

# QUALITA' E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

CARLO FAVARETTI

Il tema affidatomi si presterebbe ad essere affrontato con tagli estremamente diversi. Trovandoci in un contesto multidisciplinare in cui sono presenti direttori generali e sanitari, e clinici, ho scelto un taglio sistemico piuttosto che un taglio analitico, centrato sulla discussione di singole prestazioni ospedaliere. Il mio intervento sarà diviso in tre parti. Nella prima parte vorrei brevemente fornire le definizioni delle tre parole chiave che compongono il titolo del mio contributo: qualità, appropriatezza, riorientamento. Nella seconda vorrei esaminare la necessità di creare e mantenere sistemi di gestione efficaci per la qualità e nella terza vorrei illustrare cinque esperienze pratiche che stiamo svolgendo nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento.

La qualità è intesa come la capacità di soddisfare le esigenze e le aspettative delle parti interessate (stakeholders) al funzionamento del sistema sanitario. Soddisfare, nella visione moderna della qualità, significa ottenere risultati in due campi. Quello dei processi, da documentare con misurazioni di output, e quello degli outcomes, relativo al miglioramento delle condizioni di salute dei singoli pazienti e delle comunità servite. Inoltre, si deve precisare che la qualità ha almeno tre dimensioni: professionale, organizzativa e relazionale. Infine, vorrei ricordare come noi tutti, dal direttore generale al singolo medico ed operatore, abbiamo a che fare non solo con i clienti sani e malati, ma anche con i finanziatori, con i fornitori, con la comunità. E tutte queste parti interessate spesso manifestano esigenze ed aspettative che sono in conflitto di interesse tra di loro. Oggi, quindi, la capacità di gestire sistemi qualità è relativa al riconoscimento dei conflitti di interesse potenziali e, soprattutto, alla definizione di un mix accettabile di approcci che possono aiutarci ad ottenere risultati e quindi a soddisfare interessi e aspettative delle diverse parti interessate.

La seconda parola chiave è appropriatezza. Anche in questo caso ci sono due connotazioni: l'appropriatezza clinica ed organizzativa. Quella strettamente clinica parte da un pre-requisito: disporre di interventi efficaci. L'efficacia dei trattamenti, degli interventi, è un pre-requisito per discutere di appropriatezza perché, da un punto di vista clinico, lavorare in modo appropriato significa applicare la tecnologia o il processo assistenziale, riconosciuto efficace, solo nei pazienti o nelle persone che hanno un'ampia probabilità di trarne beneficio. Sul piano organizzativo il concetto di appropriatezza è legato al livello assistenziale, ai tre macro-livelli che è stato ricordato da chi mi ha preceduto. Se volessimo sintetizzare i due aspetti, potremmo concludere che lavorare in modo appropriato significa dare la prestazione giusta, al paziente giusto, nel contesto giusto, con le risorse giuste.

Passiamo, infine, alla definizione di riorientamento. Questa parola è contenuta nella Carta di Ottawa per la promozione della salute del 1986. Parlare di riorientamento in termini coerenti con la Carta di Ottawa significa, a mio avviso, avere chiara consapevolezza che i determinanti della salute sono anche fuori dal controllo del sistema sanitario. Porsi il problema del riorientamento dei servizi sanitari, ospedale compreso, significa quindi accettare questo tipo di impostazione e, in ultima analisi, passare da un'impostazione classica di sanità pubblica ad un'altra di politica pubblica per la salute, dove tutti i settori della società che hanno il controllo sui determinanti della salute devono intervenire in maniera coerente con gli obiettivi di salute.

In questo lucido ho cercato di sintetizzare come, a mio avviso, il riorientamento parta da alcune domande base:

- perché dobbiamo trasformare i servizi esistenti?
- per andare dove?
- quali riferimenti usare per questo cambiamento?

La risposta alla prima domanda è costituita dall'invecchiamento della popolazione, dalla transizione epidemiologica, dallo sviluppo della tecnologia sanitaria. Ricordo che la tecnologia sanitaria non è solamente l'apparecchiatura, ma è anche la procedura clinica, il comportamento clinico, lo stesso personale sanitario e come esso si pone nel processo assistenziale. Dobbiamo trasformare i servizi esistenti a causa dell'evoluzione delle esigenze e delle aspettative ; dobbiamo imparare ad avere a che fare con pazienti impazienti e a maneggiare i conflitti di interesse tra gli stakeholders. Sinceramente, ritengo che questo sia il punto più critico che dovremo affrontare nei prossimi anni.

