioni, i servizi chirurgici, il dipartimento di medicina d'urgenza ed anche esaminano le qualifiche del personale. Alcune delle nuove iniziative importanti adottate dalla Joint Commission comprendono un nuovo studio dei processi di accreditamento in atto negli Stati Uniti e il processo mira a coinvolgere più direttamente le organizzazioni sanitarie nel valutare le proprie prestazioni. Abbiamo anche dati relativi alle organizzazioni sulla base dei quali decidiamo se quella organizzazione deve essere o meno accreditata. Alcuni di questi dati sono, ad esempio, se le organizzazioni rientrano nella soddisfazione degli obiettivi per la sicurezza dei pazienti, o se hanno dei sistemi di gestione dei reclami dei pazienti e se ci forniscono dei dati relativi agli esiti dell'iniziativa di cui abbiamo parlato precedentemente, la ORYX. Cerchiamo di vedere anche come fornire informazioni in modo ottimale sull'accREDITAMENTO e sui risultati dell'accREDITAMENTO e la sua valutazione all'opinione pubblica. Come dicevo, queste informazioni attualmente sono tutte disponibili sul nostro sito internet per tutte le organizzazioni accreditate negli Stati Uniti. Però cerchiamo di rendere ancora più semplice questo sistema, perché anche i pazienti e le famiglie possano avere accesso per decidere a quale ospedale o a quale servizio sanitario rivolgersi per determinati trattamenti.

L'iniziativa ORYX continua ad acquistare importanza. Entro il prossimo anno tutti gli ospedali accreditati negli Stati Uniti potranno mettere a confronto le loro prestazioni sulla base di

determinati indicatori chiave. Per esempio, uno degli indicatori si riferisce alla somministrazione di determinati farmaci dopo un infarto miocardico acuto. Altri indicatori si riferiscono invece alle percentuali di parti cesarei praticati. Allo stato attuale è molto difficile per gli ospedali vedere quali sono le loro prestazioni rispetto ad altri e questo rappresenta quindi un nuovo importante cambiamento. I nostri obiettivi di sicurezza dei pazienti, a livello nazionale, rappresenta un nuovo processo: cioè chiediamo alle organizzazioni di attuare dei processi per ridurre i rischi possibili per i pazienti, soprattutto per quanto riguarda il trattamento medico o le possibilità di errore del trattamento, errori chirurgici. Ultimamente ci sono state diverse iniziative politiche e abbiamo chiesto a gruppi di esperti di concentrarsi su particolari problemi di assistenza sanitaria negli Stati Uniti, per esempio il sovraffollamento dei reparti di medicina d'urgenza. Un altro problema negli Stati Uniti è la carenza di personale infermieristico. Recentemente abbiamo fatto un summit internazionale sugli errori chirurgici, cioè interventi chirurgici fatti nel posto sbagliato, oppure sui pazienti sbagliati. Abbiamo anche esaminato il problema dei trapianti d'organi e l'educazione professionale.

Abbiamo sei obiettivi per la sicurezza dei pazienti e chiediamo alle organizzazioni di seguirli. Sono molto semplici. Il primo prevede che le organizzazioni abbiano un processo chiaro per l'identificazione dei pazienti. Anche se a parole questo sembra semplice, in realtà poi non lo è così tanto. Poi ci concentriamo sul processo di comunicazione agli operatori e vogliamo essere sicuri che nelle organizzazioni gli ordini dati dai medici siano chiari. Poi c'è un altro requisito, cioè che le organizzazioni si concentrino sui farmaci ad alto rischio, per esempio il cloruro di potassio concentrato deve ricevere una particolare attenzione da parte delle organizzazioni; poi ci devono essere dei sistemi d'allarme, per esempio pompe di infusione o i ventilatori. Tutti questi obiettivi hanno rappresentato una grossa differenza e sono riusciti a ridurre gli eventi sentinella oppure i decessi dovuti ad errori medici negli ospedali americani.

Vorrei a questo punto parlare di quello che fa a livello internazionale Joint Commission, anche qui in Europa, in maniera speciale in Italia. Joint Commission Resources è la società affiliata di Joint Commission che contiene la divisione internazionale. Ed effettivamente è internazionale perché abbiamo diversi membri del consiglio che sono internazionali, abbiamo anche un comitato per gli standard che ha dei rappresentanti di tutto il mondo per riuscire a seguire meglio il processo. Tutto questo processo ha avuto inizio nel 1996: avevamo ricevuto richiesta da diversi paesi di dare un servizio di accreditamento agli ospedali di quegli stessi paesi. Abbiamo deciso che molti degli standard della Joint Commission seguivano le leggi e le regolamentazioni americane, non necessariamente si potevano adattare ad altre situazioni internazionali. Per questo motivo abbiamo sviluppato i primi standard ospedalieri internazionali, c'è stata una *task force* per la realizzazione di questi standard con rappresentanti di tutti i continenti, abbiamo testati questi standard in una serie di paesi per essere sicuri che fossero validi e pertinenti e potessero trovare applicazione in questi stessi paesi e abbiamo pubblicato la prima serie di standard internazionali nel 1999 e poi li abbiamo aggiornati in una seconda edizione che è entrata in vigore nel gennaio 2003. A partire dal 1999 Joint Commission International ha accreditato 43 ospedali, 5 in Italia – sono molto lieta di poterlo dire – una serie di altri paesi europei ha ricevuto accreditamento, tra cui Irlanda, Spagna, Germania, Danimarca e Austria, abbiamo accreditato ospedali anche in Turchia, Arabia Saudita ed Emirati Arabi Uniti, in Brasile e in Thailandia. Poi sappiamo di molti ospedali in altri paesi che si stanno preparando per il nostro accreditamento, questo sia in Europa ma in particolare anche in Asia. Inoltre abbiamo un nuovo standard per i servizi d'ambulanza o di trasporto medico e abbiamo accreditato il primo servizio per trasporto in ambulanza quest'anno a Copenaghen in Danimarca. Oltre ad accreditare le singole organizzazioni sanitarie Joint Commission International in genere collabora con i ministri della salute o altri enti accreditati a livello nazionale, questo fa pure parte

della nostra missione, per esempio in Spagna ed in Brasile, noi diamo un accreditamento congiunto, unitamente agli enti deputati all'accreditamento. Stiamo per definire in Portogallo una nuova *partnership* per l'accreditamento congiunto e questo entrerà in vigore nei prossimi anni. Facciamo anche molta condivisione di informazione, forniamo educazione, assistenza tecnica agli enti di accreditamento in una serie di altri paesi, in Europa, in Africa e in Asia.

