

## Sulle spalle dei giganti

# Qualità e sostenibilità: ieri, oggi, e domani

PERRARO F<sup>1</sup>, BARUCHELLO M<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Presidente onorario di SIQuAS-VRQ, <sup>2</sup> Area Cure Primarie SIQuAS-VRQ, Bassano del Grappa, Vicenza

## Abstract

In questo articolo, gli Autori ripongono all'attenzione dei lettori un lavoro pubblicato da Franco Perraro esattamente 10 anni fa, nel settembre del 2000, sul tema dello sviluppo del miglioramento continuo della qualità in sanità. L'obiettivo è quello di sottolineare la continuità di numerosi aspetti sul tema oggetto della presentazione, che hanno avuto maggiore importanza nel corso degli anni successivi fra gli operatori del mondo della sanità. I temi su cui gli autori si soffermano in particolare sono: le motivazioni che hanno portato alla nascita della SIQuAS-VRQ, i trend culturali europei in questo settore, evidenze scientifiche, accreditamento, valutazione tramite indicatori, sostenibilità e qualità (quest'ultimo tema oggetto del Congresso di Grado della SIQuAS-VRQ del 2010), alcune prospettive di sviluppo con particolare riguardo al tema delle cure primari.

**Parole chiave.** Qualità, sostenibilità, miglioramento della qualità, SIQuAS-VRQ, continuità.

## PREMESSA

Ho accettato con piacere l'invito di Vincenzo Palmieri a rivedere e riconsiderare il mio editoriale pubblicato su QA nel settembre del 2000 [1].

Ritengo molto interessante l'idea di recuperare significative testimonianze sull'operato della Società per diffondere non solo la storia e la cultura del MCQ ma soprattutto la pratica. La sessione di QA "Sulle spalle dei giganti" risponde bene agli scopi.

Durante il XX Congresso di SIQuAS-VRQ "Qualità è sostenibilità in sanità", svoltosi a Grado, si è registrato un evento eccezionale: la presenza di oltre 800 Medici di Medicina Generale (MMG) che si sono confrontati sul tema "Qualità delle cure a garanzia della sostenibilità del sistema" e "FVG.net: per un laboratorio delle cure primarie".

Sulla scia di questo importante evento ho chiesto a Mario Baruchello, referente dell'Area Cure Primarie di SIQuAS-VRQ (Bassano del Grappa – Vicenza), di collaborare nella stesura di questo editoriale.

## LA QUALITÀ IN SANITÀ PRIMA DEL 1984: TRA VARIABILITÀ, INCERTEZZE E DIVERSI PUNTI DI VISTA

Anche se meno rispetto al passato, c'è ancora molta confusione sul concetto di qualità.

Il giudizio sulla qualità è sempre stato, qualsiasi fosse l'ambito d'interesse, molto soggettivo e mirato a soddisfare, nel migliore modo possibile, le inclinazioni personali e, dunque, gusti a volte rapportati a categorie che variano nel tempo.

Michelangelo, circa 500 anni fa, disse: "La qualità è fatta di particolari"; però tra i suoi e quelli dei maestri dell'astrattismo (per esempio Pollock, Afro, Vedova), c'è un'enorme differenza.

In sanità la variabilità biologica è assoluta (e non esiste paragone con la tolleranza rispetto a uno standard, come osserviamo nel sistema produttivo industriale), è elevatissima quella delle patologie e degli eventi mentre l'incertezza è un fattore sempre presente.

La medicina è una scienza probabilistica ed ha l'obiettivo di ottenere risultati di salute condizionati non solo dallo sviluppo della scienza medica e dal progresso scientifico, ma anche dalla tipologia dell'organizzazione sanitaria e dalla disponibilità di risorse.

Prima del 1984, anno della fondazione a Udine della Società Italiana di VRQ, la qualità dell'assistenza sanitaria era affrontata in modo non strutturato.

Il giudizio delle persone mirava a soddisfare, con il miglior risultato possibile, il proprio gusto e le proprie inclinazioni.

