

## Rapporto CEFASS 2008

Institut Européen  
d'Administration Publique  
European Institute  
of Public Administration

Centre Européen de Formation dans les Affaires  
Sociales et de Santé Publique (IEAP-CEFASS)  
European Training Centre for Social Affairs  
and Public Health Care (EIPA-CEFASS)

# Il Welfare in Europa: la domanda di salute

a cura di:

Angelo Carenzi

Giancarlo Cesana

Giorgio Vittadini

*con il contributo di*

riflessione sulla scelta delle scale di punteggio". Atti della Giornata di studio: "Valutazione della qualità e Customer Satisfaction: il ruolo della Statistica". Vita e Pensiero, Milano. 217-231.

Zangrandi A. (2002), "Il funzionamento nella logica dello sviluppo e della sussidiarietà" in Vittadini G. "Liberi di scegliere. Dal Welfare state alla Welfare society". Etas libri. 405-421.

Zaslavsky A. (2001), "Statistical issues in reporting quality data: small samples and casemix variation". Int. J. Qual. Health Care. 13 (6): 481-88.

### CAPITOLO 3

## METODI DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ IN SANITÀ: UNO SGUARDO INTERNAZIONALE

Luca Merlini, Camillo Rossi e Giorgio Vittadini

### VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE: OBIETTIVI STRATEGICI E PRIORITARI

Una volta delineati i criteri della valutazione e misurazione delle performance occorre verificare in che misura sono tenuti presenti da parte di alcune nazioni e organismi internazionali nel delineare indicatori di performance del processo di erogazione dei servizi per la cura della salute e di promozione più complessiva della salute di una nazione o di una comunità locale (Tabelle 1, 2, 3, 4)<sup>1</sup>. I due obiettivi principali che devono essere perseguiti in tali contesti sono (WHO, OECD):

- a) l'efficienza e la sostenibilità macroeconomica (definire il corretto livello di spesa pubblica ad esempio) e l'efficienza microeconomica nella gestione locale dei servizi e dei processi;
- b) l'equità di accesso ai servizi sia per quanto riguarda una omogenea previsione di compartecipazione alla spesa sia per quanto riguarda la buona accessibilità sul territorio dei servizi.

<sup>1</sup> IOM, *Institute of Medicine*; NSF, *National Service Frameworks*; NICE, *National Institute for Clinical Excellence*; CHI, *Commission for Health Improvement*; NPSA, *National Patient Safety Agency*; NPF, *National Performance Frameworks* (del Public Service Agreement between the UK Treasury and Health Departments); HC, *Health Canada*; CCHSA, *Canadian Council for Health Services Accreditation*; NQI, *National Quality Institute*; CMA, *Canadian Medical Association*; NHPC, *National Health Performance Committee*; ACSQHC, *Australian Council for Safety and Quality in Health Care*; NHPAC, *National Health Priority Action Council*; NICS, *National Institute of Clinical Studies*; NFQMR, *National Forum for Quality Measurement and Reporting* (The Quality Forum, following the 1997 President's Commission on Consumer Protection and Quality in Health Care); IOM, *Institute of Medicine*; AHRQ, *The Agency for Health Research and Quality* (per produrre un National Quality Report insieme all'IOM); JCAHO, *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*; HEDIS, *the Health Plan Employer Data and Information Set* (del National Committee for Quality Assurance), EHSPI, *Enhancing Health System Performance Initiative* (del WHO).

## UN QUADRO DEI PRINCIPALI SISTEMI SANITARI EUROPEI

Tabella 1. Sintesi di due approcci internazionali alla misurazione di performance.

	WHO	OECD
<b>Modello di misurazione delle performance</b>	Modello caratterizzato da 5 indicatori inerenti i 3 principali obiettivi dei sistemi sanitari: migliorare le condizioni di salute, assicurare una buona risposta ai bisogni della popolazione, garantire l'equità del finanziamento	Modello caratterizzato da 6 indicatori principali inerenti i 3 principali obiettivi dei sistemi sanitari (migliorare le condizioni di salute, assicurare una buona risposta ai bisogni della popolazione, garantire l'equità del finanziamento) mediante i loro valori medi e la loro distribuzione.
<b>Fondamenti concettuali del modello</b>	Definire gli ambiti di competenza dei sistemi sanitari (e le relative azioni), gli obiettivi, l'efficienza del sistema e le sue funzioni	Definire la qualità, l'equità (dei risultati di salute, di accessibilità servizi e finanziamento) e l'efficienza del sistema a livello macro e micro.
<b>Effectiveness</b>	Migliorare i risultati di salute, le performance del sistema e l'efficienza.	Migliorare i risultati di salute.
<b>Qualità</b>	Sottoinsieme del raggiungimento degli obiettivi (livelli medi salute e responsabilità).	Livelli di raggiungimento di risultati di salute e dalla capacità di risposta del sistema.
<b>Gestione e politica</b>	Campo di applicazione della responsabilità sui tre livelli sopra esposti; EHSPI; supporto per tutte le nazioni.	Analisi delle performance dei sistemi sanitari; confronti internazionali per guidare il miglioramento e la standardizzazione dei processi di erogazione dei servizi.

Tabella 2. Sintesi dell'approccio in atto in alcune nazioni al tema della promozione e della misurazione delle performance dei sistemi sanitari

	UK	Canada	Australia	USA
<b>Tipo di servizio sanitario</b>	Sistema statale, con scelta recente di delegare responsabilità ai diversi attori del sistema; finanziamento da fondi pubblici.	Sistema federale, (autonomia statale e provinciale) con principi e fondamenti comuni; finanziamento misto con prevalenza di fondi pubblici.	Sistema federato, ruoli distinti e complementari di stato e regioni; soggetti sia pubblici che privati; finanziamento misto.	Sistema eterogeneo con regolamenti sia statali che federali; soggetti e finanziamenti a prevalenza privati.
<b>Struttura del sistema di misurazione delle performance</b>	Modello nazionale omogeneo, con un set di indicatori e di obiettivi riguardanti 6 aree; molto radicato l'uso locale degli indicatori di performance.	Modello nazionale omogeneo, con indicatori di performance integrati da indicatori per le comunità e le caratteristiche del sistema sanitario	Sviluppo in corso di un modello di valutazione; riguardante 9 dimensioni comprendendo input, output ed outcome.	Scarsa omogeneità nazionale; modello di IOM su 6 aree; numeroso set di indicatori operativi.
<b>Fondamenti concettuali del sistema di misurazione delle performance.</b>	Basato su balanced scorecard; rappresentato in termini di performance e classificato con il sistema a "stelle".	Basato su utilizzo, confrontabilità, disponibilità e diffusione di informazioni e funzionamento del sistema sanitario.	Basato su interrelazione tra performance del sistema, determinanti della salute, stato di salute ed outcome.	Orientato alla diffusione dei risultati e delle performance agli acquirenti di prestazioni ed ai cittadini.
<b>Strumenti per il cambiamento ed il miglioramento delle performance.</b>	Controlli, responsabilizzazione ed autonomia, utilizzo di indicatori di benchmarking; incentivi economici.	Benchmarking, responsabilizzazione, programmazione, misurazione; il tutto fondato su un potente sistema informativo.	Incentivi a professionalità mediante benchmarking, responsabilizzazione e competizione; utilizzo locale di incentivi economici.	Competizione fondata sulla qualità e sulla libertà di scelta degli erogatori di servizi.
<b>Promozione della qualità delle cure</b>	Qualità come principale priorità; clinical governance. (NSE, NICE, CHI, NPSA, NPF).	Continuo miglioramento della qualità come priorità (HC, CCHSA, NQI, CMA).	Misurazione delle performance parte integrante del sistema (NHPC, ACSQHC, NHPAC, NICS).	Pubblicizzazione di informazioni sulla qualità (NFQMR, IOM, HRQ, JCAHO, HEDIS).
<b>Dare al sistema obiettivi di good practices</b>	Assicurare ai cittadini l'accesso a cure tempestive e di alta qualità.	Promuovere la salute, l'accessibilità ai servizi, la qualità.	Definire in modo esplicito le performance in termini di qualità.	Promuovere la qualità dei processi di cura ed i loro risultati.