Gli standard sono organizzati prima di tutto in una serie di capitoli che riguardano l'assistenza ai pazienti. Considerano l'accesso all'assistenza e la continuità dell'assistenza, dopodiché considerano i diritti dei pazienti e delle famiglie dei pazienti, poi la valutazione dei pazienti, l'assistenza degli stessi, e questo comprende anche i servizi chirurgici, la gestione di farmaci, l'erogazione di qualsiasi tipo di trattamento necessario, e una educazione sia del paziente che della famiglia, che rappresenta un aspetto molto importante soprattutto nel momento in cui il paziente viene dimesso dall'ospedale. Oltre a tutti questi standard che riguardano in modo specifico l'assistenza del paziente, ci occupiamo anche della gestione dell'organizzazione, alcuni punti su cui ci concentriamo sono i processi di qualità e di controllo delle prestazioni delle organizzazioni, poi ci interessa la sicurezza del paziente in rapporto a questo. Un elemento molto importante sia della sicurezza che della qualità è la riduzione del rischio di infezioni e quindi in nostri processi prendono in considerazione anche questo. Poi ci interessa anche il modo in cui viene gestita l'organizzazione, quali sono le qualifiche dei gestori, come gestiscono le finanze, come programmano le risorse umane. Poi consideriamo anche la struttura stessa e questo comprende anche la valutazione dei generatori nel caso in cui manca l'elettricità, l'apporto idrico, la capacità di rispondere ad una catastrofe – purtroppo questo è successo diverse volte negli Stati Uniti negli anni recenti – per cui vogliamo anche considerare le qualifiche delle risorse umane, quanto è qualificato un chirurgo per svolgere un determinato intervento, se ci sono delle credenziali che l'organizzazione richiede da parte di un chirurgo. Noi consideriamo anche come l'organizzazione gestisce tutte le sue informazioni, le cartelle cliniche ed anche altri dati che sono all'interno dell'organizzazione.

Molte volte mi si chiede che l'accreditamento fa la differenza. Anche a noi è interessato molto questo quesito. A livello intuitivo, e ho lavorato alla Joint Commission diversi anni, ho visto proprio che in seguito all'accreditamento e al rispetto di certi standard le organizzazioni sono continuamente migliorate. Però abbiamo anche fatto uno studio di ricerca descrittivo e abbiamo chiesto alle organizzazioni internazionali che hanno seguito questo processo di accreditamento di dirci che cosa secondo loro fa la differenza in termini di miglioramento dell'assistenza e di qualità. Queste organizzazioni hanno detto che i maggiori miglioramenti sono stati fatti sia a livello di gestione che a livello di pianificazione, di funzionamento della struttura, di gestione delle cartelle cliniche (per esempio c'è una cartella clinica che è integrata e veramente documenta tutto il processo assistenziale); poi hanno detto di avere ottenuto dei miglioramenti a livello di controllo delle infezioni, di riduzione degli errori di trattamento – un nostro ospedale accreditato ha visto un 80% di riduzione degli errori di somministrazione dei farmaci nel corso degli anni e questo è molto significativo. Hanno visto poi un miglioramento della formazione del personale ed anche delle credenziali del personale e hanno visto in generale un miglioramento della gestione della qualità, riuscendo anche a gestire di *outcome* le complicanze dopo un intervento chirurgico, hanno visto un uso più efficace degli antibiotici, hanno visto una maggiore soddisfazione da parte del paziente e in generale l'organizzazione è gestita meglio: questo ci hanno detto.

In questa diapositiva vediamo una rappresentazione grafica di una serie di ospedali spagnoli che sono stati accreditati. In questo diagramma a ragnatela vediamo che c'è una zona verde e su una scala di 100 punti vediamo qual è stata la prestazione degli ospedali inizialmente, prima di essere accreditata. Avevamo un punteggio del 38%, cioè il 38% degli standard venivano soddisfatti. Dopo aver fatto tutto il processo di accreditamento – ci sono voluti due anni per prepararsi – sono arrivati

ad un punteggio dell'82% di soddisfazione degli standard, quindi un miglioramento sicuramente significativo. Vorremmo continuare a documentare questo processo e vorremmo avere dei dati anche sull'*outcome* dei pazienti in grado di documentare un miglioramento.

Vorrei adesso spiegarvi quali sono i nostri programmi che si aggiungeranno al programma ospedaliero internazionale. Adesso abbiamo dei servizi di accreditamento anche per i servizi di laboratorio clinico. Come dicevo prima c'è questo sistema di accreditamento per le ambulanze, poi vogliamo riuscire ad accreditare anche le assistenze a lungo termine, le assistenze domiciliari; attualmente stiamo mettendo a punto degli standard per l'assistenza di base e infine vogliamo avere una forma di accreditamento anche per le ricerche cliniche e per la protezione delle ricerche umane. E sono veramente lieta di poter dire che alcuni di questi standard nuovi li abbiamo già testati qui in Italia dove abbiamo avuto una risposta molto positiva.

Infine vorrei spiegarvi quali sono altre cose che ci si potrebbe aspettare da Joint Commission International in futuro. Prima di tutto credo che l'accreditamento stia ricevendo sempre di più riconoscimento in tutto il mondo, l'OMS ha fatto una dichiarazione di supporto per il concetto dell'accreditamento stesso; anche la Banca Mondiale ha espresso supporto. In genere spesso finanziano dei processi per mirare al miglioramento dei processi sulla base dell'accreditamento. Le compagnie di assicurazione riconoscono sempre di più l'accreditamento come un segno di qualità ed anche le società private, tipo le società petrolifere di tutto il mondo, sempre più cercano delle organizzazioni sanitarie di qualità che possano fornire servizi ai loro dipendenti. Il nostro processo internazionale sta mettendo a punto anche un *data base* per riuscire a raccogliere dati relativi agli eventi avversi, quindi gli ospedali accreditati sanno come sono i loro risultati rispetto a quelli degli altri nell'area della sicurezza dei pazienti. Non soltanto raccogliamo dati sugli eventi avversi, ma abbiamo anche un sistema di monitoraggio degli indicatori internazionali e questo comprenderà diversi parametri chiave che abbiamo già usato negli Stati Uniti, così come anche nuovi parametri. Questo sarà un processo volontario all'inizio, però molte organizzazioni ci hanno chiesto di poter confrontare le loro prestazioni con le prestazioni di altre organizzazioni sanitarie che hanno già ricevuto l'accreditamento nel mondo. Questa iniziativa verrà lanciata nel 2004.

