

CERFE

Società Italiana
per l'APQ

Convegno internazionale

Gli standard di qualità nei servizi sanitari

Attori, procedure e politiche per il miglioramento della qualità

Roma, 27 – 29 maggio 1999

L'Applicazione Partecipata di Standard (APS)

Relazione di
Marco Montefalcone

Direttore della Società Italiana per l'APQ

Nella maggior parte dei Paesi europei - così come anche negli Stati Uniti, in Canada e in Australia -, la considerazione degli standard come strumento di analisi con riferimento ai servizi sanitari hanno teso ad andare di pari passo con l'introduzione e la diffusione della nozione di qualità.

I principali approcci a tale riguardo (in particolare, la Quality Assurance, il Continuous Quality Improvement, l'Analisi Partecipata della Qualità, le Plan d'Amélioration de la Qualité, l'External Quality Assessment, ecc.) comportano tutti, fra le altre cose, la considerazione degli standard esistenti e/o la definizione di nuovi standard. Questi vengono utilizzati per verificare l'adeguatezza della realtà esistente e/o come obiettivi da raggiungere per il miglioramento della qualità.

Si può inoltre ricordare, a questo riguardo, anche l'importante ruolo svolto da alcune importanti agenzie internazionali come la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization degli Stati Uniti, la Canadian Council of Health Service Accreditation, l'Australian Commission Health Standard o la King Fund Organizational del Regno Unito, le quali utilizzano tutte ampie batterie di standard per realizzare l'accreditamento dei servizi sanitari.

Ma se è ormai riconosciuta al livello internazionale la necessità di avvalersi di standard per promuovere la qualità dei servizi, ci si potrebbe domandare se la stessa procedura di *standard setting*, vale a dire il processo di definizione, approvazione e verifica dell'applicabilità degli standard, non costituisca uno strumento efficace per ottenere il miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Prima di rispondere a questa domanda - anche per sgombrare il campo da possibili equivoci - devo però chiarire che cosa intendiamo noi di CERFE-Laboratorio di Scienze della Cittadinanza per **standard di qualità**.

Sappiamo tutti bene che è un termine per il quale sono state prodotte nel mondo numerose definizioni: vi è chi lo considera un'affermazione dotata di autorità circa i livelli di qualità; chi lo ritiene un obiettivo da raggiungere; chi un principio condiviso; chi lo considera una norma da

rispettare per migliorare la qualità, e così via. E' anche un termine che, perlomeno in Italia, è stato usato a volte a sproposito, specialmente se si pensa ad alcune carte dei servizi, dove gli standard sono stati determinati come una mera fotografia dell'esistente, che con la qualità ha ben poco a che vedere (180 giorni per fare una ecografia).

Noi proponiamo di adottare, per lo meno in questo convegno, questa definizione.

"Uno **standard** è un indicatore dotato di un valore-soglia con riferimento al quale una determinata situazione si ritiene adeguata, che viene riconosciuto in una norma."

Esempi di standard di qualità, utilizzando questo concetto operativo, possono essere i seguenti:

- il tempo per la risposta ai reclami non deve superare una settimana (Aarhus University Hospital, Danimarca, 1998);
- Il piano di cura e di assistenza deve essere sviluppato consultando il paziente (The Australian Council on Healthcare Standards, 1995);
- la pulizia delle stanze di degenza deve essere effettuata due volte al giorno, tutti i giorni della settimana (Great Ormond Street Hospital, London, 1998).

Chiarito che cosa intendiamo per standard, possiamo allora tornare alla domanda di partenza. Lo *standard setting* può rappresentare una strada per promuovere un rinnovamento della qualità dei servizi? E, soprattutto, può costituire uno strumento per instaurare un regime di qualità, che riconosca la centralità della cosiddetta "prospettiva dell'utente", occupandosi in modo efficace dei bisogni, delle attese e delle esigenze dei cittadini che entrano in contatto con i servizi sanitari?

Esistono, come è noto, più modelli di *standard setting*. Non è mio compito quello di presentare qui le diverse procedure seguite nel mondo. Tuttavia, può essere utile, semplificando molto per esigenze di tempo, illustrare a grandi linee i **principali modelli di *standard setting***.

Un primo modello di *standard setting* consiste nell'accumulazione della conoscenza disponibile circa tutte le esperienze di *standard setting* precedenti o, se si preferisce, nella **ricerca di standard già "esistenti"** e nell'ordinamento di tale conoscenza, risolvendo eventuali situazioni di difformità o conflitto. Ad esempio, si potrebbero avere due o più standard

basati sullo stesso indicatore, ma aventi valori-soglia diversi; tra questi standard, se ne potrà conservare uno solo.

