

# PROSPETTIVE INTERNAZIONALI

---

## *Il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in Giappone\**

di Hiroto Ito

### **1. L'accesso, il costo e la qualità**

Dopo aver conosciuto l'era del miglioramento dell'accesso e l'era del contenimento dei costi, la maggior parte dei paesi sviluppati sta prestando di recente grande attenzione alla "qualità" dell'assistenza sanitaria. Il Giappone non fa eccezione.

Nel 1961, per migliorare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria, il Giappone ha introdotto il sistema dell'assicurazione sanitaria universale fondata sul pagamento in base al servizio (*fee-for-service*). Da allora, le condizioni di salute delle persone sono drasticamente migliorate e il Giappone ha raggiunto l'aspettativa di vita più lunga del mondo grazie al miglioramento dell'accesso ai servizi di assistenza sanitaria. Attualmente, in tutto il paese vi sono circa 9.300 ospedali, cioè istituzioni sanitarie con oltre 20 posti letto, e 93.000 cliniche che hanno un numero di letti inferiore a 20 [Ministry of Health and Welfare 2000].

Nella classifica dei paesi sviluppati il Giappone si trova ancora nella metà più bassa relativamente alla percentuale di prodotto interno lordo (PIL) per la spesa sanitaria [Iglehart 1988]. In questi ultimi tempi, tuttavia, la pressione economica sta aumentando e si stanno presentando problemi gravi, fra i quali ricordiamo una percentuale crescente del PIL destinata alle spese mediche, un aumento di numero di nuovi medici che esercita, più lunghi periodi di permanenza negli ospedali, maggiori prescrizioni mediche e il rapido aumento della popolazione anziana.

Inoltre, l'accesso libero porta con sé anche problemi di efficienza. Dal momento che le persone possono ricevere gli stessi servizi di assistenza sanitaria a fronte di una medesima quota di pagamento assicurativo, esse tendono a rivolgersi agli ospedali di maggiori dimensioni, indipendentemente dalle loro condizioni. Di conseguenza, i grandi ospedali, come quelli universitari, che offrono un'assistenza altamente specializzata, sono sempre affollati, anche se molte persone hanno solo l'influenza o altri

\* Traduzione a cura del Gruppo Cerfe.

problemi di *primary health care*. Questo accade perché le informazioni riguardo ai servizi specialistici e alla qualità dell'assistenza sono limitate.

Per risolvere questi problemi sono stati introdotti alcuni notevoli cambiamenti nei sistemi di assistenza sanitaria. Il primo *target* è stato quello dell'assistenza sanitaria agli anziani. La lungodegenza per gli anziani è stata distinta dall'assicurazione medica. Il pagamento per le cure ai malati cronici anziani è passato da quello in base al servizio a quello fisso *per diem*. Il secondo *target* è stato quello dei servizi di assistenza sanitaria per le condizioni acute. Una revisione della Medical Service Law ha incoraggiato la differenziazione tra servizi per la cura di condizioni acute e altri tipi di servizi, come le cure di lungo periodo o le terapie di riabilitazione, assegnando incentivi economici più elevati alla cura delle malattie acute.

La qualità dell'assistenza sanitaria è stata fundamentalmente monitorata e controllata dal governo e dalle istituzioni sanitarie, mentre gli altri soggetti coinvolti hanno giocato un ruolo molto piccolo. Il governo ha avuto l'importante funzione di assicurare la qualità dei servizi di assistenza sanitaria attraverso l'applicazione di norme e di leggi in materia di assistenza sanitaria e attraverso revisioni del sistema di rimborso. Queste norme, tuttavia, richiedevano il rispetto di "standard minimi". Non è dunque stato raggiunto il consenso tra gli operatori sui livelli di qualità più elevati, ma solo sugli standard minimi. Di conseguenza, si verificavano variazioni significative nella pratica clinica e negli esiti degli interventi.

Verso la metà degli anni Ottanta, la Japan Medical Association e il ministero della Sanità e del *Welfare* si sono resi conto che le istituzioni preposte all'assistenza sanitaria dovevano provare, non solo a fornire tale assistenza, ma anche a migliorare il livello della qualità dei loro servizi. Il manuale per l'autoverifica è stato introdotto principalmente per i manager delle organizzazioni. Questo è stato il primo tentativo di assicurare l'erogazione di servizi di elevata qualità. Il manuale di autoverifica ha dato il via al movimento per la standardizzazione e ha condotto all'avvio delle attività per il miglioramento della qualità in Giappone [Ito *et al.* 1988].