Tabella 3. Aspetti di qualità, effectiveness e gestione coinvolti nel processo di promozione e di misurazione delle performance in UK, Canada, Australia, USA, WHO, e OECD

Livello del sistema	Aspetto della qualità	Strumenti per la qualità e la effectiveness	Aspetti gestionali per orientare il sistema verso buone performance
Pazienti/ cittadini	Partecipazione dei pazienti	Importanza ai feedback dei pazienti e incremento del loro coinvolgimento nelle scelte strategiche, analisi dei bisogni e della customer satisfaction, formazione ed informazione dei pazienti.	Risposte ai feedback del sistema; condivisione del processo decisionale; valutazione periodica dei servizi, previsione dei bisogni e riallineamento priorità.
Professionisti	(a) Auto controllo e governo clinico (clinical governance)	Educazione medica continua anche a partire da esperienze negative; coinvolgimento in gruppi di lavoro multidisciplinari; ruolo guida nella valutazione della qualità.	Formazione continua; sintonia tra processi ed outcome; promozione di scambi professionali e di eccellenza; gestione del rischio clinico; cultura di squadra; informazione
	(b) controllo esterno	Audit clinico; pratica basata su evidenze, protocolli e linee guida; periodica verifica di mantenimento competenze professionali, definizione di obiettivi e di indicatori di performance.	peer review tra professionisti; definizione di linee guida per la gestione delle patologie principali; certificazione di qualità professionale; individuazione di criticità.
Erogatori di servizi	(a) Auto controllo	Promozione continua della qualità; sistemi informativi e di misurazione delle performance per valutare il processo di erogazione dei servizi; strumenti integrati di assistenza territoriale per popolazioni target.	Promozione della qualità dei processi e degli outcome; reperimento informazioni per governo dei servizi; riorganizzazione dei servizi per la continuità delle cure.
	(b) controllo esterno	Accreditamento e certificazione; pubblicazione di dati di performance, benchmarking utilizzo di indicatori standardizzati.	Mantenimento di standard elevati; condivisione di best practices; riconoscimento della qualità.
Acquirenti di servizi (ASL, Assicurazioni)	Regime di promozione complessiva della qualità	Incentivi economici; gestione integrata dei servizi; indici di qualità per confronto programmi e fornitori di servizi.	Riconoscimento di miglioramenti; affronto di inefficienze; scelta rapida, di buoni erogatori di servizi.
Governi	Approccio omogeneo su base nazionale	Riforme, regolamentazione miglioramento; definizione di priorità, e di un sistema di obiettivi di performance e di standard di cura; strategie di erogazione di servizi orientati a continuità delle cure; leggi per la protezione dei diritti dei cittadini; valutazione delle tecnologie sanitarie; responsabilizzazione delle parti interessate; incentivi finanziari e di altra natura; sistema nazionale di valutazione della qualità.	Capacità di coordinamento; concentrazione su principali attività, definizione di standard di qualità e di sicurezza; approccio basato su continuità delle cure e gestione coordinata di servizi; riduzione di asimmetria informativa, errori e contenzioso; diffusione rapporti sulle performance; approccio orientato a efficacia, efficienza ed equità; scelte politiche fondate su valutazione.

Tabella 4. Indicatori di 'effectiveness' all'interno di valutazione delle performance.

Indicatore di performance	Nazione/Istituzione non governativa	Livello di misura	Tipo di misura	Processo di sistema od obiettivo
% bambini vaccinati a 2 a. per morbillo, parotite rosolia, difterite	UK	Nazionale, Regionale, ASL	Processo	Prevenzione patologie infettive e promozione della salute nell'infanzia.
% pazienti dimessi entro 56 giorni da accettazione urgente per stroke, >= 50 a, standardizzazione per età e sesso	UK	Nazionale, Regionale, ASL.	Outcome/risultato	Gestione efficace del caso, riduzione della degenza e riabilitazione per gli anziani.
Accettazioni urgenti per asma e diabete, standardizzazione per età, sesso	UK	Nazionale, Regionale, ASL.	Outcome/risultato	Gestione territoriale da parte delle cure primarie di patologie croniche e loro riacutizzazioni.
Tasso decessi per malattia ipertensiva, 50-64a, standardizzazione per età	Canada	Nazionale, Regionale, Provinciale, Territoriale.	Outcome/risultato	Efficacia nell'evitare morti per patologia potenzialmente trattabile farmacologicamente.
Tasso morti intraospedalieri a 30 giorni da 1ª accettazione urgente per infarto miocardico acuto	Canada	Nazionale, Regionale, Provinciale, Territoriale.	Outcome/risultato	Misura della efficacia dei servizi ospedalieri.
Educazione su prevenzione di infezione HIV sessualmente trasmessa	Australia	Nazionale, Regionale, ASL.	Outcome/risultato	Promozione di comportamenti e stili di vita salutari.
Denunce di malattia infettiva per morbillo 0-14 anni e indice copertura vaccinale	Australia	Nazionale, Regionale, ASL.	Outcome/risultato	Buona gestione della sanità pubblica e delle cure primarie.
% donne 50-69 a. in campagne screening tumore al seno	Australia	Nazionale, Regionale, ASL.	Processo/outcome	Prevenzione secondaria dei tumori.
Screening con pap test per tumore a cervice uterine, e riduzione morti	USA	Nazione, stato, programma locale.	Processo/outcome	Prevenzione secondaria dei tumori ed efficacia degli interventi.
% diabetici con press. arteriosa < 140/90 mm Hg	USA	Nazione, stato, programma locale.	Outcome/risultato	Buona gestione patologie croniche anche ad alta prevalenza.
% pazienti residenziali con ulcere decubito > di certa gravità	USA	Nazione, stato, programma locale.	Outcome/risultato	Buona gestione della patologia cronica e terminale.
Procedure effettuabili per > 20% popolazione (es. angiografia coronaria)	USA	Nazione, stato, programma locale.	Processo/outcome	Evitare l'iperutilizzo specifiche procedure e riduzione loro inappropriatezza.
Misura di condizioni salute mediante DALE*	WHO	Internazionale, nazionale.	Outcome/risultato	Miglioramento delle condizioni di salute in una popolazione.
Peso patologia in DALYs (per patologia, sesso, causa di morte)	WHO	Internazionale, nazionale.	Outcome/risultato	Miglioramento delle condizioni di salute in una determinata popolazione.
Indice performance complessivo	WHO	Internazionale, nazionale.	Outcome/risultato complesso	Efficienza.
Mortalità infantile	OECD	Internazionale, nazionale.	Outcome/risultato	Miglioramento in condizioni di salute con riduzione morti
Ospedalizzazione evitabile per cause	OECD	Internazionale, nazionale.	Outcome/risultato	Miglioramento di salute e riduzione ricoveri evitabili.
Aspettativa vita a 65 a.	OECD	Internazionale, nazionale.	Outcome/risultato	Miglioramento condizioni di salute.