Per andare dove? Dalla cura passiva della malattia alla valorizzazione dell'autonomia residua; dall'attenzione alla produzione di singole prestazioni alla realizzazione di processi assistenziali complessi ed integrati; dall'approccio individuale alla dimensione di servizio integrato per l'intera popolazione; dalla semplice conta delle prestazioni erogate (output) alla valutazione degli esiti sulla salute; dalla frammentarietà alla globalità della persona.

Quali riferimenti usare? Le basi per questo riorientamento sono già state in parte ricordate. 'Evidence based health care', sul piano scientifico, approccio proprio dei sistemi di gestione per la qualità sul piano gestionale. Inoltre, va ricordato come riferimento anche il DPCM del '94 che affronta il tema dei principi per l'erogazione dei servizi pubblici, compreso il servizio sanitario in cui com'è noto operano anche soggetti privati accreditati che, come concessionari di pubblico servizio, devono sottostare a tale normativa. Bisogna quindi riorientare anche in termini di uguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia. Insomma, gli strumenti normativi non mancano!

La seconda parte del mio intervento riguarda il significato che vogliamo dare al governo della qualità e dell'appropriatezza in una logica di riorientamento. Significa attuare e realizzare sistemi di gestione per la qualità orientati al risultato (soddisfazione delle parti interessate in termini di output o di outcome); gestire l'intera macchina realizzando processi aziendali (assistenziali, organizzativi e di supporto) come un tutto unitario per raggiungere il risultato e avendo sempre presente la necessità di leggere le esigenze e le aspettative degli stakeholders, che sono in continua mutazione. Sono quattro, allora, gli aspetti che devono essere presidiati: la programmazione, il controllo, l'assicurazione e il miglioramento della qualità.

A questo punto vorrei fare un'affermazione che qualcuno riterrà forse un po' forte. Io credo che siamo maturi, ormai, per abbandonare le guerre di religione tra gli approcci alla qualità. Qualunque approccio vogliamo seguire, il problema fondamentale è come vogliamo realizzare un sistema di gestione per la qualità. Sistema che, alla fine, indipendentemente dai riferimenti usati è: un insieme coordinato, coerente e diffuso di comportamenti clinici , obiettivi, assetti organizzativi, responsabilità, risorse, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi, informazioni e valutazioni. Questo insieme consente di soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate. Il problema, cioè, non è aggiungere il sistema qualità al sistema di gestione, ma impostare il sistema di gestione perché assicuri l'orientamento ai risultati, il monitoraggio e il presidio di tutti i processi assistenziali e non.

Passerei ora all'ultima parte della mia relazione. Ho scelto cinque esperienze. La prima riguarda l'appropriatezza delle ammissioni e dei ricoveri. Nulla di nuovo dal punto di vista tecnologico; la

novità, per noi, è stata l'estensione sistematica a tutte le nostre strutture a gestione diretta, più ai privati accreditati (fig. 1) , **inserire diapo 13**)

Variazioni rilevanti sono evidenziate (II colonna) sia all'interno delle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (che fanno pensare che ci siano dei margini di miglioramento interni), sia sul versante dei privati accreditati. L'analisi e l'impostazione sistematica del monitoraggio di questi due aspetti ci ha consentito di dare alle Unità Operative e ai Dipartimenti specifici obiettivi di riduzione della non appropriatezza nei programmi di budget del 2002. Questo discorso relativo all'appropriatezza, inoltre, è stato inserito nelle negoziazioni con il privato accreditato con l'obiettivo, per i prossimi anni, di arrivare ad una riduzione della variazione sia all'interno delle nostre strutture che tra noi e i privati accreditati.

La seconda esperienza riguarda i livelli essenziali di assistenza. Lo scorso anno circolava una bozza del documento che sarebbe diventato il DPCM sui livelli essenziali di assistenza. Abbiamo così provato a fare una simulazione della nostra attività rispetto ai LEA e, naturalmente, abbiamo scoperto cose interessanti. Abbiamo pertanto deciso di inserire nel processo budgetario del 2002 specifici obiettivi per allinearci con le previsioni del documento citato, ad esempio in tema di riduzione dei ricoveri ospedalieri ordinari. Ci eravamo infatti accorti di avere un eccesso di ricoveri ordinari (relativi ad esempio a ipertensione, turbe dell'equilibrio, ecc.) ed un'insufficiente shift verso l'organizzazione in day surgery.