Un ulteriore modello di *standard setting* applicato a più riprese in campo sanitario consiste nelle **peer review**, ovvero nel confronto fra pari (ad esempio, fra medici aventi una stessa specializzazione) per la definizione degli standard relativi a determinate pratiche e prestazioni sanitarie. A questo proposito, sono stati messi in luce **i limiti** delle *peer review*, legati alla presenza di un solo punto di vista, di fronte alla complessità di un servizio sanitario.

Al livello internazionale, inoltre, un terzo modello che va per la maggiore è quello che collega il processo di *standard setting*, non solo a *peer review*, ma anche e soprattutto a **processi di self-evaluation**. In questo modo è garantito che gli standard siano adattati alle realtà locali e che derivino dalla pratica. I processi di *self-evaluation* dovrebbero per lo più consistere in **audit** i quali, a loro volta, possono prevedere il coinvolgimento di un solo punto di vista (*medical audit*, *nursing audit*) o della pluralità dei soggetti interessati.

I processi di *standard setting* "tradizionali", quali quelli cui ho finora fatto cenno, possono considerarsi sorpassati, per lo meno in parte, dall'approccio che si ispira al **benchmarking**. Si tratta di un approccio che comporta la determinazione degli standard mediante un confronto con le migliori *performances* possibili riguardo all'aspetto, alla procedura, al risultato che lo standard misura. Naturalmente, il valore-soglia dello standard non deve per forza corrispondere al valore migliore, ma a quello più adatto alla situazione in questione.

Tra i modelli più innovativi nel campo della qualità dei servizi sanitari vi è, infine, quello che sostiene la **necessità di un coinvolgimento anche degli utenti nei processi di standard setting**, contestando che il procedimento possa unicamente prevedere *professionals* che parlano con *professionals*, "dietro porte chiuse", senza il coinvolgimento dei pazienti.

Questo approccio, che trova molti sostenitori in **Australia**, ha riconosciuto, in sostanza, la necessità di una **partecipazione** di tutti i soggetti interessati nei processi di **standard setting**, compresi gli utenti, i quali vengono considerati portatori di uno specifico punto di vista da integrare con quelli più tradizionali dell'amministrazione e dei *professionals*. In particolare, in Australia, il sistema comprende la consultazione pubblica e il coinvolgimento dei cittadini addirittura in tutti i livelli del processo di stan-

standard setting, compresi il livello metodologico, quello relativo alla scelta delle aree da regolamentare e la stessa revisione degli standard prima di essere adottati.

Tale modello può essere collegato a quel filone della qualità che va sotto il nome di **qualità per l'utente**, la quale corrisponde alla tensione a mantenere più alto possibile (o meglio più "normale" possibile) il tipo e il livello di qualità della vita del cittadino, sia all'interno dei servizi sanitari, sia in seguito alle prestazioni.

Si tratta ovviamente di un filone che tiene nella massima considerazione tutti quegli aspetti che il cittadino vive quando entra in contatto con le strutture sanitarie e che l'**art. 14** del decreto di riforma sanitaria del '92 ha inteso regolamentare, definendo gli obiettivi della umanizzazione e personalizzazione dei servizi.

Sono aspetti questi - il cibo caldo, la pulizia dei bagni, le informazioni sanitarie e logistiche, le prestazioni alberghiere, ecc. - che sono stati ritenuti secondari, e purtroppo lo sono ancora, da altri approcci più tecnicisti alla qualità e che finora, per lo meno in Italia, sono stati affrontati secondo **due principali strategie**; due strategie, potremmo dire, attraverso le quali ci si è proposti di colmare il divario tra le attese dei cittadini nei confronti del SSN e le realtà che si incontrano nelle strutture sanitarie.

La prima, che si potrebbe definire di "**umanizzazione diretta**", è consistita nella semplice e immediata emanazione di provvedimenti per applicare i principi dell'umanizzazione, senza che questa fosse affiancata da una seria politica di implementazione. Senza, cioè, che venisse attivato un coinvolgimento di tutti i soggetti interessati, necessario per risolvere gli aspetti tecnici e superare le difficoltà organizzative.

La seconda strategia, quella della "**tutela dei diritti**", è stata fatta propria da numerosi movimenti dei cittadini e ha fatto sì che venissero conseguiti importanti risultati in termini di soluzione di singoli casi e di riconoscimento dei diritti dei cittadini nella legislazione nazionale e regionale, ma ha mostrato una certa difficoltà a indurre cambiamenti che investissero il sistema organizzativo dei servizi sanitari nel suo complesso.

