

Rivista trimestrale di politica sociosanitaria

Gli indicatori sulla salute Dai dati alle decisioni

Presentazione

Differenti prospettive, differenti finalità

OECD Reviews of Health Care Quality: Italy

Euro Health Consumer Index

Osserva Salute

Piano Nazionale Esiti

Rapporto OASI

Rapporto Crea

Meridiano Sanità

I "focus" sicurezza dei pazienti nei rapporti sanitari

Gli indicatori e le loro applicazioni

Gli indicatori e il miglioramento della qualità

Gli indicatori e la affidabilità delle organizzazioni sanitarie

Gli indicatori e la prospettiva dei cittadini

Monografia



FORMAS

Laboratorio Regionale
per la Formazione Sanitaria

Direttore Responsabile
Mariella Crocellà

Redazione
Antonio Alfano
Gianni Amunni
Carmen Bombardieri
Alessandro Bussotti
Gian Paolo Donzelli
Silvia Falsini
Claudio Galanti
Carlo Hanau
Gavino Maciocco
Patrizia Mondini
Benedetta Novelli
Mariella Orsi
Daniela Papini
Paolo Sarti
Luigi Tonelli

Comitato Editoriale
Gian Franco Gensini,
*Preside Facoltà di Medicina e
Chirurgia, Università di Firenze*
Mario Del Vecchio,
*Professore Associato Università di
Firenze, Docente SDA Bocconi*
Antonio Panti,
*Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Firenze*
Luigi Tucci,
*Direttore Laboratorio Regionale
per la Formazione Sanitaria –
FORMAS*

Redazione, Direzione
Corrispondenza e invio contributi:
Mariella Crocella
mrococella@gmail.com
<http://www.formas.toscana.it>

Edizione
Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca 1, 56121 Pisa
Tel. 050313011 - Fax 0503130300
info@pacinieditore.it
www.pacinieditore.it

Registrazione al Tribunale di Firenze
n. 2582 del 17/05/1977

Questo numero è stato chiuso
in redazione il 31 marzo 2015
Testata iscritta presso il Registro
pubblico degli Operatori
della Comunicazione
(Pacini Editore SpA iscrizione
n. 6269 del 29/08/2001)

Sommario

Monografia

- 569 **Presentazione**
A. Vannucci, A. Pizzimenti
- Differenti prospettive, differenti finalità**
- 571 **OECD Reviews of Health Care Quality: Italy**
G. Maciocco
- 576 **Euro Health Consumer Index**
A. Bjornberg
- 590 **Osserva Salute**
W. Ricciardi, A. Solipaca
- 594 **Piano Nazionale Esiti**
L. Pinnarelli, A. Basiglioni, D. Fusco, M. Davoli, Gruppo di lavoro Centro operativo programma nazionale esiti
- 603 **Rapporto OASI**
P. Armeni, C. Carbone, E. Cantù, L. Fenech, F. Longo, F. Petracca, A. Ricci, S. Sommariva
- 613 **Rapporto Crea**
C. Giordani, F. Spandonaro
- 617 **Meridiano Sanità**
D. Bianco, E. Briante
- 623 **I "focus" sicurezza dei pazienti nei rapporti sanitari**
G. Dagliana, G. Toccafondi
- Gli indicatori e le loro applicazioni**
- 629 **Gli indicatori e il miglioramento della qualità**
R. Gnesotto
- 635 **Gli indicatori e la affidabilità delle organizzazioni sanitarie**
S. Albolino
- 641 **Gli indicatori e la prospettiva dei cittadini**
A. Pizzimenti, F. Ierardi, A. Vannucci

Monografia

Gli indicatori sulla salute Dai dati alle decisioni

a cura di **Andrea Vannucci, Antonella Pizzimenti**

Presentazione

L'era che stiamo vivendo è quella del progresso nella capacità di memorizzare, elaborare e trasferire dati e informazioni, connettere persone e attività. Abbiamo così a disposizione uno strumento formidabile in grado di aiutarci a comprendere e decidere cosa è meglio fare.

È quasi provvidenziale che ciò si sia reso disponibile proprio nel momento in cui ci siamo trovati nella necessità di fare rapidi e sostanziali cambiamenti per affrontare il binomio costi crescenti-risorse calanti. L'associazione del mutamento demografico, dell'impegno a trasferire le innovazioni tecnologiche nella pratica clinica e del quadro macroeconomico sfavorevole ha creato in Italia, Paese già gravato da un consistente debito pubblico, una condizione nella quale l'approccio universalistico del sistema sanitario si trova alle prese con problemi di sostenibilità. A ciò si aggiunge l'urgente necessità di migliorare l'equità del sistema sanitario nazionale. Infatti, in virtù di un assetto costituzionale che prevede un grado elevato di autonomia regionale, si osservano oggi consistenti differenze per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai cittadini, soprattutto se si confrontano le condizioni e i risultati delle Regioni del sud e del nord del Paese.

Se non vogliamo compromettere il diritto alla salute e se abbiamo la sincera convinzione che lo stato di salute dei cittadini costituisca una risorsa del Paese, è necessario saper combinare e coordinare due ordini di cambiamenti. Vanno affrontate sia alcune nevralgiche questioni sanitarie, come il meccanismo di finanziamento, la *governance* del sistema, i modelli di azienda e di programmazione e la necessità di rendere più responsabili i cittadini; sia le questioni che riguardano la conoscenza e le pratiche delle professioni sanitarie, come gli apparati concettuali, i modelli di conoscenza, i contenuti professionali, le prassi operative e, non ultimo, i criteri per fare, giudicare e decidere.

L'attività di valutazione mira a essere utilizzabile e aspira a essere utilizzata. Il primo punto è nelle mani del valutatore, mentre il secondo dipende da altre circostanze che hanno a che vedere con l'ambiente politico culturale: il sistema di controlli e contrappesi, la propensione a un confronto basato su prove ed evidenze, il ruolo dei media e dei gruppi sociali organizzati. La sfida non è soltanto produrre valutazioni di qualità quanto creare condizioni che favoriscano la domanda e l'utilizzazione dei dati come input del processo decisionale e del dibattito sulle decisioni.

I caratteri del *policy making* italiano sono poco propensi alle politiche basate sulle evidenze. La via normativa alla valutazione, quando tentata, non ha mostrato molti progressi, anche se alcune esperienze di successo ci sono state.

È importante migliorare la capacità di comunicare i risultati della valutazione perché ciò che conta è soltanto ciò che è comunicabile. Serve sia saper comunicare sia voler comunicare, cioè rendere disponibili i dati e i risultati degli studi di valutazione, specie se finanziati con fondi pubblici.

È a questo proposito che in questo numero di Salute e Territorio abbiamo voluto presentare alcuni dei più interessanti rapporti sanitari oggi disponibili e abbiamo chiesto agli autori di descriverne i tratti salienti, gli scopi e l'utilità per chi e per cosa. Abbiamo corredato queste descrizioni con dei contributi concettuali sul ruolo che la disponibilità d'informazioni sanitarie, ancor che sinteticamente formulate sotto forma d'indicatori, svolge nei campi della programmazione sanitaria, nei rapporti tra sistema sanitario e cittadini e nel campo del miglioramento della qualità delle cure.

Non abbiamo la pretesa di essere riusciti a illustrare e commentare tutto quanto è disponibile, pensiamo, però, di aver messo insieme la preponderanza dei rapporti che riguardano gli aspetti rilevanti della realtà sanitaria del nostro Paese.

Intendiamo con questo sforzo, portato a compimento grazie all'impegno degli autori, ai consigli del comitato di redazione e all'entusiasmo del direttore di Salute e Territorio, affermare che "osservare è partecipare" e ricordare a tutti che nel mondo della sanità sapere è un'opportunità e far sapere è un dovere.

Andrea Vannucci, Antonella Pizzimenti
Agenzia regionale di sanità della Toscana

Differenti prospettive, differenti finalità

OECD Reviews of Health Care Quality: Italy

Gavino Maciocco

Università di Firenze. [Saluteinternazionale.info](http://www.saluteinternazionale.info)

Abstract

I dati OECD presentano alcuni pregi indiscussi: escono con regolarità e sono in assoluto i più aggiornati, hanno le serie storiche più lunghe, sono facilmente esportabili e elaborabili in grafici. Presentano anche evidenti limiti: contengono pochi indicatori di efficacia e qualità delle cure e nessun indicatore di accessibilità e di equità.

Le statistiche sanitarie dell'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico – leggi anche OECD, *Organisation for Economic Co-operation and Development*, www.oecd.org) sono una delle fonti storiche e più autorevoli di dati sanitari. Vengono pubblicate annualmente, generalmente a luglio, e da tre anni sono liberamente accessibili (mentre in precedenza erano a pagamento), vedi <http://www.saluteinternazionale.info/2014/08/compiti-per-le-vacanze-3/>.

Gli indicatori "chiave" dell'OCSE sono raggruppati in cinque categorie:

1. Spesa sanitaria.

2. Risorse dell'assistenza sanitaria (medici, infermieri, posti letto, tecnologie, etc).
3. Attività sanitarie (visite, esami diagnostici, ricoveri ospedalieri, etc)
4. Stato di salute
5. Fattori di rischio (Tabella 1).

Gli indicatori, con le loro serie storiche che in certi casi risalgono agli anni sessanta, sono contenuti in fogli Excel e quindi sono facilmente esportabili e trasformabili in grafici, vedi <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.