Anche i grandi clinici, in questo contesto, manifestavano notevoli carenze culturali e metodologiche sulla qualità in sanità. Generalmente, per esempio, si rifiutavano di pubblicare lavori che dimostrassero il fallimento di un farmaco o di una tecnologia, perché le ricerche, sia sperimentali che cliniche, erano considerate valide solo se riportavano risultati positivi.

## DALL'EUROPA L'INPUT PER LA QUALITÀ

A cavallo degli anni Settanta e Ottanta, Perraro partecipò a varie commissioni sanitarie della Comunità Europea, allora CEE ora Unione Europea (UE), in qualità di componente delle delegazioni italiane di medici.

Il dott. Bruno Baruchello, padre di Mario, era il capo della delegazione esteri della FNOMCeO.

In alcune di queste riunioni Perraro ebbe l'occasione di sentire terminologie di cui non conosceva il significato: *Quality Assurance*, *Medical Audit*, *Peer review*, CBO olandese, *Joint Commission USA* e *Canadese*, ecc.

Avendo incontrato Evert Reering, direttore del Centro per valutare la qualità dell'organizzazione degli ospedali in Olanda (CBO), gli chiese informazioni per capirne il significato. Le spiegazioni di Reering furono esaustive tanto da farlo virare dalla fase della curiosità al desiderio di importare in Italia l'affascinante e innovativo approccio. Reering gli suggerì quindi di partecipare a un *workshop* che si sarebbe tenuto a Utrecht su *Healthcare QA methodology* nel 1982.

Grazie al sostegno del dott. Silvano Antonini Canterin, assessore alla sanità del Friuli Venezia Giulia, al quale era stato illustrato il programma, Perraro di Udine, Gardini di Pordenone e Bottegelli di Trieste parteciparono con soddisfazione al workshop e tornarono arricchiti di tante novità scientifiche, metodologiche e soprattutto di utili esempi pratici, grazie all'opportunità di conoscere esperti americani ed europei, carismatici e disponibili ad aiutarli.

Uno di questi esperti era Hannu Vuori, responsabile della qua-

lità dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS di Copenaghen, che disse a Ferraro "Nel comitato di consulenza per la QA non c'è nessun italiano: perché non vieni tu?"; Ferraro si schernì, motivando di non essere un esperto della materia.

"Non preoccuparti diventerai rapidamente un esperto. Tra un mese a Barcellona ci sarà un corso avanzato che sarà molto utile per la tua formazione". Così diventò consulente dell'OMS.

#### LA NASCITA DELLA VRQ (1984) E DELL'ISQUA (1985)

Dal 30 maggio al 1° giugno del 1984 si svolse a Grado, grazie anche al prezioso sostegno di Gabriele Renzulli, allora assessore regionale alla sanità, il primo seminario metodologico italiano sulla *Quality Assurance*, al quale parteciparono alcuni esperti americani ed europei.

Nell'occasione fu fondata a Udine, da un gruppo di medici presenti a Grado, la Società Italiana per la Verifica e Revisione della Qualità dell'Assistenza Sanitaria e delle Cure Mediche (VRQ), dizione che rappresentava la traduzione non letterale di "*Quality Assurance*", che rispecchia l'aspetto dinamico ed anche ciclico dell'approccio alla qualità.

Il sorgere della società di VRQ rappresentò un evento innovativo che suscitò nell'ambiente professionale invidie, perplessità, incredulità, ma anche entusiasmo e convinta fiducia.

#### LA FONDAZIONE E I FONDATORI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI VRQ

I fondatori della VRQ furono Franco Ferraro, Andrea Gardini, Pierluigi Morosini, Bernardo Cardillo, Antonino Abbolito, Norberto Montalbetti, Virginio Maino, Pietro Paci, Enrico Bollero, Pierluigi Bonini. In seguito si aggiunsero Claudio Galanti, allora coordinatore del dipartimento sicurezza sociale della Regione Toscana, Sergio Paderni, direttore della programmazione sanitaria del Ministero della Sanità, l'on. Giorgio Bogi, medico ed allora Presidente della Commissione Sanità della Camera dei Deputati.