E' possibile fare qualcosa di più per affermare la qualità per l'utente in Italia?

Alcune indicazioni al riguardo ci potrebbero forse venire dai risultati di un ricerca-azione che il CERFE ha condotto quest'anno per conto della Regione Lazio e con il contributo del Ministero della sanità. Una ricerca che ha avuto l'obiettivo di determinare, verificare e diffondere un **sistema di standard di qualità** dei servizi sanitari, riguardanti esclusivamente gli ambiti di competenza dell'**articolo 14** del Dlgs. n. 502/92 e succ. mod. (personalizzazione e umanizzazione dell'assistenza, diritto all'informazione, prestazioni alberghiere, prevenzione delle malattie).

In particolare, in questa ricerca, è stata adottata una "**procedura integrata di standard setting**" che ha comportato lo svolgimento delle seguenti principali operazioni.

- 1) La **ricerca degli standard di qualità "esistenti"** mediante l'utilizzo di una pluralità di fonti (legislazione dei paesi OCDE, organizzazioni professionali dei paesi OCDE, risoluzioni e linee-guida di enti internazionali, norme ISO, manuali, legislazione nazionale e regionale, carte dei diritti del cittadino malato, carte dei servizi; ecc.).
- 2) Il **benchmarking**, che ha previsto il confronto con le migliori pratiche dei servizi sanitari dei paesi OCDE (Stati Uniti, Canada, Australia, Regno Unito, Francia, Olanda, Germania, Spagna, ecc.).

Questo confronto è stato realizzato soprattutto per ciò che concerne gli standard dei tempi di attesa, gli standard relativi all'assistenza infermieristica e quelli riguardanti la frequenza di pulizia dei bagni e dei reparti, del rifacimento dei letti e del cambio della biancheria.

- 3) La **consultazione dei principali key players** implicati nel servizio sanitario nazionale.

E' stato indetto una sorta di "referendum" sugli standard identificati con le prime due operazioni, raccogliendo i pareri di **78 informatori qualificati** e, in particolare, di: 8 rappresentanti delle società scientifiche, 18 esponenti delle associazioni professionali, di categoria e sindacali esistenti nell'ambito dei servizi sanitari, 10 rappresentanti delle associazioni di utenti/cittadini, 22 esperti di qualità, 20 dirigenti della pubblica amministrazione centrale e locale, preposti al settore della programmazione e valutazione della qualità (e cioè del Ministero della sanità, delle Regioni e dell'Agencia per i servizi sanitari regionali).

- 4) La **sperimentazione degli standard di qualità** identificati presso una azienda ospedaliera e una azienda USL, funzionale alla verifica della

loro adeguatezza, in termini di pertinenza, di efficienza, di impatto e di efficacia.

5) La **correzione** della batteria di standard sulla base dei risultati della sperimentazione e il varo del set di standard.

6) La **definizione di linee guida** per l'applicazione degli standard.

Al termine della sperimentazione e dopo tutte le correzioni effettuate, la batteria di standard di qualità che il CERFE intende proporre è risultata composta di **521 standard**.

Tab. 1 - Standard di qualità ex art. 14, per ambito di riferimento

- Ospedali	258
- Ambulatori	132
- Medici di medicina generale	69
- Farmacie	31
- Aziende sanitarie	31
TOTALE	521

Fonte: CERFE, 1999

Di questi 521 standard, 258 riguardano gli ospedali, 132 sono applicabili negli ambulatori, 69 negli studi medici di medicina generale, 31 concernono, rispettivamente, le farmacie e le aziende sanitarie.

Tab. 2 - Standard di qualità ex art. 14, per dimensione della qualità (valori assoluti e percentuali)

	V.A.	%
- Qualità tecnica	120	23,1
- Dimensione interpersonale	158	30,3
- Comfort	243	46,6
TOTALE	521	100,0

Fonte: CERFE, 1999

Quasi la metà di questi standard (il 46,6%) riguarda l'ambito del **comfort** e circa un terzo (30,3%) gli aspetti relativi alla dimensione **interpersonale**. Ciò non deve stupire, se si considerano i temi trattati dall'articolo 14 che prima abbiamo ricordato (personalizzazione, umanizzazione, diritto all'informazione e prevenzione).

Qualcuno potrebbe rimanere stupito e impressionato dal numero di standard che intendiamo proporre. Ci si potrebbe domandare, cioè, se non sarebbe stato sufficiente, e forse più efficiente, utilizzare pochi indicatori per ottenere le informazioni necessarie alla programmazione di interventi di miglioramento e per comparare i livelli di qualità delle aziende.