Tabella 1. Indicatori "chiave" dell'OCSE

Health expenditure

- Total expenditure on health, % of gross domestic product.
- Total health expenditure per capita, US\$ PPP.
- Total health expenditure, average annual growth rate.
- Public health expenditure, average annual growth rate.
- Public expenditure on health, % of total expenditure on health.
- Public health expenditure per capita, US\$ PPP.
- Out-of-pocket expenditure on health, % of total expenditure on health.
- Out-of-pocket expenditure on health, US\$ PPP.
- Pharmaceutical expenditure, % of current expenditure on health.
- Pharmaceutical expenditure per capita, US\$ PPP.

Tabella 1. Indicatori "chiave" dell'OCSE

Health care resources
<ul style="list-style-type: none"> • Physicians, density per 1.000 population. • Nurses, density per 1.000 population. • Medical graduates, density per 100.000 population. • Nursing graduates, density per 100.000 population. • Hospital beds, density per 1.000 population. • Acute care beds, density per 1.000 population. • Psychiatric care beds, per 1.000 population. • MRI units per million population. • CT scanners per million population.
Health care activities
<ul style="list-style-type: none"> • Doctor consultations per capita. • MRI exams, per 1.000 population. • CT exams, per 1.000 population. • Hospital discharge rates, all causes, per 100.000 population. • Average length of stay, all causes, days. • Average length of stay for acute myocardial infarction (AMI), days. • Average length of stay for a normal delivery, days. • Caesarean sections, per 1.000 live births. • Pharmaceutical consumption, antibiotics, defined daily dose.
Health status (Mortality)
<ul style="list-style-type: none"> • Life expectancy at birth, females, males and total population. • Life expectancy at 65 years old, females and males. • Infant mortality rate, deaths per 1.000 live births. • Potential years of life lost (PYLL), all causes females and males. • Causes of mortality, Suicides, deaths per 100.000 population.
Risk factors
<ul style="list-style-type: none"> • Tobacco consumption, % of females, males and adult population who are daily smokers. • Alcohol consumption, litres per population aged 15+. • Obesity, percentage of females, males and adult population with a BMI>30 kg/m², based on self-reports. • Obesity, percentage of females, males and adult population with a BMI>30 kg/m², based on measures of height and weight.

Italia

La spesa sanitaria

Il Rapporto annuale dell'OCSE contiene delle analisi sintetiche in forma di schede per ciascun Paese¹. La scheda dedicata all'Italia parte dalla situazione della spesa sanitaria: "In Italia, la spesa sanitaria rappresentava il 9.2%

del PIL nel 2012, una percentuale molto vicina alla media dei Paesi OCSE (9.3%). La quota di PIL rappresentata dalla spesa sanitaria in Italia rimane tuttavia assai inferiore a quella degli Stati Uniti (che ha speso il 16.9% del PIL per la sanità nel 2012) come pure a quella di altri Paesi europei come i Paesi Bassi, la Francia, la Svizzera e la Germania". La Figura 1 mostra la percentuale del PIL destinato alla sanità nei vari paesi OCSE, mentre la Figura 2 evidenzia come in Italia la spesa sanitaria (in termini reali) dal 2010 sia andata incontro a una decrescita, toccando nel 2013 un meno 3%. Soltanto in altri tre Paesi si è registrato un fenomeno simile: Grecia (dove si è toccato il -10%), Spagna e Portogallo.

¹ Paesi OCSE: Australia, Austria, Belgio, Canada, Cile, Corea del Sud, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Messico, Norvegia, Nuova Zelanda, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia, Ungheria.

SALUTE e Territorio

“In molti Paesi OCSE, tra cui l'Italia, – aggiunge la scheda OCSE – una riduzione della spesa farmaceutica ha contribuito alla riduzione complessiva della spesa sanitaria. In Italia, la spesa farmaceutica è diminuita ogni anno dal 2009, con una riduzione di oltre il 6% in termini reali nel 2012. Tra il 2008 e il 2012, la spesa per i farmaci è scesa del 14% in termini reali. La riduzione di spesa è probabilmente dovuta, in parte, al contenimento dei tetti di spesa a livello regionale. Altre possibili cause sono la riduzione dei margini per grossisti e farmacie e il taglio dei prezzi dei farmaci generici sulla base di un sistema di prezzi di riferimento. La quota di mercato dei farmaci generici in Italia è aumentata negli ultimi anni (dal 6% del 2008 al 9% nel 2012), ma rimane molto inferiore a quelle osservate in altri Paesi OCSE”.

Stato di salute e fattori di rischio

La scheda dedica alcune note allo stato di salute della popolazione e ai fattori di rischio. “Nel 2012, la speranza di vita alla nascita in Italia era di 82.3 anni, oltre due anni in più rispetto alla media OCSE (80.2 anni). Solo il Giappone, l'Islanda, la Svizzera e la Spagna hanno

registrato una speranza di vita superiore a quella dell'Italia nel 2012. L'Italia ha ottenuto buoni risultati nella lotta contro il fumo, facendo registrare nel 2012 un tasso di fumatori del 22.1%, contro il 24.4% nel 2000. Tuttavia, altri Paesi hanno fatto maggiori progressi, perciò la percentuale di fumatori in Italia è leggermente più alta rispetto alla media OCSE del 20.7%. Alcuni Paesi nordici (Svezia, Norvegia, Islanda), gli Stati Uniti e l'Australia, per esempio, hanno ridotto la percentuale di fumatori tra gli adulti a meno del 16%. L'obesità tra gli adulti è aumentata in misura molto modesta in Italia negli ultimi dieci anni, rispetto ad altri Paesi OCSE. La percentuale di obesi, calcolata in base ai dati di altezza e di peso auto-riferiti, è aumentata da 8.6% nel 2000 a 10.4% nel 2012. L'aumento della prevalenza dell'obesità lascia prevedere un aumento di patologie croniche quali il diabete e le malattie cardiovascolari, con ripercussioni importanti sulla spesa sanitaria futura”.

La scheda Paese si conclude con una tabella sinottica, in cui vengono presentati i principali indicatori, messi a confronto con la media OCSE (Tabella 2).

Tabella 2. Cifre chiave per l'Italia da OECD Health Statistics 2014

	Italia		Media OCSE		Classifica tra i paesi OCSE*
	2012	2000	2012	2000	
Stato di salute					
Aspettativa di vita alla nascita (anni)	82.3	79.9	80.2	77.1	5 su 34
Aspettativa di vita uomini alla nascita, uomini (anni)	79.8	76.9	77.5	74.0	7 su 34
Aspettativa di vita alla nascita, donne (anni)	84.8	82.8	82.8	80.2	5 su 34
Aspettativa di vita a 65 anni, uomini (anni)	18.5	16.7	17.7	15.6	10 su 34
Aspettativa di vita a 65 anni, donne (anni)	22.1	20.7	20.9	19.1	5 su 34
Mortalità per malattie cardiovascolari (tassi standardizzati per età per 100.000 ab.)	256.0	(2010) 373.6	296.4	427.5	18 su 24
Mortalità per cancro (tassi standardizzati per età per 100.000 ab.)	216.4	(2010) 244.7	213.1	242.5	13 su 34
Fattori di rischio per la salute (comportamentali)					
Consumo di tabacco tra gli adulti (% di fumatori regolari)	22.1	24.4	20.7	26.0	12 su 24
Consumo di alcol tra gli adulti (litri pro capite)	6.1	(2010) 9.3	9.0	9.5	31 su 34
Tassi di obesità tra gli adulti, dati auto-riferiti (%)	10.4	8.6	15.4	11.91	26 su 29
Tassi di obesità tra gli adulti, dati misurati	-	-	22.7	18.7	-

Tabella 2. (continua) Cifre chiave per l'Italia da OECD Health Statistics 2014

	Italia			Media OCSE		Classifica tra i paese OCSE*
	2012		2000	2012	2000	
Spesa sanitaria						
Spesa sanitaria come % del PIL	9.2		7.9	9.3	7.7	19 su 34
Spesa sanitaria pro-capite (US\$ PPP)	3209		2030	3484	1888	19 su 34
Spesa farmaceutica pro-capite (US\$ PPP)	514		441	498	300	15 su 33
Spesa farmaceutica (% della spesa sanitaria)	16.9		22.7	15.9	17.9	14 su 33
Spesa sanitaria pubblica (% della spesa sanitaria)	77.3		74.2	72.3	71.4	13 su 24
Spesa sanitaria a carico dei pazienti (% della spesa sanitaria)	18.8		23.1	19.0	20.5	13 su 34
Risorse sanitarie						
Numero di medici (per 1000 ab.)	3.9		-	3.2	2.7	8 su 34
Numero di infermieri (per 1000 ab.)	6.4		-	8.8	7.5	22 su 34
Posti letto in ospedale (per 1000 ab.)	3.4		4.7	4.8	5.6	20 su 34

* Nota: I paesi sono classificati in ordine decrescente di valori.

Euro Health Consumer Index

Arne Bjornberg

Chairman & COO Health Consumer Powerhouse

Abstract

Health Consumer Powerhouse dal 2005, tra gli altri numerosi Indici, redige l'Euro Health Consumer Index in cui la valutazione del sistema sanitario è effettuata dal punto di vista dei cittadini-pazienti al fine di fornire loro una guida e "far fare i conti con la realtà" alle istituzioni. Questo documento è oggi considerato dalla Commissione Europea la più importante ed informativa valutazione dei sistemi sanitari europei effettuata dalla prospettiva dei cittadini.

L'obiettivo è misurare quanto un sistema sanitario sia "user-friendly"; il focus è sull'empowerment dei cittadini-consumatori e sui diritti dei pazienti e non sulla promozione di una ideologia politica.