Infine desidero veramente ringraziarvi per avermi offerto l'opportunità di venire qui e vorrei farvi vedere qual è il nome del nostro sito internet se volete avere più informazioni sui nostri standard o sui nostri processi di accreditamento. Grazie tante per l'attenzione.

Moderatore: Grazie miss Rooney. Questo è un esempio di come la partecipazione a qualcosa che nasce da una esigenza della professione può diventare patrimonio di un paese e anche di altre strutture sanitarie ed anche di altre nazioni, come sta succedendo.

Il dottor Evasio Pasini è un cardiologo, è membro e coordinatore della Commissione qualità della Federazione Italiana delle Società Medico-Scientifiche. In più lui si occupa di effettuare ispezioni come certificatore della ISO 2000, cioè è il mondo della cosiddetta certificazione di qualità. Al dottor Pasini, da colleghi abbiamo chiesto una cosa: è vero, andiamo a studiare i processi, li mettiamo nero su bianco, dobbiamo rispettare delle regole, ma c'è il rischio che questo ingessi il sistema e soprattutto ingessi la professione o che sia solamente un adempimento burocratico o appuntare delle stellettole, dare non delle garanzie vere ma delle garanzie formali. E siccome lui ha visto diverse realtà ospedaliere nel nostro Paese, gli abbiamo chiesto di raccontarcele nella sua personale impressione su questo.

Evasio Pasini: Grazie dell'invito, anche a nome della FISM, Federazione Italiana Medico-Scientifica, che ormai raggruppa 150 mila professionisti e che ha attivato questa commissione nel proprio ambito anche per rispondere ad una necessità che già il professor Zangrandi ha sottolineato,

cioè la professione medica aveva fino ad adesso perso contatto con il mondo della qualità, forse lo riteneva un aspetto burocratico, forse non lo riteneva un aspetto clinico. Oggi noi dobbiamo e crediamo sia proprio un *must* quello di riappropriarci come medici del processo legato alla qualità, legato all'accreditamento. Quindi è nata questa commissione nell'ambito della Federazione, con una *mission* ben precisa che è quella di divulgare e di aiutare, di facilitare lo scambio di esperienze perché di questo c'è bisogno: di esperienze, perché di teoria se ne fa fin troppa, fra le varie unità operative che hanno implementato dei sistemi, che hanno sviluppato dei processi in tema di qualità. Un primo concetto che secondo noi è importante puntualizzare. Esistono diversi tipi di qualità, non possiamo dimenticarcelo, sicuramente non dobbiamo focalizzarci solo sulla qualità economica come è stato il *must* degli ultimi anni. Esiste una qualità attesa, una qualità percepita da parte dell'utenza, esiste anche una qualità tecnico-scientifica, cioè che cosa noi eroghiamo, la qualità del nostro intervento chirurgico, medico, del nostro atto medico. Ed esiste anche una qualità progettata; non dobbiamo dimenticarci che in funzione di una qualità erogata dobbiamo migliorare costantemente questa qualità quindi dobbiamo riprogettare, ridisegnare il nostro processo per ottimizzare al meglio tutti questi tipi di qualità. Detto questo, sulla certificazione ISO che come noi sappiamo è entrata nel mondo della sanità abbastanza in sordina con la vecchia norma, la norma 94 dove 94 è l'anno di presentazione, che prevedeva 20 punti ed aveva un concetto molto specifico: assicurazione della qualità, cioè aveva la "pretesa" che se noi seguivamo in modo notarile questi 20 punti verosimilmente noi assicuravamo che il prodotto che erogavamo era un servizio di qualità. La norma è durata dal 94 al 2000, adesso è stata rivista, è stata parzialmente abbandonata, è entrata una nuova che si chiama *vision 2000* che ha portato notevoli evoluzioni e cambiamenti. Ma parliamo di questa certificazione ISO che è una certificazione volontaria, nessuno obbliga a farla. E' una certificazione che è riconosciuta in 150 paesi al mondo ma una delle grosse critiche che viene mossa nel mondo sanitario a questa certificazione è: è un inutile fardello burocratico. Sotto ho lasciato un'opzione: o è un'opportunità? L'altra domanda che è importante porsi in questa chiacchierata è: vogliamo un bollino per essere certificati, quindi vogliamo la coccarda o vogliamo fare un sistema che sia efficace, efficiente, che sia di aiuto? E allora se vogliamo capire queste cose o se vogliamo rispondere a queste domande non possiamo nasconderci dietro ad un dito, dobbiamo capire quali sono le criticità della certificazione ISO, sino ad ora perlomeno.

La consulenza, l'interpretazione della norma: la norma ISO al contrario delle Joint Commission che sono nate e si sono sviluppate nel contesto medico-sanitario, è una norma generale. Va bene per tutto, per l'aerospaziale, per il turismo, per le banche, per chi produce materiale, quindi la grossa difficoltà è quella di interpretare la norma e di inserirla nel nostro contesto. E qui fra le criticità ho messo la consulenza e la scarsa conoscenza dei processi. C'è una grande mancanza di medici esperti di norma certificatoria, di norma ISO e di conoscenza di questo processo, non esiste questa figura o ne esistono veramente poche. Spesso il consulente è un ingegnere, un biologico che viene e deve cercare di capire cosa fa la struttura e di interpretare cosa fa la struttura e intercalarlo nei punti della norma. Ad ultimo ci sono gli organismi di certificazione, che sono degli organismi accreditati a livello nazionale da un organismo superiore che si chiama SINCERT e loro stessi sono a loro volta oggetti di verifiche ispettive, e questi organismi con i loro *team* di certificazione vengono con una serie di esperti e fanno delle valutazioni del sistema qualità e sotto la loro responsabilità dicono: questo sistema ha i criteri delle ISO e quindi è certificabile oppure non li ha. Ebbene, anche questa è una criticità perché qualche volta l'organismo di certificazione fa business così come dà business la consulenza, la qualità non è ancora vista come politica con la P maiuscola, ma è vista come costo e allora fra un consulente e un organismo di certificazione che mi fa una offerta bassa e un organismo che mi fa una offerta bassa quasi sicuramente sceglierò quello che ha fatto l'offerta bassa, intanto metto il bollino. Ma non creiamo un sistema, probabilmente in questo modo creiamo solo un inutile