La risposta a questa domanda non può che essere negativa. Se infatti la finalità non è solo valutativa, ma è invece quella di produrre miglioramenti della qualità, è indispensabile utilizzare un ampio numero di standard che permetta di occuparsi di ogni aspetto della qualità per l'utente, anche di quelli apparentemente piccoli, per promuovere un miglioramento continuo della qualità a tutto campo.

A dire il vero questa non è una scelta fatta solo dal CERFE. Ci sono precedenti illustri. Infatti, come ho già detto, agenzie internazionali come quelle rappresentate qui oggi dai nostri autorevoli ospiti, utilizzano, da molti anni, ampie batterie di standard per realizzare gli accreditamenti dei servizi sanitari. E la verifica del rispetto degli standard e lo *standard setting* sono anche il principale pilastro, come ricordavo all'inizio, della maggior parte dei progetti, sia di analisi, sia di promozione del miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

Ma torniamo a noi e ai risultati di questa ricerca.

Come si è detto, la ricerca-azione ha previsto, come parte costitutiva della "procedura integrata di *standard setting*" adottata, una fase di **sperimentazione degli standard di qualità** identificati, funzionale alla verifica della loro adeguatezza, prima di essere proposti come batteria da utilizzare per l'intero SSN.

Questa sperimentazione è stata realizzata presso l'Azienda Usl di Latina e nell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri di Roma ed ha avuto **tre caratteristiche peculiari**.

- 1) Innanzitutto, ha previsto la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione nelle strutture sanitarie interessate, rivolte agli operatori

sanitari, agli utenti e agli amministratori, al fine di ottenere un **consenso preventivo** di tutti i soggetti che si intendeva coinvolgere nell'iniziativa e di creare un **ambiente favorevole allo svolgimento della sperimentazione** della batteria di standard, superando eventuali ostacoli che avrebbero potuto intralciare lo svolgimento del programma.

- 2) In secondo luogo, la sperimentazione si è contraddistinta per il suo **carattere partecipativo**. Fattore fondamentale dell'applicazione degli standard è stato, infatti, il coinvolgimento dei diversi soggetti implicati nei servizi sanitari (operatori, amministratori, cittadini), sia in quanto fonti di informazioni, sia in quanto soggetti che hanno concorso alla realizzazione dell'applicazione sperimentale degli standard e che ne hanno gestito i risultati.
- 3) La terza caratteristica della sperimentazione è stata il suo **concreto orientamento al cambiamento**, che ha raccolto una straordinaria disponibilità all'impegno personale per migliorare la qualità dei servizi da parte di tutti i soggetti coinvolti, anche al di là dell'orario di lavoro. Infatti, questa sperimentazione ha avuto l'obiettivo di verificare le condizioni di applicabilità degli standard e la loro praticabilità nel SSN. Di conseguenza, piuttosto che limitarsi a utilizzare gli standard per misurare la qualità, in linea con i procedimenti più innovativi praticati al livello internazionale, si è realizzata una "applicazione controllata e guidata degli standard" nelle due aziende sanitarie prescelte, al fine di identificare gli *enablers* (ciò che consente, ciò che mette in condizione) degli standard selezionati e di attivare immediate azioni per migliorare la situazione.

Per fare questo, si è effettuata una verifica dell'adeguatezza degli standard, dal punto di vista della loro pertinenza, efficacia, efficienza e impatto, e si è verificata la presenza di eventuali fattori di ostacolo e di facilitazione per la loro introduzione nelle aziende sanitarie italiane.

In pratica, la sperimentazione degli standard ha comportato lo svolgimento di **due distinte procedure**.

Per gli standard più innovativi, mai sperimentati in passato in Italia e ritenuti misurabili nel periodo della sperimentazione, si è seguita la **procedura "alfa" sperimentale**. Tale procedura è consistita nell'attivazione di un processo di "**applicazione controllata e guidata degli standard**".