Un anno dopo, sempre a Udine, fu organizzato, in collaborazione con l'OMS, un corso sulla formazione per la QA ed un convegno internazionale durante il quale fu fondata l'International Society for Quality Assurance (ISQua).

Fu, questo, un importante evento che favorì la crescita della VRQ, la quale acquisì visibilità, autorevolezza e crediti.

La parola magica "qualità" veniva spesso utilizzata, in realtà, con un significato del tutto strumentale e generico come la parola "produttività" che raramente veniva correlata all'appropriatezza.

Nella contrattazione ospedaliera spesso era importante, ad esempio, che i laboratori e le radiologie facessero tanti esami per ottenere vantaggi retributivi, non importava (e nessuno lo chiedeva) se erano inutili perché inappropriati e costosi.

Il significato della parola "qualità" appariva fortemente influenzato dalle provenienze, dai differenti punti di vista, dalle realtà regionali, dal curriculum scolastico, dalla tipologia del lavoro, dal passaparola: era come se la qualità fosse permeata di luoghi comuni per cui nella maggior parte dei casi non era collettivamente valutabile e non confrontabile.

Purtroppo sono molte le situazioni che ancora vengono affrontate con superficialità ed insufficienza metodologica da larghi strati di operatori che, pur consapevoli della importanza di una buona qualità, che sembra comunque essere una aspirazione condivisa, non conoscono l'ABC del MCQ, non sanno cosa sia un percorso assistenziale, l'audit clinico, un programma di accreditamento, la *clinical governance*, l'*evidence based medicine* (EBM), uno standard, un indicatore. E non sanno come misurare la qualità.

A fronte di questa realtà negativa, c'è la realtà di coloro che hanno raggiunto competenze elevate sui principi, sulle metodologie, sugli approcci e strumenti operativi per il MCQ in sanità.

Questi ultimi sono abituati a ricercare ciò che si fa nel mondo, frequentano congressi di alto profilo culturale, dove la presenza

di prestigiosi relatori è finalizzata ad attirare l'attenzione di tutti gli operatori sanitari, ma invece non è proprio così.

La componente attiva della fascia "elitaria" è prevalentemente costituita da personale sanitario non clinico; la maggioranza di operatori clinici (soprattutto medici ed infermieri), che dovrebbero rappresentare la massa critica, è stata poco motivata e complessivamente poco coinvolta anche se va evidenziato che alcune tra le società scientifiche più prestigiose hanno sviluppato sezioni o gruppi dedicati alla qualità.

Ferraro ha avuto esperienze sul campo, documentate da circa cinquanta progetti di MCQ alcuni dei quali hanno ottenuto premi internazionali.

Questi progetti che metodologicamente si basano su cicli o spirali di valutazione e miglioramento vengono definiti, soprattutto in Inghilterra, *Audit* o *Clinical Audit* [2].

Questa produttività dimostra come sia importante la *leadership* per fornire nozioni di base sul MCQ che permettono di ottenere poi - *buttom up* - una spontanea adesione a progetti di miglioramento e la consapevolezza che applicarsi per risolvere problemi e migliorare le prestazioni, fa parte del lavoro quotidiano.

Nei numeri 1-2 e 3-4 di QA del 1989 è stato pubblicato, suddiviso in due parti, un originale contributo di Avedis Donabedian dal titolo [3].

"Questo lavoro - si legge in introduzione - intende presentare al lettore alcuni elementi di *Quality Assurance* nella pratica medica. Piuttosto che indugiare in dettagli, esso offre una visione panoramica. Dopo aver ricevuto un quadro d'insieme della materia, il lettore può scegliere le componenti più adatte per una particolare applicazione ed approfondirle".

Per progetto di MCQ o ciclo o spirale s'intende un progetto che parte dalla identificazione di un problema (cioè di una criticità), ne studia le cause, definisce e attiva i criteri di comportamento e verifica se si sono ottenuti i risultati migliorativi previsti.

Va ribadito che tra i cicli di VRQ/MCQ e di Deming non ci sono differenze significative.