\* DALE, disability-adjusted life expectancy - misura gli anni di aspettativa di vita in condizioni di buona salute/liberi da malattia; DALYs, disability-adjusted Life Year - 1 DALY rappresenta la perdita di 1 anno di vita in piena salute. Questo indicatore somma sia gli anni di vita persi per morte sia quelli trascorsi in condizioni di disabilità.

Una volta delineate le caratteristiche metodologiche principali dei sistemi di valutazione della qualità dei sistemi sanitari a livello mondiale è ora utile descrivere le linee principali di tali sistemi di valutazione in alcuni Paesi europei emblematici perché frequentemente indicati come punti di riferimento per ciò che concerne la sanità. Come si potrà notare, ogni sistema presenta una sua coerenza rispetto "bilancio di salute" del singolo Paese ed è sempre funzionale ad obiettivi di sistema individuati per un periodo di tempo definito.

Va sottolineato che la quasi totalità degli organismi tecnici deputati alla valutazione, seppure centrali, sono dotati di grande autonomia da parte dei singoli Governi.

#### Francia

La *Haute Autorité de Santé* (HAS) – o l'Autorità Nazionale Francese per la Salute – è stata istituita nell'agosto del 2004 da parte del governo francese, al fine di riunire sotto un unico tetto una serie di attività volte a migliorare la qualità della cura del paziente e di garantire l'equità all'interno del sistema sanitario. La HAS porta avanti diverse attività. Esse vanno dalla valutazione di farmaci, di dispositivi medici alle procedure per la pubblicazione delle linee guida per l'accreditamento di organizzazioni di assistenza sanitaria e di certificazione dei medici. Tutte sono basate su conoscenze scientifiche acquisite rigorosamente. Fanno parte del programma di lavoro anche la formazione per sulla qualità e la fornitura d'informazioni.

La HAS non è un organo di governo. Si tratta di un organismo pubblico indipendente che provvede a finanziarsi in modo autonomo. Lavora strettamente con le agenzie sanitarie del governo, con fondi di assicurazione sanitaria nazionali, con organismi di ricerca, con unità di operatori sanitari e con i rappresentanti dei pazienti ed è stata costruita seguendo tre principi fondamentali:

- ampio campo d'azione, il che significa che si possono paragonare una serie di iniziative di assistenza sanitaria;
- alto grado di rigore scientifico;
- alto grado di indipendenza.

Fra tante attività, quella che sicuramente si preoccupa maggiormente della valutazione della qualità nel sistema sanitario e negli ospedali è l'EPP - *Évaluation des pratiques professionnelles*. L'EPP è un sistema organizzato ed ha come scopo quello di migliorare le pratiche, confrontare le performance delle pratiche e i risultati ottenuti seguendo le raccomandazioni professionali. Obiettivo principale dell'EPP è quello di valutare le pratiche professionali per migliorare la qualità delle cure per i pazienti. L'EPP può ricoprire diverse mo-

dalità: revisione mortalità - morbosità, seguita da indicatori, riunioni di consultazione multidisciplinare, reti di assistenza sanitaria, modalità cliniche, ... Inoltre, punta ad essere un sistema più integrato con le pratiche cliniche in modo da attuare delle regolari analisi sulle pratiche del team medico-curante. L'istituzione può scegliere diverse modalità a seconda della valutazione da eseguire e degli obiettivi da raggiungere.

#### Germania

Nel contesto sanitario generale, la GBE (Controllo sanitario federale) offre la possibilità di usufruire di una grande quantità di dati, i quali provengono da diverse fonti come gli uffici di statistica federali o dei singoli Paesi o anche da altri istituti del sistema sanitario. I grafici, i testi e le tabelle che vengono messi a disposizione dalla GBE permettono oltre all'interpretazione dei risultati, di ottenere tutte le informazioni che riguardano il sistema sanitario.

Il controllo sanitario federale basa i propri concetti su quattro pilastri fondamentali:

- report sanitario;
- report speciali;
- sistema d'informazione di controllo sanitario del governo federale (IS - GBE);
- metodi di progetti di ricerca.

Questi quattro fattori non sono indipendenti, ma sono legati l'uno all'altro e si completano a vicenda in modo significativo. Come già detto in precedenza il primo report sanitario fu sviluppato nel 1998, come risultato di un'analisi effettuata sulle componenti più rilevanti del sistema sanitario tedesco, portata a termine da 170 esperti e tecnici<sup>2</sup>.

Oltre ai report base esistono alcuni report che vengono definiti come speciali, che riguardano solo alcuni tipi di utenti. L'assegnazione dei temi, indipendentemente dal fatto che riguardino report di base o speciali, viene fatta in conformità con:

- l'importanza della questione per lo sviluppo dei servizi sanitari;
- la dinamicità del report;
- la ricerca, la politica e le priorità d'interesse pubblico.

In tale contesto l'IDG è l'Ufficio federale di statistica; è un'organizzazione che si occupa di copertura sanitaria, di ricerca sanitaria e di tutti gli aspetti di

<sup>2</sup> Nel 1999 si diede vita a due report speciali riguardanti Allergie e Assistenza ambulatoriale e ricoveri e loro iterazione. Entrambi sono stati inseriti nel contesto del progetto di sviluppo del centro d'informazione e documentazione di "informazione sanitaria" (IDG), tecnologie di infrastrutture per dati sanitari.

analisi e di valutazione dei dati. Inoltre, si occupa di una serie di compiti, legati a consigli e informazioni da dare in risposta alle domande effettuate dagli utenti, riguardanti la copertura sanitaria. Il nucleo del sistema d'informazione di copertura sanitaria del governo federale (IS - GBE), funge da ponte con gli altri prodotti del report sanitario (GBE) del governo federale.

Per poter utilizzare questi indicatori deve essere raggiunto un determinato numero di criteri di qualità rappresentati da *pertinenza, qualità, validità* e soprattutto *attendibilità, coerenza, confrontabilità, praticabilità*.

Gli indicatori GBE permettono di analizzare le seguenti aree del sistema sanitario tedesco:

- condizioni del sistema sanitario: l'obiettivo principale di questa tipologia di indicatori è rilevare i fenomeni che agiscono nel sistema sanitario e da questi trarre degli sviluppi volti a migliorare le condizioni;
- situazione sanitaria: riguardano le caratteristiche fisiche, mentali e di benessere della popolazione o particolari situazioni d'interesse sanitario della popolazione. I più usati sono, *la durata della vita, la mortalità, risultati delle cure*;
- comportamenti e rischi sanitari: riguardano stress e rischi per la salute, le dimensioni dei rischi sanitari, il modo in cui comportarsi per far fronte a tali rischi che comprendono non solo i rischi per la salute ma anche quelli ambientali e sul lavoro. I principali indicatori di questa categoria sono: *consumo di tabacco, consumo di alcool, consumo di droghe*;
- malattie: questi indicatori hanno una composizione abbastanza articolata. Si parte dalle caratteristiche della malattia, *insorgenza, diffusione, aspetto, trattamento, controllo*; si passa poi alle conseguenze, che possono essere di *tipo individuale* e di *tipo socio-demografiche*; i rischi che riguardano *il modo di operare, la diffusione e la prevenzione*; infine i servizi e gli aiuti, *occupazione, qualità e utilizzo*;
- risorse di assistenza sanitaria: obiettivo primario è quello di sviluppare le strutture del sistema sanitario. I tipi di indicatori presenti in questo settore includono aspetti riguardanti i servizi offerti dal sistema sanitario come *equità di domanda, accessibilità, qualità strutturali, ecc*;
- benefici e utilizzo dei servizi sanitari: obiettivo principale è la salute, ovvero la lunghezza della vita. Come obiettivi intermedi ci sono la prevenzione di rischi e danni e lo sviluppo delle prestazioni dei vari istituti, efficienza, disponibilità e qualità dei servizi sanitari. Indicatori più importanti sono: *Garanzia di qualità, Processo di qualità* del quale fanno parte la qualità dei fattori di produzione e il tipo e la portata del trattamento, *Utile di qualità* che si divide in effetti avversi al trattamento e beneficio delle prestazioni.