farfello burocratico. Vediamo di capire che opportunità ci può dare questa nuova norma, questa *vision 2000*. Si parlava tanto di attenzione verso l'utente. Al primo punto della filosofia delle *vision* c'è proprio l'orientamento all'utente. Al secondo e al terzo c'è il personale, cioè le risorse umane. Poi la gestione basata sui processi: cosa facciamo e come le facciamo queste cose che noi facciamo, l'intervento chirurgico che risultati ha, con cosa si interfaccia, la nostra lastra, la nostra glicemia con cosa si interfaccia, quali sono gli utenti, che risultati ha, ecc.

Dalla filosofia invece al punto operativo: Prima parlavo di 20 punti della vecchia norma 94, che assicurava la qualità se questi 20 punti erano tutti mantenuti; la nuova norma si è accorta della rigidità, dell'eccessiva rigidità della vecchia norma e i punti li ha portati a 5. Ci sono due punti a rispetto della direzione, la direzione è quella che comanda, è il centro nevralgico, dovrà stabilire dei documenti, dovrà stabilire delle risorse, dovrà stabilire dei ruoli, dovrà dare l'indirizzo, la rotta per poter implementare il servizio qualità, gestirà le risorse indispensabili per realizzare un prodotto e un servizio, il punto 7 delle *vision*. Attenzione, in SINCERT si sta lavorando molto per applicare al meglio la norma nel contesto del mondo sanitario, quindi non è soltanto la lite diagnostico-terapeutico, ma è fondamentale la comunicazione e l'interazione con l'utenza, utenza che è il centro e la fine, l'Alfa e l'Omega di tutto il processo; infatti con l'utenza l'alta direzione dovrà dialogare per capire quali sono le sue esigenze, per capire veramente che cosa l'utente vuole nell'ambito di quel servizio; dovrà comunicare anche l'alta direzione che cosa fa per questo utente, quale risultato, con quale attenzione verso l'utente. Finito il processo si originano dei risultati. Abbiamo sentito l'attenzione di Joint Commission verso *l'out resource*, cioè ho fatto questa cosa, come l'ho fatta dal punto di vista clinico ma anche dal punto di vista percezione dell'utente; quindi allora ancora dialogo con l'utente in input, tante informazioni importanti che per un miglioramento continuo devono arrivare alla direzione che, utilizzando ancora delle risorse, innesca un circolo virtuoso. Esistono alcuni approcci molto studiati per fare una verifica ispettiva. Mi fermerei soprattutto su due aspetti innovativi che non vengono quasi mai utilizzati nelle certificazioni, perché la norma si conosce ancora poco, ed è la comunicazione esterna e la formazione del personale.

Comunicazione esterna: è fondamentale sia in *output* di processo: cioè la direzione, l'unità operativa deve dire cosa fa e come lo fa, sia in quali modi quantitativi e qualitativi fa questo tipo di prestazione. Una volta erogato il servizio dovrà di nuovo interfacciarsi con l'utente e dire: sei rimasto soddisfatto del servizio che ti ho fatto? Hai dei suggerimenti? Hai delle opportunità di miglioramento?

E' una cosa fondamentale identificare gli utenti. Questo è un problema che dimostra una certa sensibilità di implementazione e di interpretazione della norma. Devo capire, quando faccio un servizio, chi sono le persone che usufruiranno di questo servizio e come posso interfacciarmi con loro, quali messaggi dare, che cosa interessa loro sapere per venire da me a chiedere il mio servizio. Altro piccolo grande concetto che non viene ancora considerato è il concetto di contratto. Ebbene il concetto di contratto si applica appieno alla norma ISO; perché la norma ISO è una norma contrattuale, è l'unica norma internazionale a livello contrattuale; è quello della verifica di parte seconda: chi compra una prestazione può decidere di andare a vedere come l'organizzazione che fornisce quella prestazione eroga quella prestazione, non si fida di quello che gli dico ma manda degli *auditing* suoi per capire come quella struttura eroga la prestazione prima di comprarla.

Esempi pratici: questo è uno standard di prodotto di un laboratorio di analisi che è stato certificato e che ha identificato nell'utente il cittadino, e si è messo in sintonia col cittadino, ha chiesto al cittadino in riunioni, in incontri col proprio parco utenti, che cosa volevano che fosse messo nello standard di prodotto: la lista degli esami, gli orari dei prelievi e ritiro referto, compreso il tempo medio di attesa e dove si doveva andare a ritirare il referto, la descrizione e l'ubicazione del laboratorio, i documenti richiesti per accedere alla prestazione, i numeri telefonici utili, i servizi

accessori; sembrano delle banalità però il bar, la banca, i giornali sono una attenzione non da poco nei confronti di un cittadino perché il fatto che uno venga a chiedere una glicemia e deve venire a digiuno e sa che c'è un bar a due metri dal laboratorio può essere una informazione importante, così come la banca per pagare il ticket o i giornali se deve aspettare del tempo. La scheda delle segnalazioni di osservazioni e reclami è una breve descrizione per la garanzia della qualità erogata. Qui invece andiamo ad un altro utente identificato: qui l'utente è un medico. L'esame in questo caso è il dosaggio della mantidina, cioè intossicazione da funghi e allora l'informazione che viene data da medico a medico è ancora più profonda: ad esempio che tipo di esame facciamo, su quale materiale si esegue l'esame (sangue, urina, altro), come trasportare l'esame, il metodo di analisi (lo facciamo in ria, lo facciamo in HPLC, lo facciamo in enzimatico), la letteratura di supporto, i valori di normalità, i controlli di qualità eseguiti all'interno del laboratorio così come la garanzia di qualità che quell'esame sia l'esame giusto. Abbiamo sentito parlare di Joint Commission di tracciabilità del campione, siamo sicuri che il signor X è veramente quello? Ancora: le modalità di comunicazione di quel servizio che potrebbe essere un numero di telefono attivato 24 ore oppure un sito web, la mappa per raggiungere il laboratorio, l'elenco di apparecchiature. Vogliamo dire che abbiamo delle risorse umane e materiali molto efficaci in questo laboratorio e quindi diciamo come sono fatte le nostre apparecchiature, come le manteniamo e come le tarriamo, il personale, momento strategico, chi è, cosa fa e quale curriculum ha, quale formazione ha. E poi l'eventuale pubblicazione che il laboratorio fa.