La creazione dell'indice dei consumatori EHCI (Euro Health Consumer Index) è stata essenzialmente spinta dal fatto che, sebbene l'espressione "patient empowerment" fosse in voga già 20 anni fa, i sistemi sanitari hanno fornito ai pazienti poche informazioni preziose su cui basare le proprie decisioni informate.

Le informazioni pubblicate in materia di sanità riguardavano soprattutto degli aspetti di base:

- Denaro speso (*pro capite*) per l'assistenza sanitaria, per farmaci, ecc
- Numero di medici
- Numero di letti ospedalieri
- Numero di scanner per MRI
- ecc.

e vi era/è una grave carenza d'informazioni su

- **Cosa** faccia la sanità.
- **Quanto** faccia.
- **Quanto diligentemente** faccia ciò che fa.

L'indice EHCI è stato pensato per essere uno strumento con cui risolvere questo problema.

Inizialmente l'indice EHCI si è concentrato su quegli aspetti che misurano le prestazioni dei servizi sanitari, ignorando altri indicatori popolari della sanità pubblica quali l'aspettativa di vita poiché legati a molti fattori che non ricadono sotto la responsabilità dei servizi sanitari.

L'indice EHCI non è principalmente uno studio sviluppato

a partire da tecniche d'indagine. Ha sempre previsto, per circa un terzo degli indicatori, un'indagine sulle associazioni dei pazienti volta essenzialmente ad accertare la corrispondenza dei dati ufficiali con la realtà. Tali dati sono stati desunti soprattutto da fonti pubbliche quali i database OMS/OCSE e documenti scientifici; di rado si è optato per il contatto diretto con gli enti nazionali quali i ministeri della salute per ottenere dati primari (come descritto in seguito nel presente documento).

Le autorità nazionali hanno essenzialmente preso parte alla discussione sugli argomenti specifici compilando le "schede di valutazione del singolo Paese", inviate in via preliminare circa 3 mesi prima che fosse pubblicata un'edizione dell'indice.

Le associazioni dei pazienti coinvolte nell'indagine non sono state di fatto consultate se non per l'indagine stessa.

Dibattito locale e internazionale

Al momento della pubblicazione di ciascuna edizione dell'indice dei comunicati stampa in tutte le lingue locali sono stati distribuiti a circa 7.000 destinatari e specificamente studiati per fornire una risposta alle osservazioni mosse a livello nazionale. L'evento ha prodotto una considerevole pubblicità:

Le discussioni generatesi in seguito sono state di natura estremamente variegata. I grandi Paesi dell'Europa occidentale quali Germania, Francia e Regno Unito hanno salutato la notizia con una decisa noncuranza, certi di



possedere il miglior sistema sanitario del pianeta. I Paesi più piccoli, non da ultimo nell'Europa centrale e orientale, si sono mostrati molto interessati ad apprendere da questo standard di riferimento; la HCP (*Health Consumer Powerhouse*) è stata incaricata di fungere da consulente per la riforma sanitaria.

Osservazioni generali

A dispetto delle misure di austerità finanziaria indotte dalla crisi, quali p. es. le restrizioni sull'aumento della spesa sanitaria tanto pubblicizzate, il sistema sanitario europeo continua a produrre risultati migliori. I tassi di sopravvivenza a malattie cardiache, ictus e cancro sono tutti in aumento nonostante si senta spesso parlare di uno stile di vita in degrado a causa di fattori quali l'obesità, il consumo di cibo spazzatura e la vita sedentaria. Anche la mortalità infantile, probabilmente l'indicatore singolo più rilevante, è in continuo declino e ciò è visibile in Paesi quali gli Stati baltici, duramente colpiti dalla crisi finanziaria.

Ciò che risulta meno incoraggiante è che la tendenza di un crescente *equity gap* tra i Paesi europei benestanti e quelli meno benestanti già ravvisato nell'indice

EHCI 2013¹ è stata chiaramente confermata nell'edizione 2014.

Prestazioni nazionali

La classifica complessiva dei sistemi sanitari fornita dall'indice EHCI 2014 mostra i Paesi Bassi incrementare nuovamente il divario col Paese alla seconda posizione, passando dai 19 punti del 2013 a 43 nel 2014 (nel 2012 il margine era di 50 punti), per un totale di 898 punti su 1.000, che rappresenta il punteggio EHCI più alto in assoluto. Dalla Svizzera (855 punti) in poi, l'indice EHCI 2014 mostra una competizione sempre più accanita nelle prime posizioni, dove non meno di 9 Paesi totalizzano un punteggio superiore a 800.

I Paesi Bassi sono il solo Paese a essere stabilmente rimasto tra i primi tre nella classifica complessiva di qualsiasi indice europeo pubblicato dalla *Health Consumer Powerhouse* (HCP) a partire dal 2005. I Paesi Bassi risultano vincitori, o vincitori a pari merito, in quattro delle sei sottodiscipline dell'indice EHCI 2014.

Tuttavia, dal momento che appare estremamente difficile produrre un indice sul modello dell'HCP senza terminare

¹ www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf

con i Paesi Bassi sul podio, è grande la tentazione di affermare che il vincitore dell'indice EHCI 2014 possa di fatto aggiudicarsi il titolo di Paese provvisto del "miglior sistema sanitario in Europa". Un'analisi approfondita del progresso olandese avrebbe molto da insegnare!

Nell'Europa meridionale, la Spagna e l'Italia offrono servizi sanitari in cui è possibile rilevare molteplici casi di eccellenza medica; tuttavia, la vera eccellenza in questi sistemi sanitari sembra dipendere un po' troppo dalla capacità dei consumatori di permettersi un'assistenza sanitaria privata complementare a quella pubblica; inoltre, sia la Spagna sia l'Italia mostrano ampie variazioni da regione a regione e ciò comporta l'assegnazione di molti punti gialli per entrambi i Paesi.

La Grecia si posiziona con un ampio margine in testa alla classifica europea per numero di dottori *pro capite* (vd. sotto) e anche per numero di farmacisti *pro capite*. Ciò nonostante, l'immagine del sistema sanitario greco delineata sui feedback delle associazioni dei pazienti indica che non vi è alcun tipo di competizione in atto per fornire servizi sanitari migliori.

Sembra quasi impossibile che la Grecia riesca a permettersi un simile numero di medici e farmacisti (un report del

2013 indica oltre 6 medici ogni 1.000 persone), a meno che il reddito dei suddetti non abbia subito un considerevole taglio.

Merita di essere accennato il fatto che gli indicatori relativi agli *outcome* (risultati dei trattamenti) per la Grecia non mostrano alcun tipo di peggioramento.

Continuo miglioramento della qualità degli *outcome*

Indicatori quali il tasso di sopravvivenza al cancro o di mortalità infantile continuano a evidenziare un miglioramento nel tempo. Ciò è vero anche per Paesi quali gli Stati baltici, che a livello finanziario hanno subito un duro colpo del tutto paragonabile a quello che ha interessato l'Europa meridionale o l'Irlanda: la Lettonia e la Lituania, per esempio, hanno riportato un notevole miglioramento nel tasso di mortalità infantile proprio durante il periodo in cui sono state applicate le più stringenti misure di austerità.

Questo effetto positivo è probabilmente dovuto alla gestione notoriamente difficile dei medici – solitamente le indicazioni fornite da manager e/o politici non ricevono la giusta attenzione; la cosa risulterebbe particolarmente vera nell'offerta di una qualità medica scadente, che

Figura 1. Vendita di farmaci *pro capite*.