## Olanda

In Olanda la scelta degli indicatori di performance viene fatta in linea di principio d'intesa con il ministero della salute. Esistono all'incirca 125 indicatori che permettono di spiegare un numero massimo di aspetti dell'assistenza sanitaria: tuttavia, negli anni 2003-2004 il ministero della salute ha identificato 26 indicatori principali per il sistema sanitario olandese, fondamentali per determinare le performance e il livello attuale della sanità.

I 26 indicatori principali sono classificati in tre sistemi di obiettivi:

- accesso: libertà di scelta, tempestività, barriere sociali e finanziarie, barriere geografiche, personale;
- costi: macro costi, mercato orientato nel settore sanitario, produttività, posizione finanziaria delle organizzazioni sanitarie;
- qualità: efficacia, sicurezza, accreditamento, innovazione.

In particolare per ciò che concerne le 4 categorie inerenti la qualità si osserva che:

1. Efficacia: l'efficacia di prevenzione, di cura e di assistenza riflettono la misura in cui le cure sanitarie prestate raggiungono i loro obiettivi. Si è soliti separare l'efficacia dall'efficienza. La prima denota il "miglioramento di salute" dovuto ad interventi d'assistenza sanitaria sotto circostanze ideali o teoriche, la seconda denota l'effettivo miglioramento di salute come il risultato di un intervento.
2. Sicurezza: la sicurezza del paziente è finalizzata alla prevenzione di danni involontari e iatrogeni ai pazienti durante un'attività medica o derivati da una cura.
3. Accreditamento: il *Dutch Quality of Care Institutions Act (Kwaliteitswet zorginstellingen (Kzi))* è entrato in vigore nel 1996. Questa legge stabilisce che le istituzioni sanitarie siano responsabili di fornire assistenza sulla base di autoregolamentazione controllata. Per realizzare questo, le istituzioni devono organizzare i loro servizi in un certo modo sistematico e devono effettuare monitoraggio, controllo e promozione della qualità delle cure. Un modo per farlo è attraverso un sistema integrato di qualità (IGZ, 2002b). Per i singoli professionisti sanitari, i regolamenti sono inclusi nella scheda *Health Care Professions Act (Wet BIG)*.
4. Innovazione: l'applicazione delle innovazioni possono consentire un più efficace trattamento delle condizioni esistenti, mantenendo così la salute della popolazione olandese ad un alto livello. L'innovazione nelle cure può portare a diversi tipi di miglioramento. In primo luogo, il miglioramento dei metodi di diagnosi e di terapia possono consentire diagnosi più rapide ed accurate, trattamenti più rapidi e più efficaci e ridurre le complicazioni

durante il recupero. In secondo luogo, l'attuale uso del sistema ITC dei Paesi Bassi nel settore sanitario dà un buon contributo alle metodologie biotecnologiche e nanotecnologiche. Infine, le innovazioni di processo, che coinvolgono principalmente la riorganizzazione dei processi di cura.

### Spagna

L'obiettivo principale del piano di qualità del sistema nazionale sanitario è superare le sfide che tutti ogni giorno possono incontrare, incrementando la coesione del sistema, assicurando equità all'interno del sistema e garantendo la massima qualità delle cure.

Il piano di qualità si divide in 6 macro-aree d'intervento:

- salute e prevenzione: il sistema sanitario è principalmente orientato verso la promozione della salute e la prevenzione delle malattie. Questo presuppone una concezione integrale della salute per la quale i servizi sanitari contengono azioni di promozione e prevenzione per l'assistenza, le cure, la riabilitazione e le cure palliative;
- equità: si contraddistinguono due campi, politiche sanitarie e salute e genere. La parte inerente la politica sanitaria si occupa di descrivere, analizzare e confrontare le informazioni sulle politiche, sui programmi e sui servizi sanitari. La parte riguardante la salute e il genere analizza le politiche sanitarie e propone misure per ridurre i casi di non equità concentrandosi sulle diversità causate dal sesso della persona;
- risorse umane: la pianificazione e lo sviluppo delle risorse umane nel settore sanitario sono uno strumento chiave per promuovere la qualità delle cure. Una buona pianificazione porta dei miglioramenti nei sistemi d'informazione delle risorse umane, conoscere le necessità a medio lungo termine degli specialisti e un miglioramento della formazione delle unità-docente;
- eccellenza clinica: l'obiettivo di questa strategia è assicurare trattamenti sanitari d'eccellenza, più personalizzati e più centrati sulle necessità del paziente; per questo è necessario concentrare gli sforzi e appoggiare i professionisti in tutto quello che contribuisce a favorire l'eccellenza clinica;
- tecnologia e informazione: include l'utilizzo della tecnologia d'informazione per migliorare le cure dei cittadini;
- trasparenza: il sistema informativo del Sistema Sanitario Nazionale (SI - SSN), è uno degli elementi chiave per affrontare le sfide derivanti dalla nuova realtà organizzativa del Sistema Sanitario Nazionale. SI - SSN deve basarsi su tecniche indiscutibili e di elevata credibilità, assumendo una posizione di neutralità all'interno del Sistema Sanitario Nazionale.

Tutto questo lavoro viene effettuato adottando uno sforzo continuo di trasparenza. Due altri aspetti sembrano rilevanti nel sistema della qualità spagnolo: la valutazione dell'eccellenza clinica e del risk adjustment;

- eccellenza Clinica – Tecniche e procedure di valutazione: in Spagna, negli ultimi dieci o quindici anni, in alcune Comunità Autonome, sono emersi gruppi, istituti, team e agenzie coinvolte nella valutazione delle tecniche sanitarie. Questi gruppi hanno raggiunto un livello più che accettabile di sviluppo e di influenza nei rispettivi settori e sono stati dotati di un sistema di coordinamento, che in alcuni casi gli ha consentito di operare come una rete.

Inoltre, nei centri sanitari e negli ospedali è cresciuto l'interesse dei professionisti e dei dirigenti per queste valutazioni. Il Ministero della Sanità e del Consumo, attraverso l'Agenzia di Valutazione delle Tecniche Sanitarie dell'*Instituto Sanitarios Carlos III*, sviluppa attività di valutazione di grande interesse per il Sistema Sanitario Nazionale. Riconosciuta l'importanza di questa attività, si è stabilita la necessità di rafforzarne lo sviluppo in tutto il Sistema Nazionale Sanitario in collaborazione con le altre Agenzie e con le Unità di valutazione delle tecniche sanitarie delle Comunità Autonome.

Questo ramo della sanità ha come obiettivi:

- proporre criteri e metodologie per rilevare e monitorare l'evoluzione di nuove tecniche e procedure;
- progettare un piano di valutazione delle tecniche sanitarie per il SSN;
- estendere la cultura della valutazione tra i medici e i dirigenti e formare gli operatori addetti alla valutazione;
- rafforzare gli strumenti a disposizione del SSN per valutare tecniche e procedure in campo sanitario.

I risultati delle valutazioni, purtroppo, non sono ancora stati pubblicati.