Questo processo ha comportato:

- lo svolgimento di iniziative di **sensibilizzazione** per creare consenso;
- la **deliberazione del direttore generale** per far entrare in vigore gli standard;
- l'attivazione di figure speciali, vale a dire i **tutor degli standard** (operatori o cittadini) che hanno seguito da vicino l'itinerario di applicazione di ogni standard, svolgendo una funzione di guida, di sostegno e di facilitazione per la loro implementazione;
- il **coinvolgimento** e l'**addestramento** di tutti i soggetti interessati (amministratori, operatori, utenti);
- l'**osservazione** diretta delle strutture sanitarie;
- la realizzazione di **interviste** a tutti i soggetti interessati;
- lo svolgimento di incontri o "**Audit misti**" in tutti gli ambiti previsti dalla ricerca (ospedali, ambulatori, studi di medici di famiglia, farmacie e aziende sanitarie), con la partecipazione di tutti i soggetti implicati, compresi i cittadini. Tali incontri si sono fondati sulla raccolta strutturata di informazioni mediante appositi strumenti tecnici e hanno visto la presenza di diversi soggetti (primari, caposala, dietiste, responsabile economato, capo cuoco, infermieri, ausiliari, tecnici, farmacisti, medici di famiglia, componenti della direzione sanitaria e della direzione amministrativa, degenti, cittadini, ecc.), ognuno portatore di uno specifico punto di vista, i quali hanno potuto esprimere la propria opinione in tempo reale e contemporaneamente. Gli audit hanno avuto la **funzione** di discutere gli standard, di individuare gli eventuali fattori di ostacolo (procedure burocratiche, costi, risorse umane, ecc.) e di facilitazione alla loro applicazione nelle strutture sanitarie e di concordare azioni immediate da svolgere per garantire il loro effettivo rispetto.

Infine, la procedura alfa ha previsto l'**applicazione concreta degli standard** nelle unità operative prescelte come sede di sperimentazione.

Per quanto concerne gli standard difficilmente misurabili nel periodo della sperimentazione o già sperimentati in passato in Italia, si è seguita invece la **procedura "beta" critico-relazionale**, vale a dire una procedura che ha previsto solamente la discussione degli standard nell'ambito di **Audit misti**, ai quali hanno preso parte tutti i soggetti interessati.

Lo *standard setting* ha due versanti: l'approvazione degli standard e la verifica della loro applicabilità o applicazione. La sperimentazione ha teso a dimostrare la praticabilità degli standard scelti, verificando la possibilità che fossero fatti propri, tanto dalle amministrazioni, quanto dai diversi attori operanti nei servizi sanitari, attraverso un esplicito processo decisionale e valutando successivamente le condizioni di applicabilità di tali standard.

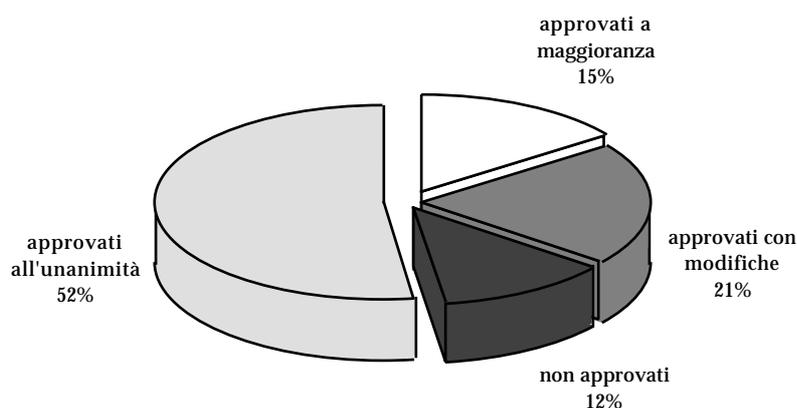
Entrambi i processi di approvazione e applicazione degli standard hanno comportato il **coinvolgimento di una pluralità di soggetti**, appartenenti a differenti categorie professionali. Questo coinvolgimento è avvenuto a diversi livelli, nell'ambito dei quali molti soggetti diversi hanno giocato uno specifico ruolo: la direzione generale dell'azienda sanitaria; le équipe aziendali di coordinamento; i tutor degli standard; gli operatori e i cittadini coinvolti negli Audit misti e mobilitati per la realizzazione di interviste; lo stesso CERFE.

A titolo esemplificativo, per dare un'idea della partecipazione ottenuta, basta dire che a Latina sono state coinvolte **133 persone**, tra operatori e cittadini, nei **15 Audit misti** realizzati, nell'arco delle quattro settimane dedicate all'applicazione degli standard, con una media di quasi nove persone a incontro. All'ospedale San Filippo Neri di Roma sono state invece mobilitate **106 persone**, appartenenti a tutte le categorie professionali, nei **9 Audit misti** realizzati, con una media di quasi dodici persone a incontro.

