

DIRETTIVA SULLA QUALITA' IN ISTITUTI PER ANZIANI

Gentile Direttrice, egregio Direttore

Nella riforma dei sistemi sanitari, in corso in tutti i Paesi occidentali, si confermano due evoluzioni fondamentali: una migliore considerazione dei diritti dei pazienti e lo sviluppo di sistemi di qualità. La misurazione della **qualità delle cure** erogate costituisce così oggi un elemento centrale del dibattito: occorre infatti verificare da un lato che le cure finanziate in larga misura con soldi sociali siano di buona qualità, dall'altro che le misure di contenimento dei costi non abbiano esiti perversi sulla qualità delle prestazioni.

Se fino agli anni settanta la sanità godeva finanziariamente di uno statuto speciale, motivato da considerazioni legate al valore assoluto della salute ("la salute non ha prezzo"), le logiche economiche finalizzate a stabilire il modo in cui utilizzare le risorse nel settore sanitario sono oggi invece ben ancorate nella realtà. Dalla fine degli anni '80 si riconosce in particolare la necessità di raccogliere in modo sistematico dati ed informazioni sui costi e sui benefici delle prestazioni sanitarie, per operare scelte politiche che integrino il sistema sanitario in un disegno complessivo di governo democratico.

Per i finanziatori del sistema (poteri pubblici e assicuratori) nasce dunque la necessità di introdurre sistemi **d'incentivazione della qualità** e dell'efficienza. In questo contesto vi è la forte tentazione di legare il finanziamento delle cure alla loro qualità, per ricompensare i fornitori di prestazioni di qualità e penalizzare gli altri.

La definizione della qualità delle cure varia secondo gli autori e i punti di vista. La qualità ha inoltre significati molto diversi, a dipendenza di chi la considera. Per i nostri fini possiamo considerare la seguente definizione «**La qualità delle cure è la capacità di rispondere in modo equo ai bisogni impliciti ed espliciti dei pazienti, secondo le conoscenze professionali del momento e in funzione delle risorse disponibili**»¹.

Fino alla fine degli anni '80 il Ticino non disponeva di una strategia globale per assicurare la qualità ai pazienti di tutti gli ordini d'istituti di cura: ospedali, cliniche, case per anziani. Nel corso degli anni '90, con la LAMal è giunto anche il discorso sulla qualità e la messa a punto di apposite convenzioni tra i partner tariffali. Anche lo Stato, in particolar modo nella sua veste di finanziatore, si è vieppiù occupato di quest'aspetto.

¹ FoQual. La qualité des soins dans les hôpitaux suisses: analyse de six indicateurs. Lausanne, août 2000.

Ufficio del medico cantonale, via Dogana 16, 6501 Bellinzona

Per quanto concerne la qualità nelle case di cura per anziani, già nel 1993 il Dipartimento della sanità e della socialità aveva emanato una serie di prescrizioni minime, alle quali progressivamente tutti gli istituti si sono adattati. Ben presto però si è avvertita la necessità di un aggiornamento delle stesse, cosicché, nel luglio 2000, è stato incaricato un apposito gruppo di lavoro di aggiornare le prescrizioni del 1993.

Ne è scaturito un rapporto (Salute pubblica No 11, attualmente in stampa), che definisce una serie di requisiti di qualità, ripresi poi nell'allegata Direttiva. Tra questi troviamo aspetti quasi scontati, ma opportunamente esplicitati, così come criteri in parte nuovi, che incitano gli Istituti di cura per persone anziane a esplicitare e standardizzare alcune azioni e procedure.

Il gruppo di lavoro ha tentato d'introdurre, sul modello di quanto fatto altrove, indicatori di qualità che siano nel frattempo scientificamente solidi, validi dal profilo della qualità dei dati, accettabili finanziariamente e adeguati al contesto culturale. L'obiettivo è di garantire un funzionamento più razionale e trasparente - e in definitiva più efficace ed efficiente - delle strutture sanitarie. In questo senso "qualità" potrebbe semplicemente voler dire "fare ciò che si dice e dire ciò che si fa".

Questi requisiti di qualità sono stati dichiarati "essenziali". Ciò significa che con gli stessi lo Stato definisce una **soglia minima di qualità**, al di sotto della quale non è lecito scivolare, pena l'attuazione di provvedimenti urgenti, come la chiusura - temporanea o definitiva - di letti, in un'ottica di vigilanza basata sulla Legge sanitaria (misure di "polizia sanitaria").

Questi requisiti non devono poi impedire al singolo Istituto di cura di ambire a riconoscimenti di qualità superiori a questo livello, sia per questioni di prestigio, di convenzioni particolari o per altre ragioni. L'aspirazione all'eccellenza qualitativa rimane il principale motore del miglioramento continuo.

Questa circolare - e la Direttiva allegata - è destinata agli Istituti di cura per persone anziane, non a ospedali o cliniche. Ma la discussione generale sui sistemi di qualità resta valida anche se alcuni Istituti di cura acuti hanno già sviluppato sistemi di qualità più o meno sofisticati. Essi potrebbero trovare qualche spunto interessante dalla lettura dell'allegata Direttiva.

Mi è infine grata l'occasione per rivolgerle, gentile Direttrice, egregio Direttore, i migliori auguri di Buone Feste e un eccellente inizio di anno nuovo ... all'insegna della ricerca permanente della qualità.

Con un cordiale saluto.

Il Medico cantonale
I. Cassis

Bellinzona, 15 dicembre 2003

Direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità per gli istituti di cura per anziani (Direttiva sulla qualità), del 15 dicembre 2003