Per l'Audit Clinico i cicli più gettonati sono quello inglese "*National Institute for Clinical Excellence*" (NICE), che ha cinque tappe e quello francese "*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*" (ANEAS), che ne ha sei. Entrambi sono frequentemente utilizzati con successo.

Come si può notare, nei diversi approcci si riconosce un minimo comune denominatore che riconduce a una sequenza di fasi che sono nate con la QA o VRQ e sono parte integrante del MCQ.

#### ANCHE NEL MCQ IL MONDO È DIVISO IN DUE: C'È CHI SA E CHI NON SA

Ferraro ha partecipato come docente a numerosi corsi riguardanti diverse metodologie, strumenti e progetti di MCQ e gli altri aspetti più significativi della *Clinical Governance*, tesa a valorizzare la componente clinica-professionale.

Egli cita quanto successe in un'azienda ospedaliera, in una sanitaria con quattro ospedali e in un centro di formazione, dove si svolgeva un workshop sul MCQ per 20 direttori di struttura complessa.

I corsi, di otto ore, replicati otto volte, coinvolgevano tutti i medici di entrambe le aziende (tra 220 e 250 presenze). Gli argomenti trattati erano in un'azienda le Linee Guida e nell'altra l'Audit Clinico.

Come prassi, era stato chiesto preliminarmente ai partecipanti (*pretest*) il significato dell'argomento che sarebbe stato trattato nei corsi.

I risultati furono sorprendenti: solo 9 sapevano dell'esistenza delle Linee Guida di cui 4 abbastanza bene (2 cardiologi, 1 trasfessionista, 1 nefrologo), solo 6 per l'Audit di cui bene 1 cardiologo e discreto 1 diabetologo.

I 20 partecipanti al workshop non conoscevano il significato della sigla "EBM"! Questi esempi dimostrano quanto siano state

carenti le conoscenze del MCQ nei casi riferiti. I pochi che conoscevano approssimativamente gli argomenti trattati appartenevano a Società scientifiche di grande prestigio che, nel loro interno, possono contare su personaggi molto esperti nel MCQ.

L'esperienza insegna che nei programmi di formazione l'opzione più efficace per generalizzare i comportamenti dovrebbe prevedere un addestramento totale del gruppo.

L'ultima considerazione riguarda l'individuazione dei punti deboli. Tra questi ci sembra che una scarsa conoscenza dei principi base tra gli operatori sanitari sia la più diffusa. Si osserva una dicotomia tra una larga base di operatori all'oscuro soprattutto dei motivi ispiratori della qualità, e un'élite intraprendente, conscia della complessità, delle connotazioni terminologiche, delle specifiche strategie sofisticate.

Non va sottoespresso un dato di costume tipicamente italico: vengono diffuse come rivoluzionarie e definite innovative procedure clinico-manageriali che in realtà spesso si replicano nella sostanza utilizzando altre denominazioni. Esse creano incertezze e stimolano certissime indagini per capire chi per primo ha usato quella terminologia o ha introdotto qualche novità per ottenere vantaggi nel settore del marketing.

### **LEGGI ORDINATORIE E PERENTORIE: CATTIVI ESEMPI DI SOSTENIBILITÀ. ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE PER REQUISITI MINIMI, DIPARTIMENTI, INDICATORI**

Grazie al positivo apporto delle attività promozionali della SIQuAS-VRQ in Italia è progressivamente aumentata la sensibilizzazione alla cultura della qualità a tutti i livelli (politici, istituzionali, tecnico-professionale, gestionali, culturali, sindacali, dei cittadini).

Le iniziative legislativo-normative e contrattuali, dirette e indirette, si sono moltiplicate.

Purtroppo, in maggioranza, le leggi non sono perentorie ma ordinarie: significa che anche se non vengono applicate non succede niente.

L'esempio più eclatante riguarda l'Accreditamento Istituzionale per requisiti minimi (DMS n.37/1997), la cui applicazione, che spettava alle Regioni, doveva essere ottenuta entro cinque anni.