Sono dati che fanno riflettere e che testimoniano la presenza di **potenzialità dinamiche** nella sanità italiana e una grande disponibilità alla **partecipazione attiva** da parte, sia degli operatori delle aziende sanitarie, sia dei cittadini, specialmente per la realizzazione di programmi e iniziative orientati al miglioramento della qualità dei servizi.

Per quanto riguarda il **processo di approvazione degli standard**, analizzando i risultati degli audit misti è possibile suddividere i 165 standard sperimentati, sia con la procedura "alfa" che con procedura "beta", nei seguenti 4 gruppi.

Fig. 1 - I gruppi degli standard, secondo la modalità di approvazione



Fonte: CERFE, 1999

Come si può notare, nel corso della sperimentazione si è registrato un **forte consenso** sugli standard proposti, anche su quelli particolarmente innovativi.

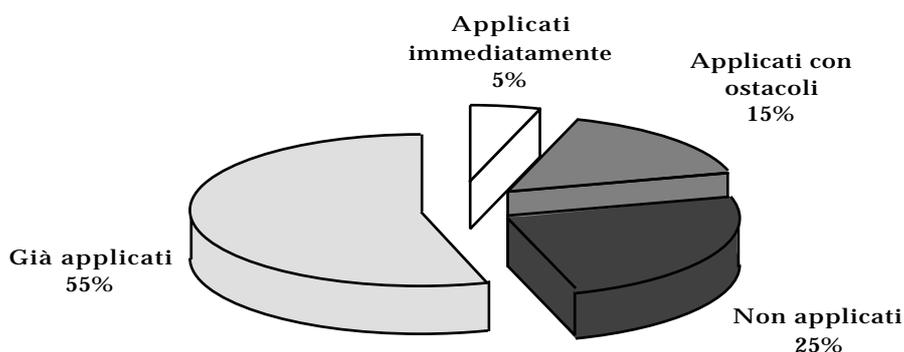
Dei 165 standard sperimentati, infatti, solo il 12% (20) non sono stati approvati nell'ambito degli Audit misti. Più della metà (86) sono stati, invece, approvati all'unanimità e il 15% (25) a maggioranza qualificata, con l'opposizione di un numero contenuto di persone.

Inoltre, il 21% (34) sono stati approvati a seguito di **modifiche** apportate alla formulazione o al valore-soglia dello standard, a dimostrazione di una discussione seria e approfondita che è stata condotta, nelle due aziende sanitarie prescelte, circa la praticabilità degli standard per il Servizio Sanitario Nazionale. Discussione che ha coinvolto, come si è detto, tutti i soggetti interessati (medici, infermieri, ausiliari, tecnici, cittadini, ecc.).

Veniamo ora all'**applicazione degli standard**. A questo proposito bisogna ricordare che gli standard che hanno seguito la procedura alfa differiscono da quelli che hanno seguito la procedura beta per il fatto che sono stati oggetto di un tentativo di applicazione nei luoghi prescelti per la sperimentazione (al contrario, gli standard della procedura beta sono stati solo discussi). Ciò implica che si possa parlare in senso proprio di esito

della applicazione non per tutti i 165 gli standard sperimentati, ma solo per i 97 standard "alfa".

Fig. 2 - Esito dell'applicazione sperimentale degli standard (che hanno seguito la procedura alfa)



Fonte: CERFE, 1999

Come si può notare, esaminando l'itinerario di applicazione degli standard, è stato possibile identificare **quattro gruppi** omogenei dal punto di vista dell'esito dell'applicazione sperimentale:

- il **Gruppo 1** composto da 53 standard (il 55%) che sono risultati già applicati prima della sperimentazione;
- il **Gruppo 2** costituito da 5 standard (il 5%) che sono stati applicati immediatamente nel corso della sperimentazione;
- il **Gruppo 3** di cui fanno parte 15 standard (il 15%) che sono stati applicati dopo il superamento di alcuni ostacoli;
- il **Gruppo 4** composto da 24 standard (il 25%) che non si è riusciti ad applicare nel periodo a disposizione.