La prossima diapositiva porta invece l'esempio di un laboratorio di emodinamica, certificato, siamo in una struttura cardiologica. Il processo è l'esecuzione di un'angioplastica con coronarografia, vedete una serie di *outcome* delle complicanze maggiori, la ristenosi piuttosto che la mortalità, quello che è importante vedere è che in questa struttura – che poi è il Policlinico di Bari, ci si sia paragonati a degli standard di riferimento, si è fatto un discorso di *benchmarking* come veniva richiesto anche delle Joint Commission e si sono identificati dei nuovi obiettivi; qui naturalmente parliamo dell'anno 2002-2003. Esistono anche altri indicatori, indicatori di attività, indicatori di processo.

Punto saliente, anche in questo caso sottovalutato, nell'ambito delle *vision* è la formazione del personale. Il personale clinico deve avere competenze, consapevolezza, addestramento in funzione dell'attività svolta nell'ambito della struttura. E' necessario pianificare l'addestramento e la formazione del personale e verificarne l'efficacia, bisogna documentare l'addestramento con degli attestati, con il curriculum del personale. Attenzione, importantissimo il punto 2, una nota che dice che l'estensione della documentazione del sistema di gestione qualità può differire in funzione della competenza del personale: questo vuol dire che se ho del personale molto competente, molto formato e se ho la documentazione di fatto che questo è, posso ridurre di molto tutta la documentazione, quindi tutto sommato ho scacciato quel fantasma che era l'eccessiva burocratizzazione, il dover scrivere tutto per documentare che tutto era stato fatto.

La prossima diapositiva. Questo parte da una consapevolezza: che il risultato del processo è comunque dipendente dalla risorsa umana e dalle capacità dei professionisti. Le conclusioni di tutto questo? Sono che fare la qualità nel conteso sanitario non è cosa facile, la cultura della qualità è tuttavia un passaggio essenziale, una nuova sfida per il personale sanitario che ci vede tutti attori e tutti partecipi, società scientifiche in primis, è importante conoscere ed interpretare i consigli del sistema qualità per tentare di curare al meglio nel rispetto sia della persona malata che non dobbiamo mai dimenticare, sia dei professionisti sanitari. Grazie.

Marco Ferrario: E' per me un piacere introdurre la prossima relazione, il dottor Carlo Lucchina, varesino, laureato in Economia e Commercio, dottore commercialista e attuale direttore dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia

Carlo Lucchina: Buongiorno a tutti. Dopo gli interventi che mi hanno preceduto credo che da parte mia valga la pena di dare un taglio un po' più di sistema strategico, perché c'è il rischio di rendere un po' troppo specialistico il discorso della qualità. Questo può essere un rischio, per due motivi. Il primo. La qualità è il centro dell'attività sanitaria da sempre, quindi non può essere una novità. La Regione Lombardia ad esempio ha inserito un richiamo specifico sulla certificazione ISO nella sua legge 31/97. Il Presidente Formigoni quando si parla di sanità lombarda ha l'abitudine di esordire dicendo: "Discutiamo, salvo la qualità e la libera scelta del cittadino". Ora, questo passaggio è fondamentale, qui non si parla della ricerca qualità, di un problema qualità, noi non siamo una fabbrica di automobili, per cui quando uno di noi compra l'auto nuova può scoprire dopo tre giorni che l'impianto di condizionamento non funziona e deve riportarla dal concessionario; una persona che è in cura non può essere dimessa "con l'impianto di condizionamento che non funziona": non ce lo possiamo permettere. Allora quando parliamo di qualità parliamo di un continuo processo di crescita e di perfezionamento che non finirà mai, perché ci possono essere tutte le certificazioni di questo mondo, che però assolutamente non possono essere interpretate come statiche "io ho preso la certificazione, il bollino, l'attestato, il francobollo, sono a posto". Non sono a posto per niente. Almeno una volta all'anno, massimo due anni, devo riverificare se queste condizioni sussistono ancora nei miei processi, nei miei poliambulatori, nei miei ospedali, nei miei servizi di assistenza. Perché quando parliamo di qualità, la qualità è anche l'attenzione al cittadino allorquando si avvicina al Centro Unico di Prenotazione. La qualità è anche l'attenzione al cittadino nei suoi rapporti fra la medicina di base, la necessità di un ricovero ospedaliero se necessario, il decorso post-ospedaliero e la conoscenza, la prevenzione e l'informazione. Allora credo che valga la pena un attimo concentrarsi su un evento storico su cui la Regione Lombardia ha scommesso per bocca del suo Presidente della Giunta, perché la Regione Lombardia ha pubblicato – credo sia in scadenza tra poco la domanda di partecipazione -un bando di gara internazionale per un ulteriore momento di crescita qualitativa. Non è l'eccellenza, parola peraltro un po' troppo inflazionata ultimamente con il pericolo che all'eccellenza si equiparino per definizione alcune realtà istituzionali – è un prosieguo del discorso della qualità che avanza sempre più e che ha l'obiettivo (neanche molto malcelato, quindi estremamente significativo ma estremamente difficile) di fare avanzare il sistema sanitario lombardo sempre più a livello di una migliore organizzazione che tenga conto certamente delle esigenze della persona che ha bisogno di curarsi, e della sacrosanta necessità di formazione non solamente dei medici ma di tutti i protagonisti. A me piace pensare che questa sia l'occasione per continuare, e in alcuni casi cominciare, ad ascoltarsi. A tutti i vari livelli, a cominciare dall'assessorato lombardo per passare ai colleghi direttori generali, sanitari, medici, infermieri, tecnici di radiologia, cominciare ad ascoltarsi e confrontarsi per crescere. Perché questa può essere l'occasione in cui, come si è già detto, scusate la franchezza, finisci per andare a mettere i piedi nel piatto di quelli che sono i gangli organizzativi di ogni reparto, di ogni struttura da cui si origina tutta la risposta alla domanda di sanità che ci fanno e da cui si originano anche i costi. E' il momento anche per verificare i nostri giovani, i medici in specialità, gli appena specializzati, che frequentano le nostre strutture (sicuramente quelle lombarde ma non credo solo quelle), a cui bisognerà prima o poi prestare più attenzione di quella che prestiamo adesso. Degli altri protagonisti: dei giovani infermieri, rispetto ai quali andrebbe poi sempre più e sempre prima chiarito che certamente il diploma di infermiere è una soluzione di occupazione, ma è un mestiere che riesci a fare se hai dentro qualche cosa di più della pur sacrosanta necessità di lavorare. E allora tutto questo può