## 2. L'introduzione dell'accreditamento

Nel 1987, l'Associazione degli Ospedali Privati ha istituito una commissione permanente del Tokyo Research Group sulla JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations), con membri di ospedali privati di Tokyo ed esperti del settore. Questo gruppo ha esaminato le attività globali delle JCAHO negli Stati Uniti e ha sviluppato un modello di pratiche per la *third-party evaluation* (accreditamento da parte di soggetti esterni), per gli ospedali in Giappone. Prima che venisse studiato questo modello, il concetto dell'accreditamento era completamente

*Tab. 1 - Storia della valutazione di qualità nel sistema sanitario in Giappone*


---

1985	Comitato per un Manuale di valutazione degli ospedali (Ministry of Health and Welfare, Japan Medical Association)
1987	Tokyo JCAHO Research Group
1989	Manuale di autoverifica per la valutazione degli ospedali (Ministero della Sanità e della Previdenza sociale, Japan Medical Association)
1990	Japan Hospital Quality Assurance Society (JHQAS)
1991	Manuale della valutazione degli ospedali Japan Hospital Association
1991	JHQAS ha identificato gli standard e messo a punto le Linee Guida per l'attribuzione dei punteggi
1995	Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)
1997	JCQHC ha identificato gli standard e messo a punto le Linee Guida per l'attribuzione dei punteggi (Versione 1)
2002	JCQHC ha revisionato gli standard e le Linee Guida per l'attribuzione dei punteggi (Versione 2)

---

sconosciuto in Giappone. I primi sforzi hanno portato alla nascita di un organismo per l'accreditamento degli ospedali, chiamato Japan Society for Quality in Health Care (JSQua).

Nel 1990, sotto la guida del Tokyo JCAHO Research Group, fu istituita la Japan Hospital Quality Assurance Society (JHQAS), che successivamente assunse il nome di JSQua. Tra i suoi membri vi erano circa 60 ospedali, compresi i più importanti del Giappone, e 50 persone tra presidenti, infermieri e amministratori di ospedali e anche ricercatori universitari. Lo scopo della società era quello di creare sistemi per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria basati su dati scientifici e condividere con i membri tutte le informazioni e le esperienze scaturite da queste attività.

La consapevolezza della necessità dell'accreditamento ha condotto, nel luglio del 1995, all'istituzione di un'organizzazione per la valutazione dei servizi sanitari. Questa organizzazione, chiamata Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) è stata sostenuta dal governo, dalla Japan Medical Association, dalle organizzazioni ospedaliere, dalle associazioni di professionisti del settore sanitario e dalle organizzazioni assicurative. Il JCQHC, tuttavia, è indipendente dal governo e da tutti gli altri gruppi pubblici e privati. Le attività del JCQHC sono dedicate allo sviluppo di strumenti facilmente utilizzabili per la misurazione della qualità, all'addestramento degli ispettori e alla conduzione di molti studi negli ospedali generali, psichiatrici e geriatrici. Dopo una serie di studi di fattibilità, svolti nel 1996, comprese alcune ricerche di prova in determinate aree del paese, il consiglio ha iniziato un ciclo regolare di indagini nell'aprile del 1997. All'agosto del 2002, 725 ospedali (il 7,8% di tutti gli ospedali in Giappone) hanno ottenuto l'accreditamento dal JCQHC. L'accreditamento è valido 5 anni.

Dal momento che il JCQHC è un organismo preposto all'accreditamento che si finanzia con gli onorari corrisposti per gli studi condotti, ci si

aspetta che perfezioni un processo di accreditamento basato sulla prova della rispondenza a precisi criteri di valutazione. I ricercatori e gli ispettori hanno sviluppato gli standard e le linee guida per l'assegnazione di un punteggio all'assistenza sanitaria. La prima versione degli standard è stata pubblicata nel 1997 ed è stata poi costantemente aggiornata; le revisioni più consistenti sono state realizzate nel 2002. Gli standard comprendono 577 voci in 6 campi: *mission*, diritti e sicurezza dei pazienti, soddisfazione dei pazienti, cure mediche, assistenza infermieristica e gestione delle istituzioni preposte all'assistenza sanitaria.

Un gruppo di circa 3-6 ispettori conduce un'ispezione della durata di uno o due giorni in un ospedale, in conformità agli standard e alle linee guida per l'assegnazione del punteggio. Il gruppo è suddiviso in tre sottogruppi: medici, infermieri e amministratori. A seguito della valutazione della qualità dell'assistenza, i tre sottogruppi verificano i risultati e definiscono le raccomandazioni all'ospedale sottoposto all'ispezione.

Il JCQHC ha appena iniziato a divulgare su Internet i resoconti relativi alla valutazione degli ospedali, con l'autorizzazione degli stessi ospedali sottoposti all'ispezione. Questa divulgazione rappresenta un fatto completamente nuovo in Giappone, dove gli annunci riguardanti gli ospedali sono limitati dalla Medical Service Law, nonostante le persone desiderino fortemente conoscere quale sia l'ospedale migliore dal punto di vista della qualità. In seguito al recente dibattito sviluppatosi in occasione della riforma dell'assistenza sanitaria il governo ha infine acconsentito alla divulgazione.

Vi sono anche altri tentativi di sviluppare l'accreditamento nell'ambito delle istituzioni sanitarie. In primo luogo l'ISO (International Organization of Standardization), che ha iniziato le sue attività di accreditamento nell'ambito delle istituzioni sanitarie in Giappone. Sebbene l'accreditamento nel settore industriale sia molto usuale in Giappone, quello nelle istituzioni sanitarie è un concetto nuovo. Dal 1996, circa 15 ospedali sono stati accreditati da ISO.