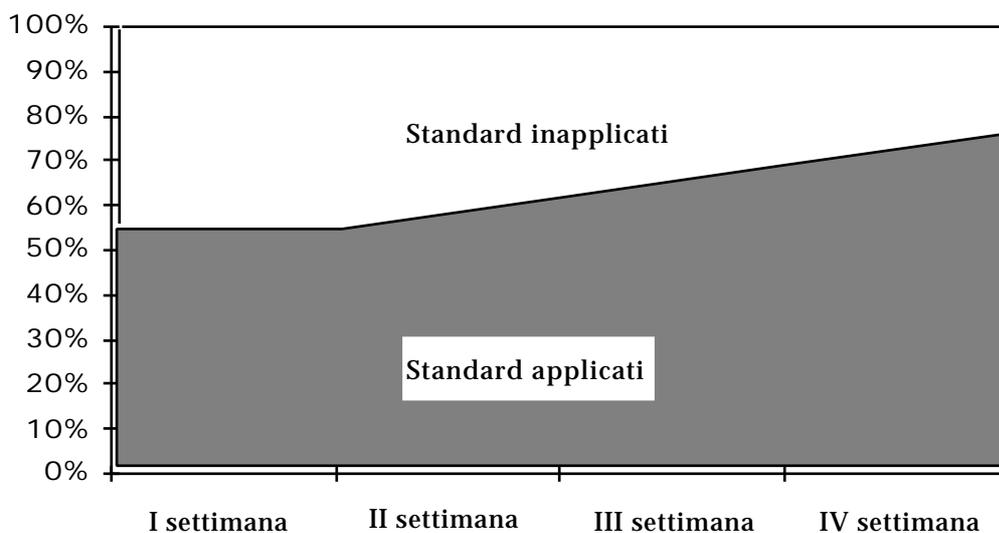
La figura mostra che, complessivamente, ben il 75% degli standard sperimentati erano o sono stati applicati nei reparti o nei servizi presi in considerazione nelle due aziende sanitarie. Ciò sembra essere di buon auspicio circa la possibilità di diffondere e utilizzare questa batteria di standard in tutto il SSN.

Si può osservare, inoltre, che gli standard applicati per iniziativa delle équipes aziendali nel periodo della sperimentazione rappresentano ben il 45,4% degli standard che non erano già rispettati nei servizi sanitari osservati e che quindi potevano essere implementati (20 rispetto a 44). E questo fatto acquista un significato particolare se si considerano i tempi dell'applicazione sperimentale.

Infatti, all'interno della sperimentazione, la fase dedicata alla vera e propria applicazione degli standard, avviata con la deliberazione o con l'ordine di servizio della direzione dell'azienda sanitaria, è stata svolta in un periodo effettivo di sole quattro settimane.

L'andamento temporale dell'applicazione degli standard è quella che si può osservare nel grafico.

Fig. 3 - Andamento temporale dell'applicazione degli standard



Fonte: CERFE, 1999

Come si può notare, a cavallo tra la seconda e la terza settimana, si è ottenuta l'applicazione dei primi standard, grazie al semplice lavoro di sensibilizzazione del tutor o alle decisioni prese nell'ambito degli Audit misti. Il grosso degli standard è stato applicato, invece, nella terza e nella

quarta settimana, a partire dalle proposte emerse e dai provvedimenti stabiliti negli Audit misti.

Come si capisce, questo risultato può essere considerato molto significativo e potrebbe dimostrare sia la **possibilità di produrre cambiamenti in tempi brevi**, sia una certa **disponibilità degli operatori a mobilitarsi** in prima persona per migliorare la situazione.

E' successo, ad esempio, che sia a Latina e sia al San Filippo Neri è stata introdotta la possibilità per i degenti di prenotare il **menù** il giorno prima rispetto al momento della somministrazione del pasto, scegliendo tra due o più opzioni.

E' accaduto ancora che, nel reparto di pediatria dell'ospedale di Latina, al fine di **permettere ai bambini di indossare i propri abiti**, sono stati preparati appositi cartellini di riconoscimento colorati e con una grafica attraente.

Nel reparto di cardiologia uomini dell'ospedale San Filippo Neri, inoltre, è stato formalizzato un **protocollo di accettazione del degente** che stabilisce, tra le altre cose, l'obbligo per l'infermiere di presentarsi, dichiarando il proprio nominativo e illustrando i propri compiti.

Il tempo di attesa per la consegna della cartella clinica è stato ridotto da trenta giorni a uno per il solo reparto di cardiologia donne del San Filippo Neri, mentre a Latina, in accordo con il direttore sanitario, si è stabilito di applicare in tutto l'ospedale lo standard della consegna della cartella in tre giorni. Sempre a Latina, il **tempo di attesa per la risposta ai reclami** degli utenti è stato ridotto, per il momento, da trenta a dodici giorni, ma si conta di arrivare presto a sette giorni.