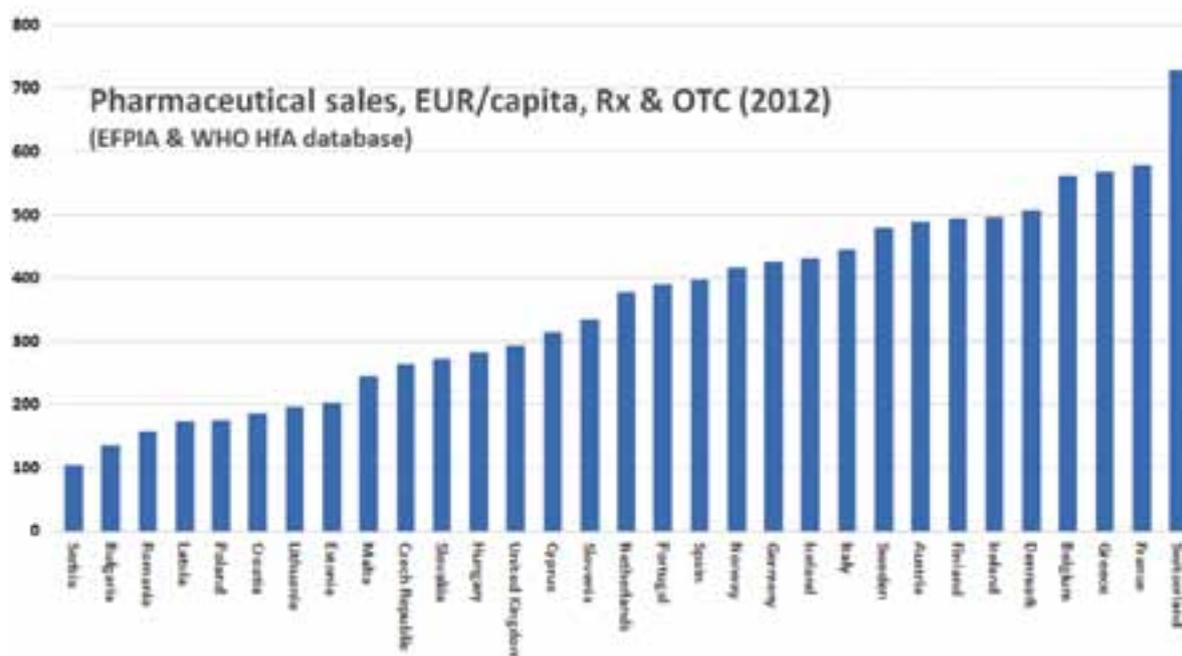
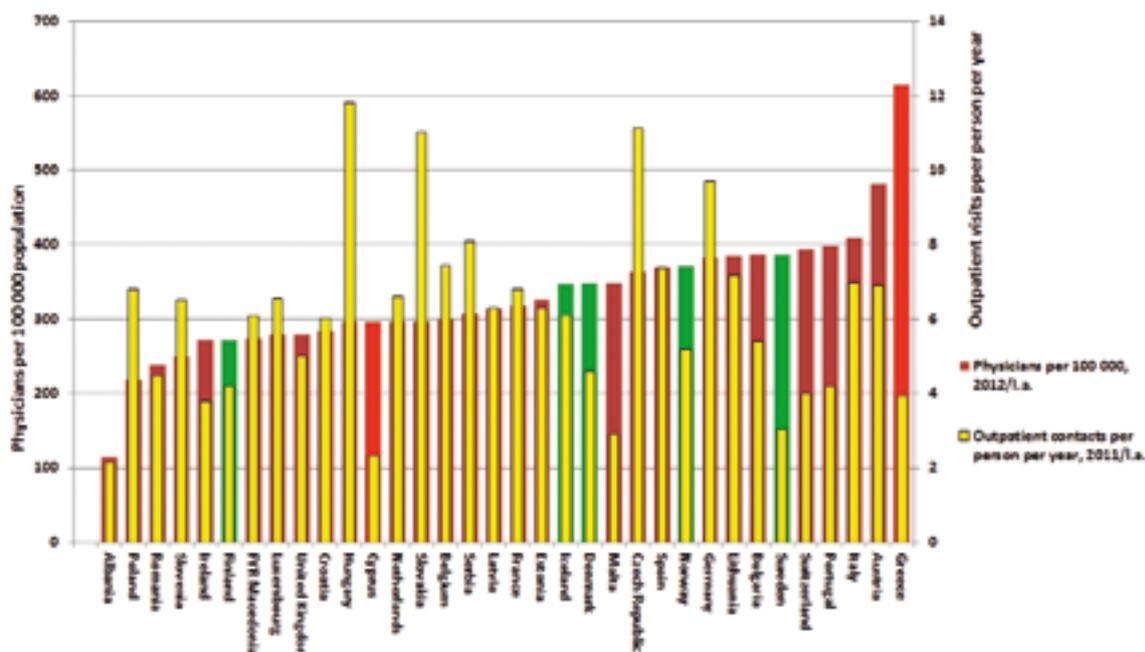


Figura 2. Numero di medici ogni 100.000 persone (barre in secondo piano) e numero di appuntamenti medici pro capite (barre gialle in primo piano).



esporrebbe i medici a critiche mosse dagli stessi colleghi, fattore che nella maggior parte dei casi influisce in maniera più significativa di quanto non facciano le indicazioni sulla gestione o sul budget.

BBB: Bismarck batte Beveridge – una particolarità divenuta una costante

L'esempio olandese sembra dare il colpo di grazia ai sistemi sanitari Beveridge e la lezione è chiara: bisogna espellere i politici e gli altri non professionisti dal processo decisionale operativo che riguarda il settore sanitario, probabilmente il più complesso della faccia della terra. I sistemi Beveridge sembrano funzionare bene solo in Paesi poco popolati quali l'Islanda, la Danimarca e la Norvegia. Quali sono quindi le caratteristiche dei due sistemi?

Tutti i sistemi sanitari pubblici condividono lo stesso quesito: quale soluzione tecnica si dovrebbe utilizzare per incanalare il consueto 8-11% del reddito nazionale nei servizi di assistenza sanitaria?

Sistemi **Bismarck**: sistemi basati sulle assicurazioni sociali obbligatorie che dispongono di un elevato numero di enti assicurativi, mutue, ecc., *totalmente indipendenti a livello organizzativo* dai fornitori di servizi di assistenza sanitaria.

Sistemi **Beveridge**: sistemi in cui il finanziamento e la fornitura di servizi sono a carico di un solo sistema organizzativo; in altre parole, gli organismi finanziari e gli operatori sanitari sono interamente o parzialmente inseriti in un'associazione (p. es. l'NHS del Regno Unito, le province degli Stati nordici, ecc.).

Per più di mezzo secolo, soprattutto a partire dalla creazione dell'NHS britannico (il più ampio sistema europeo sviluppato sul modello Beveridge), si è a ampiamente dibattuto sui singoli meriti dei due sistemi.

Osservando i risultati dell'indice EHCI 2006-2014, non si può non notare come la vetta risulti palesemente popolata dai Paesi che utilizzano il modello Bismarck, mentre s'inseriscono a fatica i Paesi nordici che si avvalgono di sistemi modello Beveridge, sicuramente di più facile gestione per via della popolazione numericamente inferiore. I grandi sistemi Beveridge sembrano avere delle difficoltà a raggiungere livelli davvero eccellenti di apprezzamento da parte dei consumatori; di fatto, i maggiori rappresentanti di questo modello, vale a dire il Regno Unito, la Spagna e l'Italia, continuano stabilmente a occupare la posizione intermedia dell'indice. Due (almeno) potrebbero essere le possibili spiegazioni:

- Gestire un ente o un organismo che conta 100.000+

SALUTE e Territorio

dipendenti richiede notevoli abilità gestionali che solitamente vengono lautamente ricompensate. Gestire un ente come l'NHS britannica, costituita da quasi mezzo milione di dipendenti che rendono difficile persino la vita gestionale (avendo un'agenda professionale che non necessariamente coincide con quella della gestione/amministrazione), richiederebbe indubbiamente un'organizzazione a livello mondiale. Non è dato sapere se gli organismi pubblici offrono i compensi e gli altri incentivi richiesti per assumere dirigenti di questo calibro.

- Negli organismi fondati sul modello *Beveridge*, responsabili sia per il finanziamento sia per la fornitura di servizi sanitari, sembrerebbe esserci il rischio che la lealtà dei politici e degli altri principali responsabili nel processo decisionale possa non essere più principalmente verso il consumatore/paziente, bensì spostarsi verso l'*organismo* che essi hanno costruito, con un certo orgoglio del tutto giustificabile, nel corso dei decenni (o eventualmente verso altri aspetti, quali p. es. il potenziale insito in tali organismi di creare lavoro nella città natale dei politici).

Metodologia

Aree degli indicatori (sottodiscipline)

L'indice 2014, al pari delle precedenti edizioni EHCI, è sviluppato a partire da indicatori raggruppati in sei sottodiscipline. Le aree degli indicatori per l'indice EHCI 2014 sono le seguenti:

Sottodisciplina	Numero di indicatori
Diritti e informazione dei pazienti	12
Accessibilità/tempi di attesa per cure e trattamenti	6
Outcome	8
Gamma e accessibilità dei servizi offerti ("generosità")	8
Prevenzione	7
Prodotti farmaceutici	7

Punteggio nell'indice EHCI 2014

Le prestazioni dei sistemi sanitari nazionali sono state giudicate mediante una scala di tre voti per ciascun indicatore, dai significati piuttosto ovvi: verde = buono (👍), giallo = sufficiente (👉) e rosso = scarso (👎). Un voto verde assegna 3 punti, uno giallo 2 punti e uno rosso (o un "non disponibile", **n.a.**) 1 punto.

Dal momento che l'indice prevede la partecipazione di sei Paesi extra UE e che non per questo dovrebbero essere penalizzati per il fatto di non essere (ancora) Stati membri dell'UE alla voce "1.8 Libera scelta di cure in un altro Stato UE", si è visto necessario introdurre un voto aggiuntivo rispetto all'EHCI 2009: "non applicabile" (**n.ap.**), che per i Paesi interessati corrisponde a 2 punti. Per quei risultati particolarmente deprecabili è stato introdotto un voto viola 🟡, che assegna 0 punti e che di fatto è stato esclusivamente applicato all'indicatore "3.7 Numero di casi di aborto" per quei Paesi che non concedono alle donne il diritto di abortire.

Il punteggio di ogni Paese è calcolato per ciascuna sottodisciplina come una percentuale del massimo previsto. Successivamente, i punteggi delle sottodiscipline sono moltiplicati per i coefficienti di peso indicati nella sezione seguente e infine sommati per ottenere il punteggio finale. Un punteggio "totalmente verde" su tutti i 48 indicatori corrisponderebbe a 1.000 punti, mentre un punteggio "totalmente rosso" a 333 punti.

Coefficienti di peso

Nell'indice EHCI 2014, ai punteggi relativi alle sei sottodiscipline sono stati attribuiti i seguenti pesi (identici al 2013):

Sottodisciplina	Peso relativo (quota "totalmente verde" rispetto al punteggio massimo complessivo di 1.000 punti)	Punti per un voto verde in ciascuna sottodisciplina
Diritti e informazione dei pazienti, assistenza sanitaria on-line	150	12,50
Accessibilità/tempi di attesa per cure e trattamenti	225	37,50
Outcome	250	31,25
Gamma e accessibilità dei servizi offerti ("generosità")	150	18,75
Prevenzione	125	17,85
Prodotti farmaceutici	100	14,29
Somma complessiva dei pesi	1.000	

SALUTE e Territorio

aver analizzato i margini effettivi tra i valori di parametro onde evitare che gli indicatori mostrassero una valutazione "totalmente verde" o "totalmente rossa".