- *Risk adjustment* nella valutazione dei servizi per la salute: l'Agenzia di Valutazione delle Tecniche Sanitarie dell'*Instituto Sanitarios Carlos III* ha effettuato una ricerca sul sistema di aggiustamento del rischio per la valutazione dei servizi sanitari molto interessante dal punto di vista statistico. Lo scopo è quello di esplorare, identificare e presentare modelli di aggiustamento del rischio con il fine di descrivere, valutare e confrontare l'efficacia dei servizi sanitari e decifrare in quali aree dell'assistenza sanitaria può essere prioritario sviluppare sistemi o modelli di aggiustamento.

Attraverso una ricerca sulla letteratura scientifica biomedica nella base dati MEDLINE e una ricerca manuale in complemento alla precedente sono stati identificati i criteri di inclusione delle variabili nei modelli, che sono:

- modelli che includono come variabile dipendente i risultati legati allo stato

di salute in due possibili dimensioni; Tra questi figurano i risultati clinici e i risultati percepiti dal paziente. Tra i primi ci sono la mortalità, la morbosità, le complicazioni cliniche o chirurgiche, effetti avversi o secondari dei procedimenti utilizzati. Tra i secondi i valori sulla qualità della vita, soddisfazione per i servizi sanitari e lo stato funzionale.

- modelli che includono come variabili indipendenti, o predittori, le caratteristiche dei pazienti: caratteristiche sociodemografiche, fattori di rischio clinici e gravità delle patologie.
- modelli sviluppati dalla forma originaria.

I modelli vengono applicati in ambito ospedaliero, extra-ospedaliero e per i centri sociosanitari. Le fonti da cui si prendono i dati che verranno utilizzati per l'elaborazione dei modelli sono divise in tre categorie:

1. BDA: sistema d'informazione sanitaria creato originalmente con fini amministrativi per il controllo e la gestione dei vari stabilimenti, che includono informazioni che potrebbero essere utilizzate nella ricerca e nei servizi sanitari.
2. BDC: fonte di dati generata in modo specifico per raccogliere in modo efficiente informazioni su una patologia o un gruppo patologico, su un processo o procedimento assistenziale o intervento sanitario, definite per una popolazione specifica da cui derivano i dati.
3. Raccolta di informazioni specifiche per lo studio: sono inclusi gli studi che implicano la raccolta primaria delle informazioni da parte degli autori come revisione delle cartelle cliniche, il completamento dei questionari per parte dei pazienti e la ricerca di altri tipi d'informazione.

#### Svizzera

L'UFSP (Ufficio Federale della Sanità Pubblica) si occupa della promozione della salute di tutte le persone residenti in Svizzera. La sua strategia consiste, da un lato, nel sensibilizzare i singoli all'assunzione di comportamenti responsabili per salvaguardare il benessere fisico e, dall'altro, nell'affrontare in modo globale e razionale la promozione, la prevenzione, la tutela della salute, nonché la cura delle malattie e degli infortuni. L'UFSP contribuisce in misura decisiva affinché la popolazione possa condurre una vita in buona salute. La prassi della valutazione in seno all'UFSP risale al 1987. Infatti, questa tematica è stata affrontata per la prima volta all'insorgere dell'AIDS, ai fini di un esame sistematico della strategia nazionale di prevenzione. Successivamente, lo strumento della valutazione iniziò lentamente ad imporsi nel settore dell'AIDS; l'UFSP lo estese anche alle misure profilattiche contro le droghe illegali, l'alcool e il tabacco.

Oggi, la valutazione è uno strumento importante dell'UFSP per migliorare l'efficacia dell'intervento statale. Essa fornisce un contributo importante per la gestione delle attività dell'UFSP mediante la preparazione mirata di basi scientifiche finalizzate alla pianificazione, alla realizzazione e all'ottimizzazione di politiche, programmi e progetti.

La valutazione favorisce inoltre la comprensione dei nessi causali e del contesto relativi all'intervento: offre cioè informazioni che, tra l'altro, servono a migliorare l'organizzazione e quindi deve essere favorita in tutti i settori dell'Ufficio nell'ambito di progetti, programmi e politiche.

Il CCE (*Centre de Compétence en Evaluation*) è il centro di servizi integrato nella Sezione politica di ricerca, valutazione e rendiconto dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Al servizio della Direzione e dei suoi ambiti specifici, il CCE funge da tramite con il mondo scientifico per tutte le attività di valutazione.

Principali compiti e prestazioni del CCE: sono:

- promuovere una cultura della valutazione all'interno dell'UFSP;
- incoraggiare l'autovalutazione sistematica;
- offrire un servizio di consulenza per le questioni inerenti alla valutazione all'interno dell'UFSP;
- elaborare per l'UFSP un concetto di formazione nell'ambito della valutazione e portarlo a realizzazione;
- elaborare all'attenzione della Direzione, delle diverse unità e dei responsabili dei progetti, le basi necessarie a garantire la valutazione dei principali progetti, programmi e politiche;
- gestire i contratti con i periti (valutatori) esterni (gestione dei contratti);
- garantire la definizione e l'applicazione di standard qualitativi nell'ambito della pianificazione e dell'esecuzione delle valutazioni (garanzia della qualità).

Fungere da intermediario tra i responsabili dell'UFSP e i valutatori (esterni), in particolare per quanto riguarda gli aspetti metodologici.

Analizzare e sintetizzare l'impiego dei risultati delle valutazioni: analisi e sintesi degli insegnamenti destinate all'UFSP.

Contatti in rete al di fuori dell'UFSP (contatti con altri Uffici federali, associazioni di categoria, ecc.) in merito al tema della valutazione.

I risultati della valutazione portano a misure concrete di miglioramento o adeguamento nei settori presi in esame. La valutazione fornisce dati concreti e utili in merito al raggiungimento degli obiettivi concordati ai vari livelli di pianificazione, in particolare per ciò che concerne il rischio clinico: si vuole passare ad una gestione di lungo periodo del rischio clinico, inizialmente concentrandosi sull'apprendimento e l'accettazione degli errori, in secondo

luogo creando un approccio sistematico evitando di considerare gli errori individualmente.

Con questa prospettiva, la Confederazione, le principali associazioni di salute, l'Accademia svizzera delle scienze mediche e il Canton Ticino hanno creato la Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti.

La Fondazione ha sviluppato diversi progetti, tra questi, dal punto di vista di analisi del rischio, il più importante prende il nome di progetto ERA, analisi sistematica degli incidenti durante il trattamento è un elemento centrale nella gestione del rischio clinico.

Nell'ambito di tale progetto, la Fondazione per la sicurezza dei pazienti ha sviluppato un metodo per analizzare gli incidenti, che è stato applicato per la prima volta in un caso empirico in un ospedale svizzero. Si tratta di un errore nella preparazione di anestesie locali, che hanno portato a gravi conseguenze per il paziente a cui sono state somministrate. Lavorando in stretta collaborazione con il personale ospedaliero, sono state notate prima le diverse fasi del processo, poi sono stati individuati e ponderati sistematicamente i punti critici (rischio di errore) e le possibili cause. Su questa base, sono state poi sviluppate le raccomandazioni e le priorità per l'azione.

Il modello sviluppato in questo progetto si basa su due strumenti: l'analisi delle modalità di fallimento, i loro effetti e le loro criticità (FMEA) e l'analisi delle cause (*Root Cause Analysis, RCA*). Impiegate per la prima volta nel progetto pilota ERA1, questo metodo permette di analizzare i gravi incidenti, al fine di identificare le fonti degli errori sistematici e di proporre opportunità per il miglioramento.