Un'altra iniziativa è il Japan Quality Management Award, simile al Marcom Award, negli Stati Uniti. Esso ha appena iniziato la sua attività.

### **3. Alcuni cambiamenti recenti**

Come accennato nell'introduzione, i sistemi di assistenza sanitaria hanno puntato al miglioramento dell'accesso, al contenimento dei costi e attualmente al miglioramento della qualità. Questi cambiamenti avvengono sulla base di diversi importanti concetti: la standardizzazione dei servizi sanitari, la *accountability* (trasparenza) e l'assistenza centrata sul paziente.

- Il governo ha già applicato il controllo di qualità sull'*hardware* (struttura) delle istituzioni sanitarie, come per esempio il numero minimo di

personale e di apparecchiature. Gli organismi di *third-party accreditation* si dedicano al *software* (processo e risultato), per indagare sulla natura dei servizi prestati. La standardizzazione dei servizi di assistenza sanitaria si sta spostando verso il processo e i risultati.

- In risposta a questi cambiamenti, il ruolo del governo sta mutando. La nuova tendenza è stata osservata, per esempio, in occasione della revisione del sistema di rimborso, nell'aprile del 2002. L'accreditamento è stato incluso come requisito dello standard del sistema dei rimborsi in alcune unità specialistiche. Questo è ciò che è esattamente avvenuto negli Stati Uniti nel 1965, con la JCAHO, quando l'accreditamento è stato inserito tra i requisiti per il rimborso, nel programma Medicare. Questo è il primo passo compiuto dal governo per richiedere la valutazione di terzi per l'accreditamento, per un fatto di responsabilità verso i pazienti e i pagatori [Roberts, Coale e Redman 1987]. Si tratta del primo passo del governo per richiedere l'accreditamento in nome della responsabilità verso i pazienti e verso chi paga il servizio (in generale le assicurazioni sanitarie). È chiaro che questo tipo di incentivi economici conduce alla diffusione dell'accreditamento. Inoltre, anche i soggetti finanziatori hanno cominciato a sviluppare i loro strumenti per valutare i servizi sanitari.
- In Giappone, l'opinione dei pazienti è ritenuta importante per il miglioramento della qualità dei servizi di assistenza sanitaria. Da quando, nel 1987, un'associazione ospedaliera ha condotto il primo studio multisettoriale sulla soddisfazione dei pazienti, sono stati realizzati studi su questo tema da molti soggetti diversi, compreso il governo (1997) e i soggetti finanziatori (1999). Alcuni studi hanno utilizzato la versione giapponese delle scale della soddisfazione standardizzata al livello internazionale, come ad esempio il Questionario della Soddisfazione del Cliente (CSQ) [Larsen *et al.* 1979]. I questionari sulla soddisfazione sono ampiamente utilizzati nella pratica quotidiana in Giappone.

#### 4. Conclusioni

Riconsiderando la nostra breve storia del miglioramento della qualità nell'ambito dell'assistenza sanitaria, si comprende che la spinta iniziale verso il cambiamento è stata data dal governo e dalla Japan Medical Association; tuttavia, nel 1995 è emersa un'organizzazione indipendente, il JCQHC, che si è impegnata a vigilare sul miglioramento della qualità dell'assistenza. Un notevole numero di studi condotti dal JCQHC riuscirà ad accelerare il diffondersi della consapevolezza pubblica sul miglioramento continuo (*continuous improvement*).

L'attività di miglioramento della qualità in ambito industriale è nota come "KAIZEN" [Imai 1986] e ha avuto un grande impatto sul miglio-

mento dell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti [Berwick 1989; Joint Commission on Accreditation of Hospitals 1987]. Ironicamente, il Giappone è appena al punto di partenza di una nuova fase dell'attività di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria. La velocità del miglioramento della qualità è stata incrementata grazie al requisito dell'accreditamento per il rimborso, in alcune unità di specializzazione, a partire dall'aprile del 2002. Tutti i professionisti del settore sanitario dovrebbero dedicarsi al "KAIZEN" dell'assistenza sanitaria in Giappone.

### **Riferimenti bibliografici**

- Berwick D.M. (1989), *Continuous improvement as an ideal in health care*, "N Eng J Med.", n. 320: 53-56.
- Iglehart J.K. (1988), *Japan's medical care system: Part two*, "N Eng J Med.", n. 319: 1166-1172.
- Imai K. (1986), *Kaizen*, Random House, S. Francisco.
- Ito H., Iwasaki S., Nakano Y., Imanaka Y., Kawakita H., Gunji A. (1988), *Direction of quality improvement activities of health care institutions in Japan*, "Int J Qual Health Care", n. 10: 361-363.
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1987), *Agenda for Change*.
- Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves W.A. et al. (1979), *Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale*, Eval Program Plann, n. 2: 197-207.
- Ministry of Health and Welfare (2000), *Research on medical institutions*.
- Roberts J.S., Coale J.G., Redman R.R. (1987), *A history of the joint commission on accreditation of hospitals*, "JAMA", n. 258: 936-40.