contribuire, deve contribuire, da una parte – per quanto riguarda la Lombardia – a metterci di fronte all'Europa senza nessuna necessità di paura di sudditanza; dall'altra per cominciare un discorso (che tra l'altro nel nostro caso si fonda su una base conoscitiva di dati estremamente professionali) di partenza, necessario a crescere e a dare una svolta ai modelli organizzativi sanitari che probabilmente ancora risentono dei modelli tradizionali. Credo che in un momento storico come questo, dove questo mondo è costretto ogni giorno a fare i conti con i bilancisti che sono la mia razza (sono quelle persone bravissime che hanno l'abitudine di consultare i documenti partendo dall'ultima pagina, numerino in fondo ultimo a destra, che dà l'utile o la perdita del bilancio stesso) questo mondo, soprattutto lombardo, ha l'occasione per poter dimostrare che si è organizzato, che cura le persone come devono essere curate, che non spreca e adotta un modello di grande flessibilità, perché il modello organizzativo della qualità non può essere rigido, porta a casa il risultato primario di garantire cure appropriate, spesso risolutive, alle persone che ne hanno bisogno, razionalizza i costi e finalmente è in grado di dimostrare che se la sanità ha qualche euro in più fuori dalla porta della sanità c'è ancora un insieme di domande inesprese tale che noi ci metteremo pochi decimi di secondo a decidere come investirlo. Grazie.

Marco Ferrario: Ringrazio il dottor Lucchina e colgo l'occasione per ringraziare della presenza qui in sala dei professori Goggi e Frattola che sono rispettivamente Presidi della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Milano e di Milano-Bicocca. Questo applauso è soprattutto per l'attenzione che questi presidi hanno sempre posto nei confronti della nostra organizzazione e colgo anche l'occasione per ringraziare i direttori generali particolarmente numerosi che sono intervenuti in questa riunione. Nell'aprire il dibattito desidero dare la parola al dottor Francesco Zurlini che è Primario del Reparto di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Busto a cui ho chiesto l'intervento perché sono stato colpito da una esperienza personale. Molto brevemente, si trattava di una piccola ferita che doveva essere riparata a mia figlia e mi sono rivolto alla sua struttura a sua insaputa. In America le chiamano le sit visit, cioè quelle visite lampo e quello che mi ha colpito non è stato solo l'efficienza del suo reparto e soprattutto la capacità di intervento, ma il fatto che l'infermiera che era di turno e che era in ritardo di due minuti – invece che arrivare alle 8 è arrivata alle 8,02 – si è sentita in dovere di chiedere scusa a quelle quattro o cinque pazienti che erano in attesa di lei. Questo mi ha fatto capire che c'era una attenzione alla persona innanzitutto che era di fondamentale importanza. Proprio per questo gli ho chiesto di intervenire brevemente perché ci raccontasse la sua esperienza.

Francesco Zurlini: Grazie, mi rendo conto che qui ci sono almeno 100 o 200 professionisti che potrebbero spiegare questa cosa. La mia esperienza di qualità, che concepisco come una esperienza di positività reale per il paziente e per l'operatore, nel mio caso non nasce da una idea ma dall'aver incontrato delle persone che già dai tempi dell'Università e poi durante la loro professione, mi hanno mostrato una positività nell'affronto del lavoro nel campo sanitario, anche se diverso dal mio. Poi ho desiderato fare il chirurgo e sono andato in un grande ospedale milanese dove sono stato 20 anni e ho seguito quello che è un grande maestro della chirurgia, il professor Belli al Niguarda, proprio per desiderare di imparare questa professione, perché ci fosse una qualità in questa professione. Però mi rendo conto che la posizione umana di partenza ti fa giudicare qualsiasi professione; qualsiasi professionalità, qualsiasi capacità non è neutra, non è schematica. Mi sono accorto in questi anni di lavoro che c'è un fattore in più, che non basta conoscere tutto, conoscere le linee guida, che c'è un fattore in più nella nostra professione per generare una qualità, e questo fattore in più io ho intuito che fosse la passione per la persona che incontro, il prendersi in carico la persona secondo tutti i fattori che ci sono in campo. Questo mi ha permesso di verificare anche con alcuni giovani collaboratori, quando cominciavo a muovere un po' i piedi nella chirurgia che