Nella realtà sono state poche e parziali le applicazioni. Il decreto si presentava come uno strumento bene articolato in quanto conteneva tutti gli elementi essenziali per implementare, con gradualità, un sistema qualità nelle varie organizzazioni appartenenti alle aziende sanitarie ed ospedaliere.

I direttori generali di queste aziende hanno perso un'ottima opportunità di applicare il decreto che avrebbe sicuramente indotto un significativo miglioramento gestionale ed organizzativo della qualità delle prestazioni consentendo anche un consistente contenimento della spesa rispetto a quelle aziende, in particolare ospedaliere, che hanno invece preferito l'accREDITamento della Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JAHCO) americana, del Canadian Council on Health Services Accreditation Canadese (CCHSA) oppure il ricorso a agenzie di certificazione con esperienza nel mondo della produzione industriale.

Si tratta di organizzazioni prestigiose che, però, costano molto. Una notevole responsabilità sulla mancata applicazione del DMS n.37 del 1997 è imputabile alle Agenzie per i Servizi Sanitari Regionali e a quella Nazionale che avrebbero dovuto predisporre il piano attuativo regionale affiancando e sostenendo gli operatori sanitari nella fase applicativa.

Un altro esempio riguarda i dipartimenti. Si è iniziato a parlarne nel DPR n.128/68 (Ordinamento interno dei servizi ospedalieri); da allora l'enfasi soprattutto sui dipartimenti strutturali (quelli del budget) si è fatta sempre più intensa a livello legislativo. Ma nella pratica sono state diffusamente modificate le nomenclature per indicare i vari dipartimenti, sono stati assegnati premi economici ai responsabili designati dai direttori generali, ma solo una mino-

ranza ha rappresentato le realtà operanti in sintonia con le disposizioni legislative.

Un esempio di buona volontà del legislatore, ma di scadente qualità espressa dai tecnici nella formulazione dei contenuti, è rappresentata dai DMS attuativi dei D.Lgs n.502/92 e n.517/93 sul "riordino della disciplina in materia sanitaria" che aveva introdotto, tra altre importanti novità, l'adozione sistematica del metodo di verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni tra cui due decreti sugli indicatori che nelle intenzioni dovevano rappresentare le spie controllano come funziona la sanità in Italia.

Sono 215 gli indicatori del DMS n.263/95 "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di Efficienza e di Qualità del SSN". Essi, in maggioranza, fanno riferimento, nello specifico, a tematiche molto particolari presenti esclusivamente in qualche ospedale o azienda sanitaria. In questi casi i database non permettono monitoraggi generalizzati.

Anche il DMS n.14/96. "Diritti dei cittadini, umanizzazione, qualità percepita" presenta 75 indicatori del DMS. Alla diminuzione del loro numero ha fatto riscontro una riduzione percentuale di indicatori sistematici.

Il miglioramento degli indicatori è dovuto agli interventi della Società di VRQ e di Pierluigi Morosini sull'operatore del Ministero della Sanità che li ha scelti e costruiti.

L'utilizzo di database e l'attivazione di sistemi informativi rappresentano una condizione necessaria per verificare e migliorare le prestazioni sanitarie. Gli indicatori conseguenti, però, devono essere distribuiti in modo appropriato e diffuso altrimenti il loro utilizzo può e deve essere solo locale (vedi Alto Adige).

Per quanto riguarda gli indicatori, il sistema informativo (supportato da un'adeguata tecnologia informatica) è essenziale. La preparazione e la misurabilità degli indicatori dipendono dalla disponibilità di dati completi, attendibili, tempestivi, a basso costo. Ora le cose sembrano modificarsi. In questi giorni il ministro Fazio ha reso noto di aver avviato una "operazione trasparenza" che si potrà leggere in rete.

Gli indicatori che monitoreranno la situazione saranno 34 di cui 23 di valutazione e 11 di osservazione.

Nell'approccio al MCQ in sanità, la condizione più importante per garantire il successo delle nostre azioni è la determinazione a perseguire i risultati previsti. Se siamo veramente impegnati nel MCQ, qualsiasi metodo sensato funzionerà; se non lo siamo, anche l'approccio più raffinato e meglio strutturato fallirà.