Sia presso l'ambulatorio di cardiologia di Latina, sia negli ambulatori di broncopneumologia e di cardiologia dell'ospedale San Filippo Neri di Roma, è stata migliorata l'**informazione logistica** con l'affissione di nuovi **cartelli** e sono stati realizzati **depliant**, contenenti informazioni sullo staff, sulle prestazioni erogate, sulle modalità di prenotazione e sulle procedure e i tempi per il ritiro dei referti. Inoltre, presso la divisione di cardiologia uomini dell'ospedale San Filippo Neri di Roma e nel reparto di oculistica dell'ospedale di Latina sono state affisse **bacheche** con i nomi e le funzioni degli operatori dello staff del reparto.

Nel reparto di urologia dell'ospedale di Latina è stato predisposto, in accordo con i medici, un modulo per la compilazione del **piano di cura e di assistenza**, da sviluppare consultando il paziente. Infine, sempre a Latina, sia nel reparto che nell'ambulatorio di cardiologia, è stato aggiunto un nuovo **telefono** ed è stata installata una nuova macchina per la distribuzione di **schede telefoniche**.

Si tratta di alcuni dei miglioramenti introdotti con questa **applicazione partecipata degli standard** nelle due aziende dove si è svolta la sperimentazione. Sono dati che ci confortano e che, in qualche modo, sembrano essere di buon auspicio circa la possibilità di realizzare in Italia un rinnovamento dei servizi sanitari, sotto il segno della “qualità per l’utente”.

Ritornando alla domanda iniziale, sembra proprio che lo *standard setting* - quanto meno il particolare tipo, appena illustrato, fondato sulla cooperazione attiva di tutti i soggetti interessati - possa costituire una vera **procedura di applicazione della qualità**.

I miglioramenti sono stati realizzati, infatti, non in virtù di defatiganti negoziati tra pari (ad esempio, fra medici, tra infermieri, ecc.), come previsto nelle tradizionali procedure di *audit* o di autovalutazione, ma proprio grazie alla spinta e alla **forza rappresentata dalla cooperazione attiva dei soggetti**. Ciò ha consentito dapprima la costruzione di un sentire comune e un **consenso** verso il cambiamento, ha favorito poi la **scoperta delle cause** di mancata applicazione degli standard, attraverso la individuazione degli attori su cui far leva, come anche dei possibili oppositori, e successivamente ha permesso la **concreta attuazione di azioni** volte al miglioramento della qualità.

Potremmo chiamare tutto questo l'**Applicazione Partecipata di Standard (APS)**, che come Gruppo CERFE proponiamo all'attenzione di tutti voi come uno dei principali output della nostra ricerca.

In particolare, l'APS è un sistema che, in prima approssimazione, potrebbe essere costituito dal seguente insieme coordinato di attività.

1. Proposta e discussione

- presentazione del progetto di APS alla direzione generale dell'azienda sanitaria;
- scelta degli standard di qualità da applicare;
- selezione delle unità operative che saranno sede dell'applicazione sperimentale degli standard.

2. Prima deliberazione e consenso

- iniziative di sensibilizzazione per creare consenso, rivolte a tutti gli operatori e agli utenti dell'azienda;
- delibera del direttore generale per far entrare in vigore gli standard selezionati nel periodo della sperimentazione.

3. Applicazione guidata e controllata degli standard

- costituzione e addestramento di un'équipe aziendale di coordinamento della sperimentazione;
- nomina e addestramento dei tutor degli standard;
- attivazione dei tutor degli standard;
- osservazione diretta delle unità operative prescelte;
- realizzazione di "Audit misti", con la partecipazione di tutti i soggetti interessati, compresi i cittadini;
- applicazione concreta degli standard nelle unità operative selezionate come sede di sperimentazione;
- determinazione delle procedure di implementazione e di monitoraggio degli standard selezionati.

4. Deliberazione finale

- delibera del direttore generale di adozione degli standard di qualità sperimentati nella azienda sanitaria.

5. Messa a regime

- implementazione delle decisioni assunte;
- realizzazione di incontri con i responsabili delle unità operative;
- comunicazione del nuovo sistema di norme e delle decisioni prese per la sua implementazione a tutti gli operatori e agli utenti dell'azienda.

6. Monitoraggio

- verifica periodica del rispetto degli standard.

Chissà che non sia proprio questa la strada per **fare un passo avanti** in Italia sul terreno del **cambiamento** e per favorire un miglioramento continuo della qualità, tenendo conto del punto di vista di tutte le categorie o componenti della sanità interessate.

Quel che è certo - e la stessa sperimentazione effettuata sta lì a dimostrarlo - è che le azioni realizzate mediante la mobilitazione di tutti i soggetti implicati nei servizi sanitari possono precedere e avviare il cambiamento delle norme e consentire la loro successiva implementazione.