cominciava a svilupparsi su nuovi campi, che mi chiedevano di condividere le tecniche chirurgiche nuove. Io gli proponevo, prima di coinvolgerli in tecniche chirurgiche, di coinvolgere questa passione per le persone, tant'è che li invitavo a fare l'ambulatorio che io chiamavo "degli ultimi" nell'ospedale, quello che nessuno voleva fare con le persone che erano piene di piaghe, con le ulcere nelle gambe piene di vermi che venivano dalla stazione e questo per comunicare loro questa passione per la persona e che questa passione per la persona può diventare una grande esperienza di metodo. Tant'è che quando ho iniziato questa avventura di primario in un ospedale provinciale, ho capito che questa era una grande opportunità per verificare come questo metodo, questa passione per la persona potesse far diventare efficace, efficiente un reparto di chirurgia. Poi la scoperta di Moscati, la genialità di scoprire questa persona, mi ha fatto capire più chiaramente quella che è la carità, la passione per la persona che genera la conoscenza. Ma questa non è una affermazione teorica, questo ha voluto dire per me fare in modo che chi lavorava con me, i chirurghi che vogliono giustamente sempre operare, che vogliono sempre imparare tecniche nuove, fossero educati prima ad avere la passione di questa persona. Cosa vuol dire? Non è obbligatorio amare una persona. Non puoi chiedere a uno di appassionarsi; puoi chiederlo conoscendola profondamente, dandosi da fare per quella persona, fin nel dettaglio di conoscere profondamente l'anamnesi prima di operarlo, di conoscere benissimo la sua situazione familiare prima di operarlo, perché questo diventa criterio per come applicare tutte quelle meravigliose tecniche che abbiamo, tutte le linee guida, tutta la medicina basata sull'evidenza, deve essere calibrata sulla persona. E la passione per la persona fa diventare sì che anche l'attività di routine non sia noiosa, non annoi mai, diventa preziosa, e diventa un stimolo, una curiosità, un desiderio di conoscenza andando a vedere anche chi è più bravo in quel campo. Allora mi sono detto che facendo questa esperienza e sentendo anche voi, come questa qualità è una qualità .. insomma è difficile definire la qualità. Il mio compito qui non definire la qualità, io dico però che la qualità va organizzata, è vero, però bisogna tener conto in questa qualità che ciò che genera una cultura è una esperienza. Allora mi dico che questa esperienza ricca, che in tantissimi ospedali avviene, deve essere sempre più valorizzata, riconosciuta, perché questa esperienza di positività, questa esperienza che nasce da questo metodo, cioè la passione per la persona, genera conoscenza, genera competenza: che in queste esperienze vengano tenute presenti nei criteri di valutazione della qualità. A maggior ragione nella situazione economica del mondo sanitario di oggi, in cui è evidente una riduzione delle risorse o comunque un limite in tutto, anche nelle risorse. A maggior ragione bisogna tenere presente in questo clima di limite questo tipo di qualità. Grazie.

Marco Ferrario: cedo la parola al dr. Matteo Stocco, che è biologo, e attualmente è coordinatore vendite e di diagnostica e ricerca del San Raffaele S.p.A. di Milano perché ci racconti la sua esperienza che descrive in modo significativo gli attuali standard e lo scenario che si apre e si aprirà in futuro nel campo specifico della qualità in laboratorio.

Matteo Stocco: Vorrei ringraziare il dottor Ferrario che sicuramente è molto esperto in tema di qualità. In questi anni la razionalizzazione della spesa ha contribuito fortemente a ridisegnare le norme che governano i processi e che concorrono a determinare quindi la qualità delle prestazioni diagnostiche e di cura. Le politiche economiche hanno imposto spesso alle amministrazioni lo studio e l'applicazione di nuovi modelli gestionali come per esempio i progetti per l'esternalizzazione delle attività sanitarie. Partendo dall'attività che svolgo desidero affrontare alcuni aspetti legati alla qualità dei processi della esternalizzazione, in questo caso del servizio di laboratorio e analisi. I processi di terziarizzazione delle attività sono molto diffusi da anni nelle strutture private che utilizzano i *service* per migliorare i conti economici delle prestazioni da

ricovero e per creare margini di guadagno sulle prestazioni ambulatoriali. Quindi affidarsi al *service* di laboratorio è quasi una scelta obbligata per le piccole e medie strutture che devono garantire tutte le prestazioni indicate da tariffario comprese quelle rare o estremamente costose. La disponibilità di laboratori che erogano il *service*, in grado di eseguire queste analisi magari anche con costi contenuti, consente di mantenere l'accreditamento delle strutture e garantire un servizio completo al paziente. La necessità di contenere la spesa di fronte ad un aumento di richiesta delle prestazioni, ha indotto recentemente anche le aziende sanitarie locali e grandi strutture ospedaliere accreditate a ricorrere all'esternalizzazione o parziale esternalizzazione delle attività di laboratorio aprendo il mercato a notevoli prospettive di sviluppo. In questo però non si tratta più di coprire il fabbisogno di esami di nicchia, ma in alcuni casi di veri e propri progetti di gestione in *outsourcing* delle attività di laboratorio. Questi sono scenari assolutamente nuovi e aprono delle prospettive che ritengo siano di particolare attenzione in relazione alla qualità delle prestazioni erogate. Ritengo che alto sia il rischio che a governare i processi di acquisizione di beni e servizi sia sempre più preponderante l'aspetto economico, soprattutto se i costi di produzione sono da calcolarsi in funzione della competitività commerciale per l'acquisizione di nuove quote di mercato nel *service*. Nel corso dell'espletamento di una gara pubblica per l'affidamento dell'esecuzione di esami di *service*, una delle prime, alla richiesta di valutare anche gli aspetti qualitativi del servizio e non solo quelli economici, la risposta dell'azienda è stata che i documenti erano regolari perché tutti i fornitori potenziali invitati erano accreditati; e che nelle condizioni economiche in cui versava l'ente l'importante era puntare al risparmio. Però sul mercato esistono molti prodotti e molti fornitori con i quali è possibile eseguire le analisi che rispondono alle medesime richieste. Ma come per tutti i mercati, e per tutti i prodotti, spesso il basso costo non è sinonimo di qualità. E' raro che il paziente possa da solo apprezzare l'efficacia delle prestazioni che non siano a lui evidenti, come dicevamo prima, quindi la rapidità dei percorsi di accettazione, la qualità del servizio alberghiero o la rapidità dell'esecuzione di un esame. Il controllo qualitativo dell'efficacia della cure è compito proprio delle strutture di controllo. Se queste strutture sono anche il committente del servizio risulta spesso il controllo solo finalizzato ai parametri amministrativi ed economici. Non sembra più sufficiente che per operare nel servizio sanitario, come è previsto nel nostro paese, i fornitori di prestazioni devono solo essere accreditati. Una delle condizioni minime per garantire qualitativamente una adeguata competizione fra i soggetti che si pongono sul mercato come fornitori di servizi, è quella di avere i medesimi percorsi di qualità da rispettare. Un sistema di produzione che renda esplicita l'importanza dell'*outcome* sanitario, applicato in modo estensivo a tutto il sistema. E' necessario quindi per i fornitori, specie se sono anche erogatori di prestazioni, l'applicazione dei sistemi integrati di valutazione della qualità, per tutti, tutte le fasi rilevanti del processo analitico, possibilmente condotta da organismi indipendenti al fine di rendere uniformi e legate ai percorsi clinici i risultati analitici. Concludo che l'aspetto rilevante è che i risultati delle valutazioni della qualità vengano integrati nei processi di controllo dell'accreditamento delle strutture sanitarie. Solo così penso sia possibile avere una valutazione della qualità adeguata, valorizzata e per poterla perseguire con continuità e sistematicità. Grazie.