### **QUALITÀ È SOSTENIBILITÀ: TEMA DEL XX CONGRESSO DI GRADO**

Il XX Congresso di SIQuAS-VRQ si è svolto a Grado dal 27 al 29 maggio. Il tema affrontato "Qualità è sostenibilità", è particolarmente attuale, considerando la gravità della crisi economica che incombe anche in Italia e che richiederà pesanti tagli di spesa, già preannunciati nella prossima finanziaria.

Si tratta di tagli che andranno a incidere pesantemente sui bilanci regionali della sanità penalizzando soprattutto gli organici del personale già particolarmente carenti, a discapito della qualità dei servizi erogati.

La gestione politica ed economica, in chiave federativa regionale, desta preoccupazione soprattutto per il timore di compromettere l'equità del servizio.

Coerentemente con il tema del Congresso, "la buona qualità costa, ma la non qualità costa di più e i risultati si evidenziano più frequentemente a media e lunga distanza" (A. Donabedian).

In questo contesto pregressuale è stato importante assistere al lavoro di oltre ottocento medici MMG che cercano, con gli strumenti della MCQ, l'appropriatezza professionale.

Nella giornata pregressuale di giovedì 27 maggio si sono verificati due eventi di grande interesse. Il primo è stato il Seminario tenuto da John Ovretveit, destinato ai direttori generali am-

ministrativi, sanitari, con l'obiettivo di discutere come si possa risparmiare garantendo l'integrità delle performance erogate. Il secondo ha riguardato la partecipazione dei MMG, che rappresentano una delle componenti fondamentali del sistema sanitario italiano e, in quanto "clinici", sono importanti erogatori di spesa sanitaria finalizzata alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Nella prima pagina di Sanità news del 13/05/2010 c'è questo titolo: "8 medici su 10 prescrivono esami inutili per paura di contenziosi legali". Sono sempre di più i medici che prescrivono consulti superflui, più esami del necessario o ricoveri al posto di interventi in ambulatorio. Tutto questo per evitare contenziosi legali con il paziente: una pratica nota come medicina difensiva.

#### PER ATTUARE UNA BUONA GESTIONE ECONOMICA CORRELATA A UNA BUONA GESTIONE CLINICA

Victor R. Fuchs [5] sostiene che l'economia è "la scienza dei mezzi e non dei fini" pertanto le scelte strategiche non possono essere dell'economia. Essa è la cornice concettuale dove prefigurare le conseguenze di varie alternative. Fuchs conferma che in sanità l'obiettivo prioritario è la salute, non il profitto.

Il problema che ci si deve porre è anche il legame tra economia, etica e responsabilità sociale: in geoeconomia sono macroscopiche le differenze nella garanzia dell'ambiente, della sicurezza, dei diritti dei lavoratori.

Gli operatori sociosanitari, i governanti e l'opinione pubblica dimostrano sempre più consapevolezza ed interesse su questi temi: essere socialmente responsabili significa essere consapevoli che il mondo debba crescere in modo armonico (sviluppo sostenibile). Diversamente, con il solo aumento della ricchezza economica, non si ottengono miglioramenti della qualità della vita e del benessere globale della persona. La voce maggiormente chiamata in causa per la cattiva gestione economica è l'appropriatezza che non viene rispettata quando si richiede un'immotivata ed eccessiva quantità di esami, quando la gestione clinica del paziente è parcellizzata (visione settoriale, non olistica), quando è carente la disponibilità e l'utilizzo di LG, protocolli, percorsi diagnostico terapeutici condivisi.

Dall'esame di queste problematiche emerge come i clinici rappresentino la più importante *task force* per la gestione del sistema sanitario.

I clinici sono il cuore della "*Clinical governance*", nata per migliorare le performance degli operatori sanitari e dell'organizzazione, facilitando i rapporti perseguiti tra gestione clinica e gestionale-amministrativa.