### Inghilterra

Il Sistema Nazionale Sanitario (NHS) è stato istituito nel 1948 ed oggi è la più grande organizzazione a livello europeo. Il NHS si impegna a lavorare per migliorare la qualità dei servizi e per ridurre al minimo gli errori. Professioni e organizzazioni di assistenza sanitaria, stabiliscono metodi per individuare le procedure che devono essere modificate, abbandonate o sostituite che portano a un miglioramento dal punto di vista della qualità nella cura del paziente.

Rilevante è in questo senso l'istituzione dell'HES: è il data warehouse statistico nazionale per l'Inghilterra delle cure fornite dagli ospedali NHS. L'HES è la fonte di dati per una vasta gamma di analisi delle cure per il NHS, per il governo e altre organizzazioni e per individui.

La sezione di qualità dei dati fornisce informazioni sulla qualità e sulla completezza ai vari stadi. HES produce reports su Indicatori di qualità dei dati (DQI), *Check-in reports, Autoclean reports*.

I reports sui DQI forniscono una sintesi della qualità dei dati HES e permettono d'identificare i problemi da sottoporre ai fornitori di dati.

Gli indicatori di qualità dei dati vengono prodotti prendendo in considerazione 15 componenti rilevanti il data set HES. Per la maggior parte dei gruppi, le componenti misurano la proporzione di records all'interno delle sezioni NHS che hanno un codice valido all'interno di tutti i campi.

Il metodo di produzione degli DQI ha il vantaggio di essere semplice e diretto e non si basa su giudizi soggettivi come dati "buoni" o "cattivi".

Ogni componente è misurata in un range da 1.00 a 0; dove 1 indica che tutti i records all'interno dell'organizzazione hanno codici validi in tutti i campi usati per formare una componente particolare e 0 riflette il fallimento in ogni singolo campo. (0 suggerisce la presenza di errori a carattere sistematico che hanno reso impossibile trasmettere i dati nei campi corretti).

Nel 1993 viene istituito poi l'"*High Level Performance System*", benchmark tra strutture sanitarie fino al varo, nel 2000 del "*NHS Plan*".

Tale piano prevede la costruzione di graduatorie delle strutture sanitarie basate su una misura sintetica (star rating) come atto finale di un processo decennale di valutazione avente come scopo un miglioramento della qualità del servizio. Nel 2002 il "*NHS reform Act 2002*" attribuisce potere alla *Commission for Health Improvement (CHI)*, preposta al miglioramento delle qualità delle strutture sanitarie. Fu stabilito che le graduatorie dovevano essere costruite sia sulla base degli indicatori posti dal NHS sia in base alle priorità del Governo. Onde semplificare l'interpretazione furono scelti pochi indicatori chiave e una serie di indicatori complementari.

Lo scopo di avere un'unica graduatoria, che si esprime in valutazioni sintetiche per ogni struttura sanitaria, ha diversi obiettivi che si inquadrano nell'intendimento generale di legare la valutazione della qualità al "benchmark": la disponibilità di un'unica graduatoria favorisce il miglioramento della qualità proprio per la trasparenza al pubblico dei risultati. In tal modo si intende pervenire ad un giudizio sintetico a partire dagli indicatori dell'NHS sulle strutture sanitarie e dal giudizio sulla "*clinical governance*" delle strutture sanitarie da parte della CHI.

Per ciò che concerne il primo aspetto gli indicatori possono essere suddivisi sulla base del tipo di struttura sanitaria considerata: concentrandosi su ospedali più acuti a riguardo di centri ambulatoriali, ospedali psichiatrici, ospedali pediatrici, ospedali per acuti.

Gli obiettivi chiave riguardano efficienza, efficacia e customer satisfaction in funzione di aspetti quali:

- capacità e abilità, per mostrare quali sono le risorse della struttura sanita-

ria, come lavora ed è trattato il personale, e com'è la sua programmazione e la qualità dei dati da esso raccolta;

- attenzione agli aspetti clinici, che descrivono l'effetto della cura attraverso outcome;
- attenzione al paziente, che descrive aspetti più legati ai bisogni dei pazienti, sia in tema di tempi di attesa, sia di customer satisfaction.

Ovviamente, viene classificato il rapporto esistente tra l'indicatore e l'obiettivo. Attraverso:

1. indicatori legati a soglie, che misurano il raggiungimento a fronte di un obiettivo prefissato;
2. riuscita/non riuscita, che descrivono in termini dicotomici il raggiungimento di un obiettivo;
3. intervalli di confidenza, ricavati da confronti descrivono l'intervallo di confidenza in cui con una certa probabilità cade il vero valore dell'indice;
4. percentuali, come punteggi componenti di indicatori elementari e complessivi;
5. cambiamento, per esprimere in termini dicotomici il raggiungimento o meno di un obiettivo al di fuori del controllo delle strutture sanitarie.

La fonte statistica è data sia da dati amministrativi, sia da una indagine campionaria che ha lo scopo di raccogliere informazioni a riguardo della qualità sui pazienti negli ospedali per acuti. Sono previsti metodi di standardizzazione indiretta per alcuni indicatori clinici quali: la morte entro 30 giorni dopo una operazione di bypass, la morte dopo 30 giorni dopo alcune particolari operazioni chirurgiche, nuovi ricoveri in emergenza dopo dimissioni e in generale e in particolare per neonati, dopo fratture del femore e per infarto.

Gli indicatori sono inoltre sottoposti ad una rigorosa valutazione di qualità dei dati. In particolare, per i dati di origine clinica in cui l'aspetto qualitativo è più cruciale, viene verificata la copertura dei dati ricevuti o la diversità fra i dati raccolti, oltre alla completezza di dati e all'esistenza di informazioni mancanti o invalide, la validità della codifica della morte.

La *Clinical governance* viene, invece, studiata secondo sette criteri: risk management, audit clinico, ricerca e insegnamento, coinvolgimento dei pazienti, gestione delle informazioni, coinvolgimento dello staff, formazione-training e sviluppo del personale. A ciascuno di questi aspetti viene assegnato un punteggio da 1 a 3.

Alla fine, sulla base dei valori emersi dagli indicatori e dai giudizi viene effettuata la valutazione delle strutture sanitarie.

Tabella 5. Sistemi di valutazione delle performance europee.

Paese	Tipo progetto	Caratteristiche progetto
Francia	Metodologia MSP	controllo statistico dei processi in sanità
		riduzione di variabilità dei risultati dei processi
	L'esperienza COMPAQH	utilizzo carte di controllo per verificare variabilità nei processi
		misura della performance interna temporale dell'istituto
Germania	Metodologie statistiche	coordinamento e miglioramento della misura di performance e utilizzo di indicatori di processo e di outcome
		giudizio sulle performance fatto per confronto interno agli istituti
	Offensiva ospedaliera	esperienza a carattere sperimentale
		confronti tra risultati delle cure tra i vari ospedali
Olanda	Sneller Better	miglioramento di trasparenza, efficacia e qualità delle cure
		primo pilastro: aumento conoscenza e consapevolezza
		secondo pilastro: miglioramento trasparenza e confrontabilità
Spagna	Valutazione qualità	terzo pilastro: diffusione pratiche migliori negli ospedali
		metodo "non originario" della Spagna
		modelli di risk adjustment
	Sistema di registrazione e notifica	analisi mortalità attraverso modelli logit
		utilizzo di modelli multilevel
Svizzera	Progetto ERA	apprendimento errori per non essere ripetuti in futuro
		orientamento a responsabilità sociale
		informazioni utili per migliorare la sicurezza
Inghilterra	Star Rating	informazioni sia su eventi avversi sia su incidenti ospedalieri
		analisi incidenti ospedalieri
		analisi modalità, effetti e criticità di fallimento
	Indicatori Performance	analisi delle cause
		graduatoria strutture sanitarie
Inghilterra	Star Rating	performance delle strutture segnalate da 1 a 4 stelle
		possibilità di effettuare confronti
	Indicatori Performance	possibilità per le strutture con poche stelle di migliorarsi
		descrizione del comportamento del NHS
Inghilterra	Indicatori Performance	rappresentazione grafica delle performance
		analisi di efficacia, di efficienza, di esperienza del paziente
		analisi di capacità e idoneità della struttura

Ad ogni organizzazione vengono assegnate da una a quattro stelle sulla base di un giudizio sintetico che comprende i valori degli indicatori e il giudizio sul governo clinico. La CHI ha regole precise per il benchmark, come i punteggi dello "star rating" che ridetermina ogni anno (in più casi 3 punti e 1 nella scala da 1 a 4).