I valori limite sono tipicamente definiti partendo dall'analisi di un diagramma a barre che riporta, per ciascun Paese e in ordine ascendente, i valori relativi a un indicatore. La curva a S che solitamente va a delinearsi viene analizzata per individuare eventuali variazioni che possono caratterizzare gruppi di Stati e che spesso sono prese come valori di partenza per l'assegnazione dei punteggi. Una leggera preferenza viene inoltre accordata ai valori limite aventi numeri pari. Il diagramma riguardante il punteggio attribuito per l'indicatore "Accessibilità alle cure odontoiatriche" può ben illustrare questa procedura:

Fonti di dati "CUTS"

La ricerca di dati per i singoli indicatori si è svolta, ove possibile, con l'intento di trovare delle fonti cosiddette "CUTS" (*Comprehensive Uniform Trustworthy Source*). Se i dati relativi a un parametro che sta alla base di un indicatore provengono per tutti o per la maggior parte dei 35 Paesi da una singola fonte ritenuta ragionevolmente affidabile, ciò significa che si è senza dubbio optato di basare i punteggi sulla fonte CUTS. Per dati CUTS s'intendono p. es. dati provenienti dall'ECDC, il database dell'OMS, dati sanitari dell'OCSE, indagini Eurobarometro specifiche o documenti scientifici fondati su una metodologia ben delineata e stabilita.

Al di là dell'assoluta efficacia della strategia, il motivo principale per cui si prediligono dati CUTS (ove possibile) è che raccogliere dei dati basati soprattutto sulle informazioni ottenute da 35 fonti nazionali, fossero anche ufficiali quali lo stesso Ministero della Salute oppure enti sanitari nazionali/istituti nazionali di statistica, generalmente comporta un'elevata presenza di discordanze.

Gruppo di esperti esterni di riferimento

Come previsto dalla procedura standard per tutti gli indici HCP, è stato richiesto l'intervento di un gruppo di esperti esterni di riferimento.

Il gruppo convocato per un indice HCP ha due compiti centrali:

- Fornire assistenza durante l'ideazione e la scelta delle sottodiscipline e degli indicatori, elemento di vitale importanza per un indice se si ambisce a poter affermare che un buon punteggio per uno Stato è effettivo sinonimo di servizi sanitari di buona qualità e orientati

al consumatore.

- Rivedere i risultati finali delle ricerche eseguite dai ricercatori HCP prima che siano definiti i punteggi finali. Se le informazioni ottenute appaiono in eccessivo contrasto con la pluridecennale esperienza nel ramo della sanità dei membri di questo gruppo, è evidente che tali risultati necessitano di essere sottoposti a un'ulteriore revisione.

Indice EHCI 2014

L'attività svolta sul progetto dell'indice costituisce un compromesso tra quali indicatori sono stati giudicati i più adatti a fornire informazioni sui diversi sistemi sanitari nazionali dal punto di vista dell'utente/consumatore e la disponibilità di dati per i suddetti indicatori. In altre parole, è come se ci si ponesse il classico quesito "Meglio un uovo oggi o una gallina domani?".

Gli indicatori che misurano lo stato di salute pubblica, quali l'aspettativa di vita, il tasso di mortalità per cancro ai polmoni, il tasso di mortalità per cardiopatia estesa, casi di diabete, ecc., sono stati intenzionalmente esclusi, poiché tendono a dipendere principalmente dallo stile di vita o da fattori ambientali anziché dalle prestazioni elargite dal sistema sanitario.

Risultati dell'indice EHCI 2014

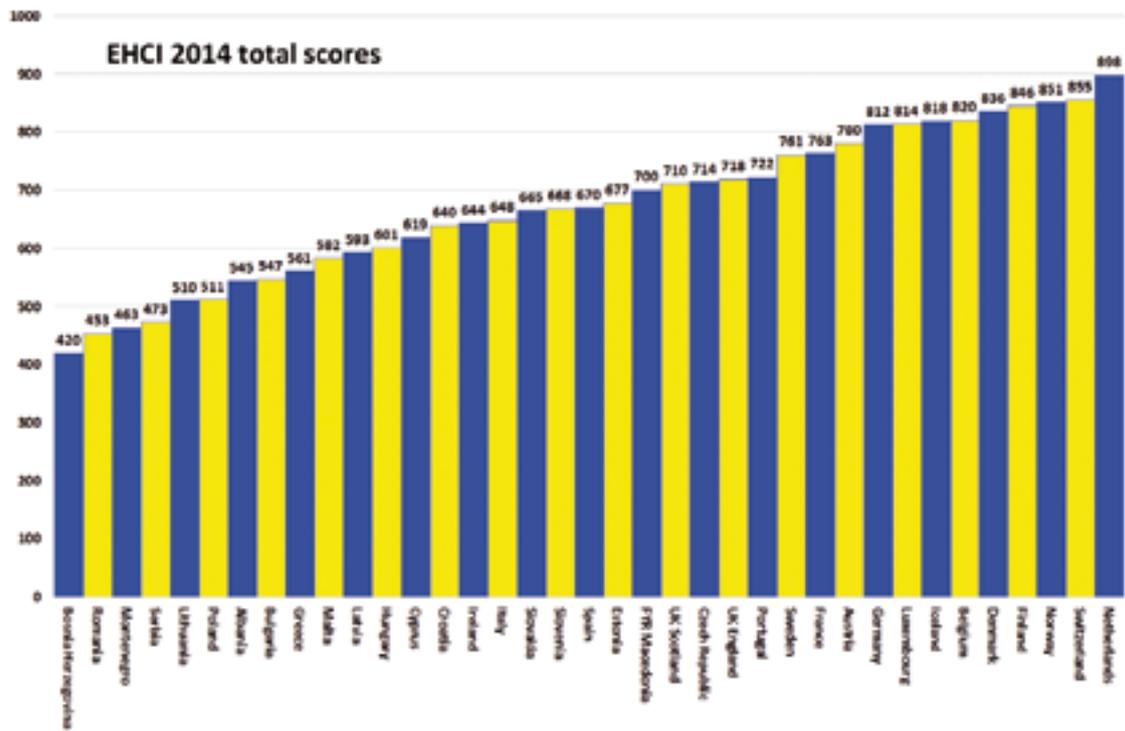
Sintesi dei risultati

La classifica complessiva dei sistemi sanitari fornita dall'indice EHCI 2014 mostra i Paesi Bassi incrementare nuovamente il divario col Paese alla seconda posizione, passando dai 19 punti del 2013 a 43 punti nel 2014 (nel 2012 il margine era di 50 punti), per un totale di 898 punti su 1.000, il punteggio EHCI più alto in assoluto. Dalla Svizzera (855 punti) in poi, l'indice EHCI 2014 mostra una competizione sempre più accanita nelle prime posizioni, dove non meno di 9 Paesi totalizzano un punteggio superiore a 800.

I diritti dei consumatori e dei pazienti stanno aumentando. Un numero sempre più crescente di Paesi europei dispone di leggi sanitarie basate esplicitamente sui diritti dei pazienti, mentre l'accesso funzionale alla propria cartella clinica sta divenendo la norma. Per anni l'elenco degli ospedali/delle cliniche selezionati/e per qualità si è limitato a indicare 2/3 Paesi soltanto; nel 2014 il numero è salito a 9 Paesi, segno che in questo settore qualcosa sta cambiando. O almeno così si spera.

EuroHealth Consumer Index 2014																			
Sub-discipline	Indicator	Austria	Belgium	Bulgaria	Czech Republic	Denmark	France	Germany	Greece	Italy	Latvia	Lithuania	Netherlands	Poland	Portugal	Spain	Sweden		
1. Patient rights and information	1.1 Healthcare law based on Patient rights	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.2 Patient organisations involved in decision making	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.3 No lock medicine insurance	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.4 Right to second opinion	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.5 Access to one medical record	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.6 Registry of long list doctors	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.7 Share on 24 telephone helpline with availability	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.8 Cross border care seeking financial help from home	N.A.	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.9 Provider catalogue with quality rating (1-5) for generalists	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.10 Patients' access to on-line booking of appointments?	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	1.11 e-prescriptions	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	Subdiscipline weighted score		92	125	100	54	79	104	83	100	142	121	133	117	138	121	96	96	139
2. Accessibility (waiting times for treatment)	2.1 Family doctor same day access	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	2.2 Direct access to specialist	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	2.3 Major elective surgery < 90 days	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	2.4 Cancer therapy < 21 days	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	2.5 CT scan < 7days	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	2.6 A&E waiting times	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
Subdiscipline weighted score		200	200	225	75	163	163	150	175	200	150	175	213	188	138	163	163	88	
3. Outcomes	3.1 Decrease of CVD deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.2 Decrease of stroke deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.3 Infant deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.4 Cancer survival	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.5 Preventable Years of Life Lost	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.6 MRSA infections	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.7 Abortion rates	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	3.8 Depression	Q	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
Subdiscipline weighted score		104	177	196	115	125	156	177	177	198	177	219	198	104	229	156	115	229	188
4. Range and reach of services provided	4.1 Equity of healthcare systems	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.2 Cataract operations per 100 000 age 65+	N.A.	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.3 Kidney transplants per million pop.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.4 Is donor care included in the public (universal) offering?	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.5 Inpatient programs to doctors	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.6 Long term care for the elderly	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.7 % of dialysis done outside of clinic	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	4.8 Caesarean sections	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
Subdiscipline weighted score		50	118	138	62	96	100	75	119	131	118	138	113	84	94	69	88	125	100
5. Prevention	5.1 Infant & teenage vaccination	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.2 Blood pressure	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.3 Smoking Prevention	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.4 Alcohol	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.5 Physical activity	N.A.	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.6 HPV vaccination	N.A.	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	5.7 Traffic deaths	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
Subdiscipline weighted score		65	83	83	60	71	60	71	71	89	54	95	89	95	95	83	83	107	89
6. Pharmaceuticals	6.1 Rx suitability	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.2 Lipase-inhibited pharmacopoeia	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.3 Blood cancer drug deployment rate	N.A.	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q		
	6.4 Access to new drugs (prior to marketing)	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.5 Anticancer drugs	N.A.	Q	Q	N.A.	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	N.A.		
	6.6 Medication use	N.A.	Q	Q	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
	6.7 Anticoagulants	N.A.	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q	Q		
Subdiscipline weighted score		33	78	76	48	52	57	67	71	76	57	86	71	57	86	57	57	57	86
Total score		545	780	820	420	547	640	619	714	836	677	848	783	700	812	661	601	818	844
Rank		20	10	6	36	29	23	24	15	5	17	4	11	16	9	28	25	7	22