È fondamentale, infatti, rivalutare ruoli, funzioni, rapporti e, soprattutto, le rispettive autonome responsabilità tra clinici, manager e politici, senza dimenticare che l'attenzione deve comunque essere rivolta alla persona con i propri bisogni e con le proprie aspettative.

Lo sviluppo scientifico, delle tecnologie, delle conoscenze, delle risorse, con la globalizzazione che riduce drasticamente distanze e tempi, crea un mondo sempre più complesso affrontabile utilizzando metodologie, per quanto possibile, semplici e innovative.

È necessario disegnare un modello di cambiamento concepito, strutturato, organizzato, da attuarsi coerentemente con i nuovi obiettivi da perseguire [6].

Ecco alcuni suggerimenti da tenere in considerazione:

- il "controllo e la valutazione della qualità" deve essere sempre di più effettuata con collaborazioni interdisciplinari, interprofessionali e con gli utenti;
- le attuali e future tendenze del MCQ devono essere rappresentate dall'identificazione di validi standard concordati e sottoposti a controlli, a misurazione sistematica ed affidabile delle prestazioni;
- l'attivazione dei cambiamenti necessari deve svolgersi con il

monitoraggio delle misurazioni e del miglioramento continuo;

- la progressione deve svolgersi in forma ciclica o a spirale tendente all'eccellenza.

La sostenibilità è ridurre i costi, migliorare le cure, utilizzare in modo appropriato le risorse disponibili, soprattutto le umane.

Nonostante il recente successo del Congresso di Grado e di tante altre manifestazioni che hanno ottenuto elevati gradimenti è nostro desiderio potenziare la nostra società.

Ecco alcuni suggerimenti aperti ad un costruttivo dibattito.

#### PROGETTI, STRATEGIE E SUGGERIMENTI PER IL FUTURO

È intuibile come sia importante coinvolgere i clinici nei progetti e nella gestione strategica del MCQ. Dobbiamo partire dall'ABC organizzando brevi e semplici corsi informativi, facilmente replicabili, puntando sugli esempi, concordando il programma con le direzioni aziendali. Questa iniziativa dovrebbe essere portata avanti, dove esistono, dai responsabili degli uffici qualità o dagli uffici formazione.

Analogamente si dovrebbe cercare la stretta collaborazione con le Società scientifiche disponibili.

Favorire stretti rapporti con le facoltà di medicina per introdurre corsi di MCQ pre-laurea e post-laurea nelle scuole di specializzazione.

Proporre almeno un progetto europeo tipo COMAC o BIOMED e uno italiano, gestiti direttamente con modalità coinvolgenti da SIQuAS-VRQ.

Perseguire qualsiasi iniziativa valida, già collaudata o nuova, con programmi di elevato livello.

Sostenere l'organizzazione regionale.

Incentivare l'iscrizione alla società di medici (soprattutto giovani clinici) e di personale infermieristico.

#### CONSIDERAZIONI SUL CONGRESSO DI GRADO E SUGGERIMENTI PER L'AREA PRIMARY CARE

Quello di Grado è stato un congresso ricco di contenuti, con relazioni eccellenti, con incontri di alto profilo ed interesse, in buona parte appannaggio della fascia di persone che abbiamo definito "elitaria" per il livello di conoscenze e competenze acquisite. Sia ben chiaro che SIQuAS-VRQ deve mantenere la sua autorevolezza come referente della qualità in sanità in virtù dei preziosi contributi che è in grado di offrire per continuamente migliorarla. La partecipazione ai lavori di Grado di alcuni carismatici relatori stranieri (Rosa Sunol, Charles Shaw, Niek Klazinga, John Ovretveit, Richard Grol), con i quali esiste da 26 anni un'utile e felice collaborazione, ha sicuramente creato un valore aggiunto al congresso.

La nostra deve essere una società bivalente che s'interessa anche della potenziale *task force* di operatori sanitari (soprattutto medici di diagnosi e cura ed infermieri) che non conoscono l'ABC del MCQ.

Riteniamo che la migliore *performance* sia stata quella di giovedì 27 maggio quando oltre 800 Medici di Medicina Generale hanno attivamente partecipato all'intera giornata dedicata al tema "La qualità delle cure a garanzia della sostenibilità del sistema".