- 3 stelle: più elevato livello di prestazione sia negli indicatori sia nei giudizi;
- 2 stelle: strutture sanitarie che hanno buone prestazioni in ogni settore ma non hanno uniformemente raggiunto standard elevati oppure possono avere avuto parametri ottimi negli obiettivi chiave ma non negli altri;
- 1 stella: più basso di prestazioni negli indicatori e piccoli progressi nel migliorare la governance clinica; sono ospedali che sono totalmente carenti in qualche aspetto.

Nessuna stella se un'organizzazione ha 0: ha fallito rispetto agli obiettivi chiave.

Una volta costruito l'indice sintetico di qualità si verifica la sua coerenza con i giudizi del CHI sulla governance clinica, la posizione della graduatoria delle strutture sanitarie, la stabilità nel tempo degli indicatori clinici, per i quali si valuta anche la correlazione tra posizione nella graduatoria e tasso di riospedalizzazione. Infine, viene verificata la correlazione tra le graduatorie e gli indicatori dell'indagine e la posizione complessiva degli ospedali.

La CHI fornisce una relazione che accompagna la valutazione pubblica, i punteggi e un rapporto sui singoli ospedali. Sulla base di questo, le organizzazioni si impegnano in un cambiamento e miglioramento.

La seguente tabella sintetizza quanto detto sui sistemi di valutazione delle performance a livello europeo.

### Lombardia

La Direzione Generale Sanità ha istituito un Osservatorio Regionale sulla Qualità<sup>3</sup>. In tale ambito, come metodo sistematico di valutazione ex-ante, è proposto e rappresentato dal "Programma triennale per l'implementazione del sistema di valutazione delle aziende sanitarie pubbliche e private", avviato nell'aprile 2004, allo scopo di sviluppare un programma di valutazione delle aziende sanitarie accreditate. All'interno di questa attività è stata prevista l'adozione, da parte di ospedali e ASL, di alcuni degli standard di qualità previsti dalla *Joint Commission International (JCI)*, l'agenzia che accredita

<sup>3</sup> D.G.R. VI/38121 del 6 agosto 1998.

la maggior parte delle strutture sanitarie statunitensi<sup>4</sup>, al fine di analizzare e standardizzare la qualità e la continuità dell'assistenza. Il sistema JCI prende in considerazione l'ospedale nella sua interezza come organizzazione complessa, organizzata e, come tale, l'accreditamento si rivolge necessariamente a tutta la struttura e non a una parte di essa. L'obiettivo di ciascun standard è, infatti, quello di individuare un comportamento o una serie di comportamenti che permettono di promuovere la qualità. Questi standard definiscono aspettative raggiungibili per le attività ospedaliere che coinvolgono la struttura, i processi e gli esiti; di conseguenza, dovrebbero essere in grado di consentire un'organizzata e finalizzata gestione delle attività di miglioramento.

Nella prima fase (triennio 2004-2007) il processo di valutazione ha interessato solo gli ospedali e si è concentrato sui comportamenti organizzativi, mentre nella seconda fase (triennio 2008-2010) la valutazione sarà estesa anche alle aziende sanitarie locali - arrivando così a coinvolgere complessivamente 190 ospedali pubblici e privati e 15 ASL - allo scopo di promuovere e diffondere progetti di qualità per il coordinamento assistenziale e per la continuità delle cure tra i vari erogatori.

Nel corso della prima fase, attraverso questi metodi di valutazione è stato già possibile rilevare alcune criticità organizzative e individuare le procedure più efficaci per mantenere e promuovere la qualità del servizio.

La collaborazione con JCI può quindi essere letta come la risposta all'obiettivo istituzionale della Regione di creare un processo continuo di miglioramento della qualità delle prestazioni e di aumentare il livello di soddisfacimento dei cittadini.

La Regione Lombardia supportata dal CRISP, Centro Ricerche Interuniversitario sui Servizi di pubblica utilità alla Persona, in stretta connessione con il lavoro di valutazione ex-ante dell'JCI, sta promuovendo dal 2002 un progetto finalizzato all'analisi dell'efficacia, efficienza, customer satisfaction delle strutture ospedaliere lombarde. In particolare, per ciò che concerne l'*effectiveness* la finalità di questo progetto consiste nell'implementare uno strumento di lavoro che possa migliorare la conoscenza dell'attività degli ospedali sia da parte della Regione, sia da parte delle strutture, utilizzando i

<sup>4</sup> Il sistema *Joint Commission International (JCI)* si basa su una serie di requisiti (standard) che le strutture sanitarie devono avere per potere essere accreditate. L'esperienza di "accreditamento per l'eccellenza" sviluppata negli Stati Uniti si incentra essenzialmente su un sistema che si propone di attribuire alle strutture sanitarie dei giudizi di valore sulla qualità del servizio al paziente. Tra i punti centrali della filosofia di JCI, ai quali sono finalizzati gli standard, vi sono la centralità del paziente, la comunicazione e la customer satisfaction. Il processo di valutazione avviene attraverso diversi strumenti quali: autovalutazione, manuali e visite in situ presso le strutture.

dati amministrativi contenuti nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) che permettono un'analisi annuale di circa 1.200.000 ricoveri. Da tali SDO sono stati selezionati outcome e variabili di risk adjustment<sup>5</sup>; si procede per ottenere il dato di mortalità a 30 giorni a operazione di linking tra SDO e anagrafe assistiti attraverso il codice fiscale<sup>6</sup>.

Applicati alcuni criteri di esclusione, opportunamente scelti<sup>7</sup>, ed effettuata l'analisi mediante il modello multilevel di tipo logistico (con outcome dicotomici) sul complesso dei DRG (Diagnostic Related Groups), per tener conto della critica di Spiegelhalter sui ranking, in luogo di costruire graduatorie si suddividono gli ospedali sulla base dei valori degli odds ratio e dell'ampiezza dei loro intervalli di confidenza in sottogruppi a diversa efficacia. Inoltre, come già accennato nel precedente paragrafo, si procede ad analisi multilevel degli ospedali per singoli DRG e, per rendere confrontabili le graduatorie per singoli DRG, i punteggi ottenuti sono trasformati in ranghi percentili, suddividendo così gli ospedali in tre gruppi: buoni, medi, mediocri. Come accennato, si procede infine ad analisi dei DRG all'interno dei singoli ospedali. I risultati, discussi sia con gli amministratori regionali che con i manager delle singole strutture, forniscono indicazioni di politica sanitaria.