Marco Ferrario: Ringrazio entrambi gli interventi perché hanno fatto capire quello che vuol dire calare nella realtà della pratica questi concetti che abbiamo iniziato ad affrontare in forma teorica nei primi interventi; e soprattutto che nel momento in cui vengono calati nella pratica questi concetti non può non far nascere una domanda ulteriore di qualità, una messa a punto dei metodi, un miglioramento degli standard.

Ringrazio tutti gli oratori e prima di concludere desidero fare ancora due passaggi. Chiedere a Camillo Rossi di fare la sintesi di questo incontro e contestualmente chiedere al dr. Dragonetti di raggiungerci perché ci deve dare un annuncio importantissimo.

Camillo Rossi: Sarò breve perché è stato detto molto questa mattina. Non ho la pretesa di sintetizzare, quanto quella di fare delle considerazioni sperando di rilanciare la palla. Credo di portare a casa questo: che esistono degli strumenti come la certificazione dell'accreditamento che possono essere usati in modo diverso, a seconda che a usarli ci sia un soggetto professionale oppure un burocrate. Credo che la differenza in questo caso sia rappresentata da questo: anche quello che è un percorso come quello della Joint Commission può essere sacrificato tranquillamente sull'altare della burocrazia amministrativa, consentendo alla struttura di aggiungere una coccarda che è una coccarda ISO che costringe tutti quanti ad adeguarsi a certi schemi, a certi standard operativi, ma non cambia. Prima osservazione è che certificazione e valutazione sono degli strumenti, sostanziali, ma sono degli strumenti, non sono obiettivi. E che senza professionisti e quindi senza un soggetto non c'è qualità. Questo miss Rooney lo ho detto chiaramente, Zangrandi lo ha fatto emergere dalla sua relazione, perché uno dei pilastri della qualità è chi la fa, oltre al paziente ed alla sua organizzazione.

L'altro problema è che noi non siamo abituati a rendere esplicito ciò che implicito, cioè la nostra attività non siamo abituati a documentarla in modo tale che sia misurabile, che sia confrontabile. Tutti gli intervenuti hanno parlato di questo: misuriamoci, confrontiamoci. Questa è una fatica che va fatta, diceva bene Zurlini: è un problema di esperienza. Però l'esperienza va documentata, va portata sul versante dei fatti.

L'ultima considerazione è che secondo quella che è stata l'esperienza e anche in Regione Lombardia e il nostro centro di ricerca ha portato avanti, è che comunque ci sono delle possibilità che noi mai avevamo pensato di poter utilizzare, di poter sfruttare fino in fondo, che apparentemente potevano sembrare solo un appesantimento burocratico: cioè tenere conto dei numeri delle nostre attività. Abbiamo cominciato ad utilizzarli, stanno venendo fuori dei risultati interessanti, per cui non è vero che la qualità non è misurabile, non è vero che certi fatti non sono documentabili e invece è altrettanto vero che questo deve partire da una esigenza. Da una esigenza di chi? Di chi usufruisce del servizio della professione e di chi finanzia il servizio.

Credo che ormai nella nostra associazione sia noto quello che è ormai il nostro cavallo di battaglia, una definizione molto originale di qualità, che rileggo per tutti: "un tempo gli operai non erano servi, lavoravano, coltivavano. Un onore assoluto come si addice ad un onore. La gamba di una sedia doveva essere ben fatta, era naturale, era inteso, era un primato. Non occorre fosse ben fatta per il salario o in modo proporzionale al salario. Non doveva essere ben fatta per il padrone o per gli intenditori né per i clienti del padrone. Doveva essere ben fatta in sé, per sé, per sua natura. Una tradizione venuta, risalita dal profondo della razza, una storia, un assoluto, esigevano che quella gamba di sedia fosse ben fatta. Ed ogni parte della sedia che non si vedeva era lavorata con la medesima perfezione delle parti che si vedevano secondo lo stesso principio. Non si trattava di essere visti o di non essere visti, era il lavoro in sé che doveva essere ben fatto".

Questa è un pezzettino di Peguy che mi sono permesso di rileggere perché sarà noto a tantissimi dei presenti che esprime chiaramente qual è la nostra idea del problema, perché altrimenti non si spiega il motivo per cui in una situazione di limitatezza di risorse tutti quanti noi dalla mattina alla sera, più o meno dipendenti pubblici, facciamo il nostro mestiere, a qualsiasi grado in qualsiasi posto d'Italia o del mondo. Questa è la vera ragione e questo ci permette di incontrare tutti e ci permette di aprire una prospettiva. La nostra associazione proprio su questo argomento aveva intenzione di

proseguire, noi terremo aggiornati tutti i nostri associati e chi fosse interessato attraverso il sito dell'Associazione Medicina e Persona. Vi ringrazio tanto per l'attenzione.

Marco Ferrario: Cedo Parola al dr. Dragonetti.

DRAGONETTI: Prima di dare l'avviso volevo ringraziarvi per essere qui tutti, a nome del direttivo dell'Associazione, a nome nostro, perché noi siamo rimasti molto colpiti da quello che è accaduto questa settimana, alla partecipazione anche imprevista ad un incontro tecnico come questo.

Vengo alla questione a cui in questo momento l'associazione tiene in modo particolare che è la rivista. Voi sapete che questo anno con un grosso sforzo l'associazione ha editato una rivista di tipo scientifico "Journal medical et person (?)" una rivista che per vivere...: ovviamente una cosa importante sono i contenuti, ma per comunicare questi contenuti e questi contributi è importante sostenerla con l'abbonamento. In occasione del Meeting abbiamo pensato di promuovere la rivista con uno sconto del 15% per chi si vuole abbonare durante il periodo del Meeting, oppure l'omaggio del libro di Cesana poi è il rapporto del CEFAR sull'welfare in Europa che è molto interessante. Questo per quanto riguarda i soci. Ma avendo qui davanti molti direttori di istituzioni vorrei invitare anche le istituzioni ad abbonarsi. Per questo tipo di abbonamento non abbiamo previsto nessuno sconto.