Figura 4 Sintesi dei risultati



La sottodisciplina della "generosità"

I sistemi sanitari europei dissentono ampiamente su quanto sia incluso nell'offerta pubblica. Fatta eccezione per il Canada, dove alla sanità privata non è consentito offrire servizi in grado di competere con quelli erogati dal sistema

pubblico, la sanità è in tutto il mondo un'industria priva di controlli in cui chi possiede del denaro può letteralmente acquistare servizi sanitari di qualità; pertanto, l'indice EHCI si limita ad analizzare i soli servizi a disposizione dei cittadini coperti da una comune assicurazione sanitaria:

Tabella 1. Definizione degli indicatori e fonti dei dati per la sottodisciplina "Gamma e accessibilità dei servizi offerti ("generosità")

4. Gamma e accessibilità dei servizi offerti ("generosità")	4.1 Equity dei sistemi sanitari	Spesa sanitaria pubblica quale percentuale della spesa sanitaria complessiva	≥ 80%	<80% - >70%	≤ 70%	Database HFA dell'OMS, aprile 2014
	4.2 Numero di interventi per cataratta ogni 100.000 persone > 65 anni	Numero complessivo di procedure diviso per 100.000 persone ≥ 65 anni	> 5000	5000 - 3000	< 3000	Dati OCSE sulla sanità 2014, database HFA dell'OMS, Programma di prevenzione dell'OMS contro la cecità e la disabilità visiva, indicatori sanitari della CE, dati nazionali
	4.3 Numero di trapianti di rene ogni 1.000.000 persone	Donatori in vita e donatori deceduti, procedure p.m.p.	≥ 40	40 - 30	< 30	Newsletter del Consiglio d'Europa, settembre 2014
	4.4 Accessibilità alle cure odontoiatriche	Percentuale di percettori di reddito medio che dichiarano di non aver soddisfatto le proprie esigenze in ambito di visite odontoiatriche, 2010	< 5%	5 - 9,9%	≥ 1 %	OCSE - Health at a Glance 2014, Eurostat: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/
	4.5 Pagamenti sottobanco elargiti ai medici	Risposta media alla domanda "I pazienti sarebbero tenuti a effettuare pagamenti non ufficiali?"	No!	A volte: dipende dalla situazione	Si, spesso	Sondaggio commissionato a Patient View da parte dell'HCP, 2014. Enti sanitari nazionali.
	4.6 Cure a lungo termine per gli anziani	Numero di infermieri a domicilio e di letti per la cura degli anziani ogni 100.000 persone ≥ 65 anni	≥ 6000	5999 - 3000	< 3000	Database HFA dell'OMS, aprile 2014
	4.7 Percentuale di dialisi eseguite al di fuori della clinica	Percentuale di tutti i pazienti soggetti a dialisi peritoneale o emodialisi presso la propria abitazione	≥ 15%	<15% - 8%	< 8%	Report annuale (2012) dell'Associazione Renale Europea, www.ceapir.org
	4.8 Tagli cesarei	Numero di nascite ogni 1.000 casi; numero basso = buone cure prenatali	< 200	201 - 300	> 300	Database HFA dell'OMS, aprile 2014

Qualità dell'assistenza sanitaria rilevata in base agli outcome

Generalmente è importante sottolineare come gli esiti delle cure e dei trattamenti offerti dalla sanità europea *continuino a migliorare* indipendentemente dalle crisi finanziarie e dalle misure di austerità. L'indicatore 3.3 "Tasso di mortalità infantile", che probabilmente rappresenta il miglior elemento per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria e per il quale i valori di soglia tra i punteggi verde/giallo/rosso sono stati mantenuti costanti sin dal 2006, mostra un incremento dei punteggi verdi da 9 (2006) a 22 (2014). La figura 5 illustra la "mappa della qualità dell'assistenza sanitaria" dell'Europa basata sui punteggi della sottodisciplina "Outcome" nell'indice EHCI 2014:

Anche questa mappa rimane straordinariamente costante nel tempo.

Il colore giallo che caratterizza la Spagna, l'Italia e il Regno Unito (i grandi Paesi basati sul modello *Beveridge*) è probabilmente dovuto alle notevoli variazioni regionali; tutti e tre i Paesi dispongono senza dubbio di molti centri di eccellenza in ambito sanitario.