Per ciò che concerne invece la *customer satisfaction*<sup>8</sup> è stato istituito un flusso informativo dedicato alla raccolta dei dati relativi alla soddisfazione

5 Gli outcome selezionati sono i seguenti: Mortalità intraospedaliera, Dimissioni volontarie, Trasferimenti tra strutture, Ricoveri ripetuti per la stessa patologia entro l'anno, Ritorni in sala operatoria, Mortalità a 30 gg dalla dimissione; Mortalità totale. Le variabili individuali di case mix selezionate sono state: Sesso, Età paziente, Regime di ricovero, Stato civile, Professione, Diagnosi sentinella, ASL, Tempo Degenza, Tempo Degenza pre-intervento, Peso USA, MDC, Diagnosi Cardiovascolare, Diagnosi Tumore, Comorbilità. Le variabili di case mix a livello ospedale sono: Numero di sale operatorie, Numero di unità operative, Numero medio di ore di utilizzo delle sale operatorie, Numero di ore di attività delle sale operatorie, Dimensione dell'ospedale, Case mix chirurgico alto, Case mix chirurgico basso, Case mix medico alto, Case mix medico basso, Utilizzo dei posti.

6 I controlli effettuati sia sugli utenti dimessi vivi, sia sugli utenti dimessi deceduti, hanno condotto alla conclusione, che la quota di record non linkati si aggira ad oggi attorno al 3-4%. Per risolvere, almeno parzialmente, questo problema si utilizza un indice di qualità del dato, ottenuto come percentuale di record non collegati che permette di valutare la robustezza delle stime delle strutture con peggiore qualità dei dati.

7 Sono stati esclusi i ricoveri di bambini sotto i 2 anni, i pazienti non residenti in Lombardia, i ricoveri con classe di finanziamento corrispondente a riabilitazione, lungodegenza o cure palliative e i ricoveri in day hospital o day surgery.

8 La Delibera di Giunta Regionale n. VII/8504 del 22 marzo 2002 realizza, attraverso l'istituzione di tale flusso, un ulteriore livello del processo che porta a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria lombarda. Tale processo era iniziato con la destinazione di fondi per le Strutture Sanitarie pubbliche per la realizzazione di progetti nell'ambito della rilevazione della qualità percepita con Delibera di Giunta Regionale n. 46582 del 26 novembre 1999.

dell'utenza. L'istituzione di tale flusso facilita la risposta al requisito specifico previsto dal processo di accreditamento delle Strutture Sanitarie così come individuato dalla D.G.R. n. VI/38133 del 1998. Un primo obiettivo è di supportare l'Azienda che sta svolgendo la rilevazione e che in base alle proprie risultanze può correggere le eventuali criticità emerse. Altri obiettivi di sistema sono incentivare la cultura dell'ascolto da parte delle Istituzioni, ottenere informazioni sulla percezione da parte dell'utenza sul panorama sanitario lombardo, implementare un meccanismo di regolazione e di controllo atto a garantire il mantenimento di alti livelli qualitativi delle prestazioni fornite<sup>9</sup>.

## CONCLUSIONI

Un rapporto dell'Università di Bristol<sup>10</sup>, relativo al sistema sanitario nazionale inglese evidenzia alcuni punti salienti che possono essere assunti come conclusioni prospettiche per ciò che riguarda l'evolversi dei sistemi di valutazioni delle performance:

1. Esistono argomenti a favore dell'impiego di forme di incentivazione legate ad indicatori di benchmark nel sistema sanitario.
2. Alla luce dell'esperienza nelle "public utilities" è inutile e rischioso attendere la costruzione di un sistema di indicatori "ideale e perfetto"; tenuto conto della imperfezione del sistema di indicatori oggi costruibile, risulta invece opportuno sviluppare immediatamente forme di incentivazione anche se in forma relativamente blanda.
3. Risulta necessario sviluppare la modellazione statistica al fine di individuare il contributo dei decisori e dei manager ai costi e alla qualità (efficacia) dei servizi sanitari, al netto dell'effetto dei fattori al di fuori del loro controllo (caratteristiche dei pazienti - case mix - e altri fattori ambientali).
4. Esiste una rilevante mole di dati suscettibili di essere usati per costruire e migliorare opportuni indicatori attraverso modelli statistici.
5. Le maggiori difficoltà teoriche alla implementazione di politiche di incentivazione "forti" sono dovute alla molteplicità di obiettivi che le agenzie sanitarie sono tenute a perseguire e al fatto che, inevitabilmente, certi obiettivi possono essere misurabili meglio di altri. Una politica di incenti-

9 È in atto un miglioramento della qualità della Customer Satisfaction mediante la predisposizione di nuove modalità di raccolta, di trasmissione e di campionamento raccolte in apposite linee guida.

10 Centre for Market and Public Organisation - University of Bristol - Benchmarking and Incentives in the NHS, 2000.

vazione "forte" comporterebbe inevitabilmente una distorsione del sistema verso gli obiettivi più "misurabili". Questo implica che, nell'ambito del sistema sanitario, anche nel lungo periodo, le politiche di incentivazione dovranno sempre essere relativamente "blande" al fine di limitare il rischio di effetti indesiderati.

6. Il sistema di benchmark deve essere basato su un sistema di indicatori finalizzato alla mancanza del livello di salute dei cittadini che tenga conto delle caratteristiche dei pazienti in modo tale da individuare il valore aggiunto ottenuto attraverso le cure.
7. Il numero di indicatori di benchmark per ogni tipologia di agenzia sanitaria deve essere relativamente piccolo per evitare confusione.
8. Il sistema di benchmark dovrebbe essere mantenuto relativamente stabile, per un lasso di tempo abbastanza lungo.

L'evoluzione di tali sistemi di valutazione delle performance può diventare sempre più utile in prospettiva anche a riguardo del problema dei metodi di finanziamento della sanità, oggi largamente ancora inadeguati. Tradizionalmente nel settore pubblico si hanno metodi di finanziamento a "piè di lista" in cui il rimborso viene assegnato a posteriori a fronte del numero di pazienti, del tipo di patologie, del numero di giorni di degenza. Tale metodo diviene sempre più impraticabile nel momento in cui le risorse a disposizione sono scarse perché impedisce qualunque forma di controllo della spesa sanitaria; sia che per aumentare i proventi lo si trattenga in ospedale più del necessario sia che in un comportamento corretto si tenda a curarlo al meglio, la spesa sanitaria tende a crescere a dismisura in modo non proporzionato ai costi. Per rimediare ai problemi insorti mediante il meccanismo a piè di lista si è introdotto dapprima negli Stati Uniti e poi nel nostro Paese un metodo di finanziamento basato su DRG in cui il rimborso su cifre prefissate proporzionati alla quantità di risorse medie impiegate per curare i malati affetti da determinata patologia; il rimborso sarà identico per patologie che utilizzano la stessa quantità di risorse per le cure.

Tale metodologia rende difficoltosa la possibilità di effettiva cura dei pazienti più gravi che necessitano un impegno di risorse maggiore rispetto a quelli della media dei pazienti della loro patologia; induce una selezione avversa nei confronti dei pazienti gravi, eticamente inaccettabile; mette in luce nel processo di cura gli aspetti economici e in subordina le effettive necessità terapeutiche; apre la strada ad abusi che consistono anche nel tentativo di classificare in modo inappropriato patologie attribuendole DRG a più alto rimborso.

In termini sperimentali si può tentare di assegnare parte del finanziamento

sulla base della valutazione della qualità delle strutture sanitarie; è ciò che è cominciato ad avvenire negli Stati Uniti nella disabilità e che in prospettiva può essere utile sperimentare in altri settori e luoghi per una sanità che si evolva verso la qualità e il servizio all'utente.