È stato questo un brillante esempio di incontro tra Medici di Medicina Generale che hanno interagito come attori (molti già in grado di lavorare insieme, altri lo diventeranno) ed anche tra sanitari dei distretti che hanno trovato importanti motivi di collaborazione.

Si stanno già creando le basi per individuare problemi da migliorare lavorando in rete, migliorando anche i rapporti collaborativi tra sanitari che operano in ospedale e nel territorio.

L'Area *Primary Care* della nostra società scientifica ha proposto cinque punti per favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e la sicurezza dei cittadini in ambito sanitario:

- un progetto nazionale per la Qualità in MG che colleghi stret-

tamente ricerca - audit clinico - formazione; ogni medico deve essere in grado di parteciparvi dal suo studio con strumenti informatici semplici;

- una pianificazione pluriennale di investimenti anche tecnologici per uscire dalle strategie a breve termine condizionate da logiche di razionamento delle risorse con obiettivo lo sviluppo delle Cure Intermedie;
- un'Università "Quality Oriented" - affidata a Medici di Medicina Generale - interconnessa con la formazione professionale specifica, il corso di studi pre laurea e la formazione continua che operi per competenze e non per materie cliniche;
- un sistema premiante professionale che riconosca il merito con strumenti di incentivazione materiali e immateriali;
- un sistema informativo congruente, controllato veramente dalla professione che monitora la situazione epidemiologica orientando le scelte organizzative e assistenziali in tempo reale.

## BIBLIOGRAFIA

01. Perraro F. Per sviluppare la SIVRQ - Per promuovere il MCQ in sanità. QA 2000; 11(3):4-16
02. Morosini P. Griglie di valutazione in sanità. Torino: CSE; 2001
03. Donabedian A. L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria. Parte I. QA 1989; 7(1-2):6-19
04. Donabedian A. L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio dell'Assistenza Sanitaria. Parte II. QA 1989; 7(3-4):7-16
05. Fuchs Victor R. Who Shall Life: Health, Economics and Social Choices. Singapore: World Scientific Publishing Co. Pte. Ltd.; 1998
06. Degeling PG, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. BMJ 2004; 329:679-81



## RICORDO FUGACE

**P. Morosini**

Presto  
saremo solo  
un ricordo fugace  
che qualcuno avrà  
di qualcuno che per un attimo avrà pensato  
a qualcuno che avrà avuto di noi  
un ricordo fugace

Egli ha pubblicato, nel 2007, un libro curioso, interessante, profondo nei significati, anche divertente dal titolo "Undicesimo: non desiderare l'idea d'altri: Aforismi e brevi riflessioni" (Ed. Ipperriflessioni-Verona, 2007). Tra gli aforismi da lui citati che riguardano i rapporti tra "scienza e conoscenza", riportiamo la sua prima scelta firmata Buddha che coincide largamente con il suo punto di vista da epidemiologo, uomo di scienza e cittadino che ha sempre sostenuto il rispetto per le persone, la ragionevolezza del dubbio, il rigore metodologico: "Non credere in nessuna cosa perché qualcuno lo ha detto, non importa se autorevole, o perché sta scritta in un libro, o perché te l'anno trasmessa con la forza della tradizione".

Perché dovremmo credere che Piero è un ricordo fugace?

## Quality and sustainability: yesterday, today and tomorrow

In the present paper, the authors introduce and comment an editorial by Franco Perraro published right 10 yrs ago on this Journal, on the topic of the continuous improvement of quality in health system. The objective is to underline the continuity of several features of this topic all along these last 10 years among health personnel: the reasons that brought to the constitution and the rise of the SIQUAS, cultural trends in Europe in this specific topic, scientific evidence in quality, evaluation and indicators, accreditation, quality and sustainability (the last one object of the 2010 Grado meeting of the SIQUAS), perspectives of development with a specific attention to the primary care topic.

**Keywords.** Quality, sustainability, quality improvement, SIQuAS-VRQ, continuity.