Per conto dell'Assessorato alle Politiche Sociali e alla Salute della Provincia autonoma di Trento, abbiamo messo a punto un documento sia per favorire il processo decisionale sui LEA sia per la revisione del sistema tariffario, e comunque per orientare sempre meglio il sistema provinciale verso comportamenti virtuosi.

La terza esperienza è di technology assessment. Anche nel settore dell'acquisizione di nuove tecnologie avevamo grandi variazioni di comportamento e soprattutto uno scollamento del processo decisionale tra la parte amministrativa e quella sanitaria, clinica e gestionale. E' stata creata una piccola struttura con nuove procedure, gruppi di lavoro multidisciplinari e soprattutto, per le nuove tecnologie, una serie di valutazioni di tipo clinico, economico e organizzativo che nel passato non erano state mai eseguite.

La quarta esperienza pone l'attenzione ai percorsi assistenziali e alle linee guida. Anche in questo caso avevamo una storia di grande produzione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici: spesso si trattava di interessanti rapporti tecnico-scientifici, che tuttavia non avevano determinato alcuna variazione del comportamento clinico. Ci siamo quindi concentrati su questa linea: la priorità è stata data all'implementazione di qualche esperienza specifica e pratica. Il progetto sulla gestione dello scompenso cardiaco, che ha visto un'importante collaborazione dei medici di medicina generale e quello sulla gestione del paziente con dolore toracico acuto in Pronto Soccorso sono un esempio interessante e significativo. Ci siamo concentrati, inoltre sulla riabilitazione cardiologica, sia a gestione diretta che affidata al privato accreditato: anche con quest'ultimo abbiamo concordato tutta una serie di procedure che ci hanno portato ad una razionalizzazione dei comportamenti clinici e dei relativi costi. Abbiamo inoltre attivato gli strumenti di monitoraggio e di audit clinico, veri e propri obiettivi di budget delle Unità Operative, collegati successivamente anche al sistema di incentivazione.

Da ultimo l'esperienza politicamente più rilevante: l'approccio al problema dei tempi di attesa. Sarà utile premettere che sul piano tecnico le liste d'attesa sono inevitabili e sono uno strumento di razionamento occulto. Tuttavia, sul piano politico, costituiscono un grave problema: dal Presidente della Repubblica in giù tutti parlano di liste d'attese e protestano.

Lo scorso anno avevamo svolto una sperimentazione piuttosto localizzata nell'Ospedale e nell'area distrettuale di Rovereto: la sperimentazione del sistema dei raggruppamenti di attesa omogenei. Brevemente, si tratta di definire un'intesa tra i medici generali e gli specialisti su una serie di condizioni cliniche e sulle regole di tempestività ritenuta necessaria per l'erogazione delle prestazioni.

Vi sono prestazioni da erogare entro tre, dieci, venti giorni oppure sono prestazioni di controllo. L'esperienza ha determinato una riduzione significativa della "pressione" sul sistema perché, da una parte, ha dato la certezza ai cittadini che ne hanno bisogno di avere la prestazione tempestivamente, ma dall'altro ha aiutato molto i medici di medicina generale nel processo negoziale con il paziente, perché essi sono in grado di garantire al loro paziente che, in caso di necessità, il sistema è in grado di reagire con la necessaria tempestività.

Nel corso di un acceso dibattito politico in provincia di Trento, in occasione della approvazione della legge finanziaria, è stato approvato un emendamento secondo cui tutti i cittadini trentini che non avessero avuto, per prestazioni urgenti, la prestazione entro dieci giorni, avrebbero avuto diritto al rimborso in indiretta. Naturalmente questo ci aveva preoccupato parecchio e, d'intesa con l'Ordine dei medici e coerentemente con il sistema RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), abbiamo definito una serie di procedure. Come risultato, nel primo mese abbiamo avuto un solo caso in cui non siamo riusciti a dare la prestazione entro dieci giorni. Sul piano economico – finanziario, dunque, il sistema sembra reggere e soprattutto sul piano sostanziale stiamo riuscendo a dare la sensazione che quando qualcuno ha bisogno di una prestazione tempestiva, la ottiene.

In sostanza, il problema, per noi, è passare dal concetto delle liste di attesa, a quello dei tempi di attesa basati sulle necessità cliniche.