Figura 5 Mappa della qualità dell'assistenza sanitaria



Figura 6 Tasso di mortalità infantile

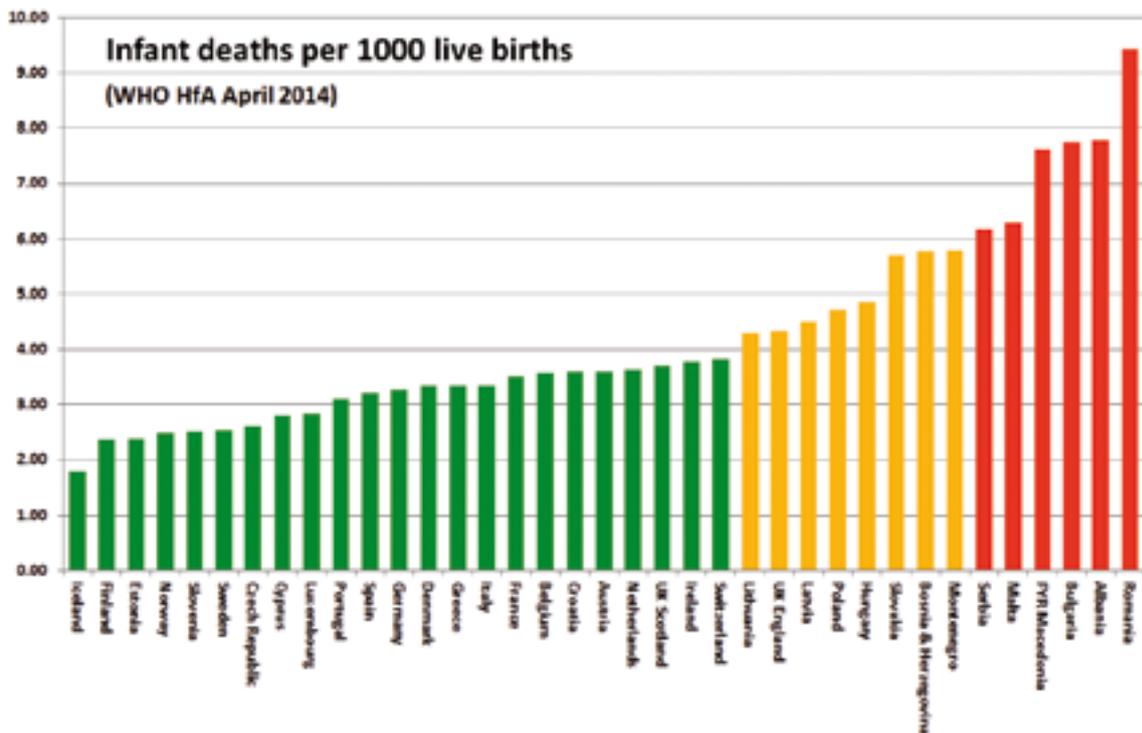


Figura 7 Rapporto spesa pro-capite / punteggio

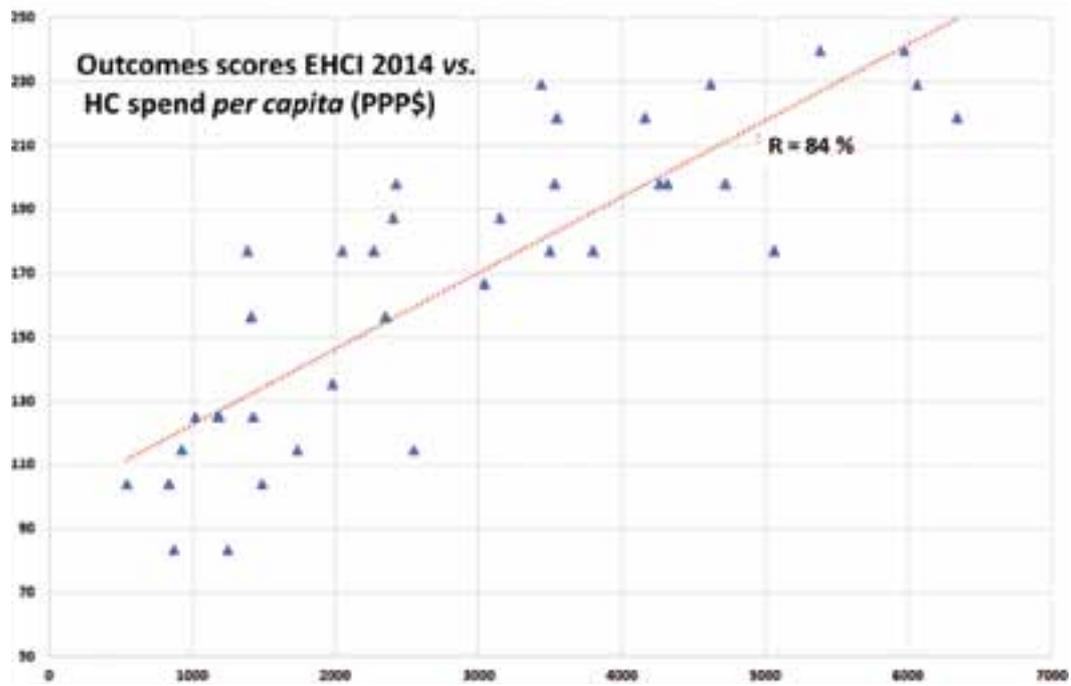
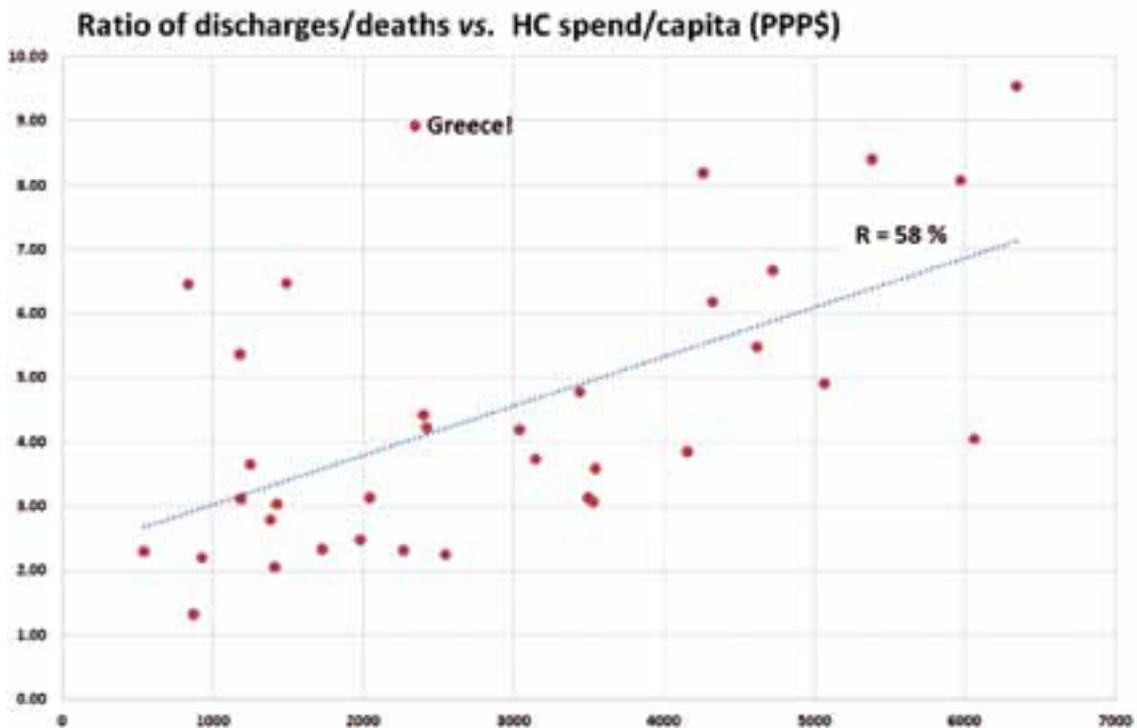


Figura 8 Esempio indicatore LAP



SALUTE e Territorio

L'indicatore LAP – il denaro può acquistare migliori outcome!

Sebbene i grandi Paesi basati sul modello *Beveridge* ottengano risultati più contenuti rispetto a quelli basati sul modello *Bismarck*, pare vi sia una precisa correlazione tra il denaro speso e gli esiti delle cure mediche. Il seguente diagramma ne è la dimostrazione:

La correlazione è evidente, così come è evidente e di certo interessante il fatto che la Grecia duramente colpita dalla crisi non solo riesce a permettersi un'ingente quantità di farmaci, ma riesce anche a dimostrare una certa generosità nell'offrire ricoveri ospedalieri per cure cardiache, considerando quanto ufficialmente dichiarato in termini di spesa sanitaria:

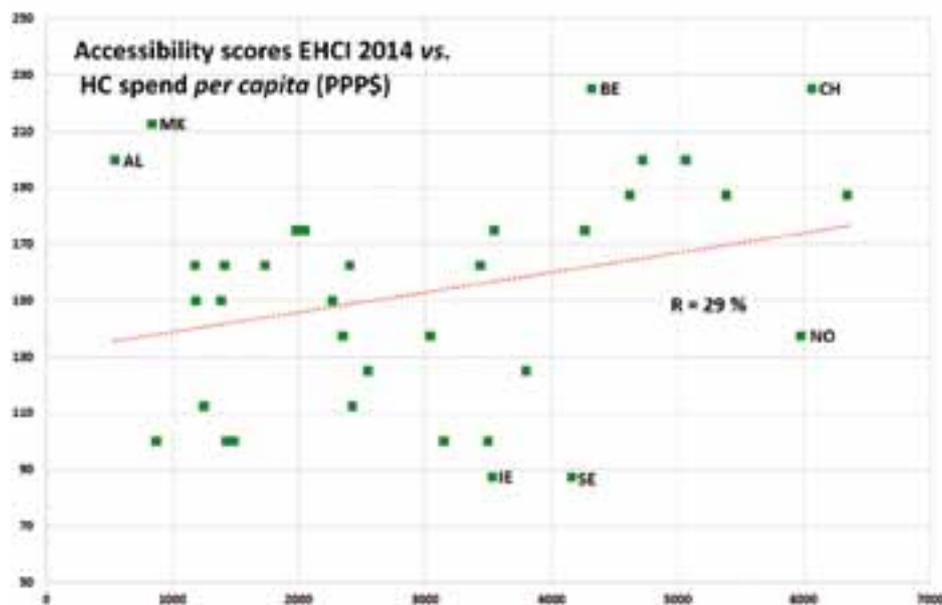
Liste di attesa: una condizione mentale che colpisce gli amministratori e il personale del settore sanitario?

Col passare degli anni è parso chiaro che il sistema di *gatekeeping* comporta necessariamente dei tempi di attesa. Contrariamente a quanto si pensa, l'accesso diretto alle cure specialistiche non genera problemi di accesso ai medici specialisti dovuti a un incremento della doman-

Figura 9 "Territori ove sono richiesti tempi di attesa" (rosso) e "territori ove non sono richiesti tempi di attesa" (verde) in base ai punteggi dell'indice EHCI 2014.



Figura 10 Qualsiasi coefficiente di correlazione (R) inferiore a 50% significa essenzialmente assenza di correlazione.



da; i tempi di attesa per accedere a *cure specialistiche* si manifestano ripetutamente e in maniera predominante in quei sistemi dove si necessita di un rinvio da parte dell'assistenza primaria, cosa che ha tutta l'aria di essere una considerazione piuttosto assurda.

La situazione dei "territori ove sono richiesti tempi di attesa" rimane straordinariamente stabile nel tempo. Non

esiste alcuna correlazione significativa tra denaro e accessibilità a un sistema sanitario, come indicato nel diagramma seguente.

Sembra che i tempi di attesa per i servizi sanitari siano una condizione mentale che colpisce gli amministratori e il personale del settore sanitario piuttosto che un problema di carenza di risorse.

Osserva Salute

Alessandro Solipaca¹, Walter Ricciardi²

¹ Segretario scientifico Osservatorio sulla salute nelle Regioni italiane
Università Cattolica del "Sacro cuore", Roma

² Direttore Osservatorio sulla salute nelle Regioni italiane e Università Cattolica del "Sacro cuore", Roma

Abstract

Il rapporto Osservasalute utilizza una metodologia di analisi comparativa e indicatori validati a livello internazionale. Il rapporto ha una doppia prospettiva: dare continuità all'iniziativa, sviluppando confronti nel tempo, e muoversi in una logica europea per fare benchmarking. I numerosi indicatori presentati denunciano frequenti problemi di equità del sistema sanitario che né l'introduzione del principio di sussidiarietà né il complesso delle garanzie di tutela sembra aver risolto. Appare evidente che sono necessarie soluzioni innovative e metodi validi per misurare gli impatti.

Agli inizi del 2000, con l'introduzione del federalismo fiscale, si è completato il ciclo di riforme che ha interessato il settore della sanità pubblica. Il processo di cambiamento, durato circa dieci anni, ha avuto la finalità di attuare il principio della sussidiarietà previsto dalla Carta Costituzionale e affidare la responsabilità organizzativa e gestionale alle Regioni. A distanza di circa quindici anni, i principali indicatori di funzionamento del sistema evidenziano ancora persistenti squilibri di qualità tra i diversi territori, sia dal punto di vista della salute, sia dal punto di vista dell'equità. La fase storica che stiamo vivendo non favorisce la soluzione di questi storici squilibri, anzi il nostro sistema sanitario nazionale (Ssn), costretto a muoversi in un sentiero stretto dai vincoli di finanza pubblica, palesa evidenti sofferenze che rischiano di alimentare invece che attenuare i problemi che lo assillano. Il sistema sanitario si trova ad affrontare vecchie e nuove sfide in un contesto economico particolarmente vulnerabile, per questo ogni contributo di idee e di documentazione della realtà può aiutare a trovare soluzioni e a supportare i policy makers nelle scelte che riguardano il futuro della sanità pubblica e della sua sostenibilità economica.

