

Qualità delle cure e certezza dei processi vanno a braccetto: il modello Jci fa scuola

# La sicurezza fa risparmiare

La proposta: premiare con i Drg customer satisfaction ed esiti di cura

«**C**oniugare il risparmio con il miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini». È il mantra che sentiamo ripetere da qualche anno, soprattutto quando con la legge di stabilità tira aria di tagli per la nostra sanità. Tra le formule che sentiamo pronunciare per risolvere il cubo di Rubik del miglioramento delle performance a costi ridotti, raramente appare quella della sicurezza. Eppure è un investimento che come non mai realizza l'equazione "meno spesa uguale maggiore qualità".

Proviamo a far parlare i numeri. I dati internazionali ci dicono che nei Paesi occidentali i decessi per rischio clinico sono circa 3 volte superiori a quelli per incidenti stradali, che pure svettano nella classifica delle cause di morte tra la popolazione non anziana. Basterebbe questo a far comprendere la centralità del tema. Addirittura fondamentale negli ospedali di insegnamento, ossia nei Policlinici universitari, che formano la futura classe medica e infermieristica alla quale spetterà diffondere la cultura della sicurezza in sanità.

La questione non è però soltanto rilevante da un punto di vista della tutela del paziente, che resta chiaramente centrale. Lo è anche da un punto di vista economico. Basti ricordare il costo della medicina difensiva, che si aggira fra i 10 e i 13 miliardi di euro l'anno, il 9-12% della spesa sanitaria pubblica che potrebbe essere largamente recuperata investendo nel potenziamento dei sistemi di sicurezza, che hanno un effetto deterrente sul contenzioso clinico. Essere una struttura sanitaria eccellente significa far uscire i pazienti sulle "proprie gambe" (clinical outcome) e possibilmente "soddisfatti" della cure e delle attenzioni ricevute (customer satisfaction). Ed è proprio con il paziente ben curato e soddisfatto che si va a spegnere l'incendio della medicina difensiva, che non si traduce solo in prescrizioni inappropriate ma anche nella esplosione dei premi assicurativi o degli accantonamenti per le aziende che scelgono la strada dell'autoassicurazione.

Ma migliorando i sistemi di qualità e sicurezza di quanto possiamo ridurre gli eventi avversi? Di un buon 50%, ci dice in media la migliore letteratura internazionale (la percentuale degli eventi avversi evitabili oscilla fra il 30% e l'80%). Il miglior sistema a livello mondiale è



quello della Joint commission international (Jci). Jci è l'organizzazione internazionale nata 75 anni fa negli Usa e che oggi vanta il titolo di migliore ente globale di accreditamento in qualità e sicurezza nella sanità. Il Policlinico del Campus Bio-Medico di Roma ha conquistato proprio in questi giorni l'ambito "sigillo d'oro" della Jci, che si conquista dopo rigorose ispezioni in loco che certificano l'aderenza a ben 368 standards.

Sono processi, quelli Jci, che impongono il continuo miglioramento, agendo sia sul "bicchiere mezzo vuoto", il clinical risk management, che su quello "mezzo pieno", ossia l'indice di gradimento dei pazienti e la capacità di farli uscire sulle proprie gambe, tanto per dare concretezza al termine clinical outcome. Nell'indice di gradimento rientrano fattori del tipo chiarezza delle informazioni, pulizia delle stanze, cortesia e professionalità del personale infermieristico, assistenza medica su base continuativa. La misurazione avviene non al termine della degenza (si dimostra che il paziente è meno libero di esprimere le sue opinioni fin tanto quanto è all'interno di un ospedale) ma con una intervista telefonica dopo 30 giorni dalla dimissione. In merito agli indicatori di clinical outcome i principali attengono al tasso di sopravvivenza a 30 giorni, agli episodi di re-intervento, al tempo che passa dalla diagnosi alla terapia.

L'esperienza maturata al Campus ci dice

che l'aderenza a tutti questi standard richiede un investimento ricompreso fra il 2-2,5% del fatturato. Una semplice stima si può effettuare per ricavare l'effetto a livello di sistema se gli ospedali investissero in accreditamenti del tipo Jci. Se ipotizziamo in media una riduzione del 50% degli eventi avversi, si può stimare un risparmio netto, cioè al netto dei costi per avviare il processo di miglioramento stesso, nell'ordine dell'intervallo 2-4 miliardi di euro annui. Guarda caso quelli che solitamente si chiedono alla nostra Sanità quando si avvicina la stagione delle manovre economiche. Conseguibili in questo caso migliorando l'offerta e il servizio reso al cittadino (che con i suoi tributi è il vero finanziatore del Ssn).

Si dirà che non è facile investire in sicurezza mentre quasi ovunque si tagliano i budget. Questo in parte è vero; ma in parte no. Nel Policlinico universitario Campus Bio-Medico abbiamo deciso di investire in un periodo di crisi, ossia quando eravamo nel pieno dei tagli lineari (sia retroattivi, sia prospettici) operati nella Regione Lazio a fine 2012. Quasi tutto il personale (il 94%) ha aderito in quel periodo a una riduzione volontaria della retribuzione suddivisa in base alle fasce di reddito, a partire ovviamente dalle figure apicali che sono state chiamate a dare per prime un esempio di "team". Il Policlinico universitario Campus Bio-Medico è parte integrante dell'Università Campus Bio-Medico che è una struttura Non-Profit (infatti non c'è

alcuna pressione a dover distribuire dividendi alla proprietà); ma, parimenti, è una struttura Non-Loss, nel senso che deve reggersi sulle proprie gambe.

A livello di Sistema Paese gli investimenti potrebbero essere incentivati da forme di premium price a vantaggio delle strutture che investono in qualità, sicurezza e accoglienza dei pazienti (che ripetiamo, sono coloro che con il pagamento dei tributi sostengono l'intero sistema sanitario nazionale). Il sistema delle tariffe a Drg è stato una conquista di civiltà; tuttavia può essere utile, compatibilmente con questa conquista, introdurre meccanismi incentivanti per le strutture ospedaliere per migliorare la qualità dei servizi erogati ai pazienti-cittadini. L'esempio americano di Medicare è in questo senso apprezzabile.

Un differenziazione può essere ottenuta nel seguente modo: pagare solo una quota del Drg (a ipotesi il 70%) a fronte di ogni prestazione e legare il rimanente 30% della tariffa "Drg" in base a indicatori di customer satisfaction (misurata, come detto, non in ospedale, bensì con interviste telefoniche a 30 giorni dalle dimissioni) e di clinical outcome, misurata dagli esiti clinici. Una seconda differenziazione, che non esclude la prima, può essere quella di prevedere delle maggiorazioni delle tariffe Drg per agevolare gli investimenti iniziali per le strutture che si impegnano in un percorso virtuoso del tipo Jci.

Così operando, si salvaguarda la conquista di civiltà delle tariffe Drg e, contemporaneamente, si inseriscono nel sistema i giusti incentivi per raggiungere una seconda conquista di civiltà: mettere il Ssn ancora di più al servizio del cittadino (che, ripetiamo per la terza volta, è colui che "paga" il tutto). Dobbiamo altresì far rilevare che le tariffe indifferenziate, al contrario, possono disincentivare le aziende a migliorarsi e, per questa via, si generano "disconomie" e potenzialmente "allocazioni non meritocratiche delle risorse". Quelle che oggi è imperativo combattere, con il buon senso e con la meritocrazia.

**Gianluca Oricchio**

*direttore generale Policlinico universitario  
Campus Bio-Medico di Roma*