L'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, nato per iniziativa dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, si qualifica come istituzione di carattere scientifico sotto forma di Centro di eccellenza in collaborazione con le competenti istituzioni accademiche, scientifiche e tecnologiche nazionali ed

internazionali, con particolare riferimento all'European Observatory on Health Care Systems dal quale mutua i meccanismi istituzionali" (art. 1 dello Statuto). L'Osservatorio, inoltre, coordina ed integra la propria attività con il Gruppo di lavoro sul management sanitario della S.It.I. (Società Italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica).

L'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane si propone di fornire un contributo significativo alla descrizione del funzionamento del nostro Ssn e suggerire degli spunti di riflessione per tutti gli addetti ai lavori, e principalmente ai policy makers, agli operatori del settore e ai ricercatori. L'Osservatorio si avvale della collaborazione tra l'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e numerose istituzioni pubbliche (Ministero della Salute, Istat, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio nazionale delle ricerche, Istituto nazionale tumori, Istituto italiano di medicina sociale, Agenzia italiana del farmaco, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Osservatori epidemiologici regionali, Agenzie regionali e provinciali di sanità pubblica, Assessorati regionali e provinciali alla salute). Le attività svolte sono di natura multidisciplinare e coinvolgono circa duecentotrenta esperti di sanità pubblica, clinici, demografi, epidemiologi, matematici, statistici ed economisti che, a diverso titolo e con diverse competenze, hanno posto al centro del proprio orizzonte scientifico la salute degli individui e delle collettività per promuoverne il continuo miglioramento.

Obiettivi

- L' Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane si articola in 21 sezioni regionali e provinciali autonome ed ha lo scopo di:
- -Raccogliere dati regionali comparabili provenienti da diverse fonti.
- Monitorare lo stato di salute delle Regioni italiane attraverso specifici indicatori di rigore scientifico e semplicità conoscitiva.
- Diffondere strumenti di sorveglianza di sanità pubblica attraverso rapporti annuali.
- Sito web.
- Conferenze stampa.
- Eventi dedicati a livello regionale.
- Eventi dedicati a specifiche problematiche.

Da un punto di vista concettuale e metodologico si collega con l'Osservatorio europeo per i sistemi sanitari, mantenendone approcci e prospettive, e fa parte del network degli Osservatori di sanità pubblica europei. La finalità principale dell'Osservatorio è fornire ai decisori, sia politici che tecnici, strumenti scientificamente rigorosi, obiettivi e politicamente neutrali, collaborando con ogni amministrazione, pubblica o privata, centrale o regionale, che abbia responsabilità istituzionali nel settore sanitario e ponga al centro della propria azione il benessere dei cittadini.

Il principale prodotto dell'Osservatorio è costituito dal "Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane".

Metodi

Il Rapporto Osservasalute utilizza una metodologia di analisi comparativa ed indicatori validati a livello internazionale. Gli indicatori utilizzati sono stati scelti tra quelli elencati nel Progetto EUPHIN (European Union Public Health Indicators) della Commissione europea a cui sono stati aggiunti altri indicatori costruiti per aspetti specifici non contemplati nel suddetto progetto. La selezione degli indicatori rappresenta un'esperienza pilota anche a livello europeo finalizzata a creare una base metodologica di confronto tra Regioni di differenti Stati membri, per acquisire esperienze utili ad identificare le situazioni di eccellenza e comprenderne i meccanismi che ne stanno alla base. Il Rapporto si muove in una doppia prospettiva: la prima è quella di dare continuità all'iniziativa, sviluppando confronti nel tempo ed ulteriori indagini su temi di rilevante interesse; la seconda è quella di muoversi in una logica europea per produrre un'attività di benchmarking della salute e dell'assistenza nelle Regioni europee.

Il Rapporto si compone di 20 capitoli che trattano sia degli aspetti legati alla salute soggettiva, alla mortalità, all'epidemiologia e agli stili di vita, sia quelli legati all'attività, all'organizzazione e alle risorse del sistema sanitario pubblico. All'interno di ogni capitolo viene fornito un quadro generale del fenomeno trattato e una sintesi delle principali evidenze riscontrate attraverso l'analisi degli indicatori presentati. In generale, il Rapporto elabora e analizza circa 450 indicatori per ogni Regione, per ognuno dei quali viene fornita la definizione, il significato, la validità del suo impiego, i limiti interpretativi e l'analisi territoriale. Si tratta di un core di indicatori "multifonte", infatti questi vengono elaborati su dati di diversa natura e provenienza. In particolare, le basi dati utilizzate sono sia di natura amministrativa, sia di natura statistica. Le basi dati di natura amministrativa sono quelle prodotte da istituzioni che raccolgono informazioni necessarie per le loro finalità e che vengono valorizzate a fini statistici (per es. le schede di dimissioni ospedaliere del Ministero della sanità). I dati di natura statistica sono rilevati attraverso indagini sulla popolazione, censuarie o campionarie. Le basi dati amministrative sono esaustive, rilevano quindi tutti gli eventi sui quali sono focalizzate; questi dati per loro natura non sono affetti da errore statistico, ciononostante sono sottoposti a controlli di coerenza. I dati di fonte statistica vengono raccolti con processi che ne assicurano la completezza e la coerenza, per quelli di natura campionaria il disegno della rilevazione permette di valutare l'errore delle stime prodotte con questi dati. Gli indicatori calcolati sulla base di dati campionari sono corredati da un intervallo di confidenza che fornisce la stima dell'incertezza legata all'errore di campionamento. Tutti gli aspetti metodologici e la descrizione delle fonti utilizzate sono trattati in un capitolo a sé stante, al fine di fornire tutte le informazioni necessarie per una corretta valutazione degli indicatori e delle analisi presentate. La comunicazione e la diffusione del Rapporto Osservasalute è affidata ad un sito web interamente dedicato (<http://www.osservasalute.it/>), sul quale sono disponibili gratuitamente tutti i Rapporti pubblicati e altre notizie di interesse per il settore. In particolare, sono disponibili degli approfondimenti che trattano aspetti specifici utili per una più completa documentazione e per fornire spunti di riflessione sui principali temi della sanità pubblica.

Analisi e risultati

L'ultimo Rapporto testimonia che nell'ultimo decennio lo stato di salute degli italiani risulta complessivamente buono, con un aumento, nei 10 anni trascorsi, della speranza

SALUTE e Territorio

di vita per entrambi i generi. Infatti, dal 2002 al 2012, l'aspettativa di vita è passata per gli uomini da 77,2 a 79,6 anni e per le donne da 83,0 a 84,4 anni. Altro aspetto rilevante emerso è rappresentato dalla diminuzione del tasso di mortalità infantile, nel 2011 il tasso di mortalità infantile è stato di 3,1 morti per 1.000 nati vivi, in diminuzione rispetto al 2006 in cui era di 3,4. Entrambi i dati costituiscono un aspetto positivo ma l'analisi territoriale evidenzia differenze sostanziali lungo la direzione Nord-Sud, infatti la PA di Trento ha una speranza di vita di 80,8 anni per gli uomini e 85,9 anni per le donne, mentre la Campania, sperimenta l'attesa di vita più bassa, rispettivamente, 78 anni e 82,8 anni. Riguardo alla mortalità infantile si rileva che un nato residente nel Meridione ha una probabilità di morire nel primo anno di vita 1,3 volte superiore rispetto a uno residente al Centro e 1,4 volte superiore rispetto a uno residente al Nord.

Dal lato della cronicità, si rileva un leggero aumento della prevalenza di malati cronici, in gran parte dovuto all'invecchiamento della popolazione, infatti la quota di coloro che soffrono di almeno una patologia cronica grave, nel 2013, è pari al 14,8 per cento della popolazione, con un aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2005.

Se l'aumento della prevalenza di malattie croniche, legata all'invecchiamento della popolazione, è una prospettiva futura, assai allarmante è il quadro odierno proposto dal Rapporto che riferisce di un preoccupante aumento dei nuovi casi di tumori prevenibili. Infatti, tra le donne, i nuovi casi di tumore al polmone, tra il 2003 e il 2013, sono aumentati del 17,7%, così come quello alla mammella che registra un incremento del 10,5%. Tra gli uomini l'incidenza del tumore al colon retto, nello stesso periodo, è aumentata del 6,5%. A fare le spese di questo peggioramento del quadro epidemiologico sono soprattutto le Regioni del Mezzogiorno, nelle quali gli aumenti sono stati spesso più marcati. Questi sono segnali molto preoccupanti che testimoniano con forza l'esigenza di investire in prevenzione, soprattutto se si considera che, laddove questa attività è stata svolta, si sono ottenuti risultati molto positivi, infatti, il numero di nuovi casi del tumore alla cervice uterina, nel decennio considerato, risulta in forte diminuzione (-33,3%).

Questo dato costituisce un campanello d'allarme, poiché il ritardo del nostro Paese sul fronte della prevenzione e il deficit di risorse destinate a questa importante funzione rischiano di far vacillare la salute degli italiani e di vanificare i risultati ottenuti dal nostro Ssn.

A tale riguardo giova segnalare per la prevenzione primaria che le vaccinazioni obbligatorie raggiungono l'o-

biiettivo minimo stabilito nel vigente Piano nazionale prevenzione vaccinale, in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pari ad almeno il 95% di copertura entro i 2 anni di età. La copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione generale si attesta, nella stagione 2013-2014, al 15,6%. Nei bambini e nei giovani adulti i tassi di copertura, a livello nazionale, non superano il 2,6% nelle diverse classi di età considerate. Negli anziani ultra 65enni la copertura antinfluenzale in nessuna Regione raggiunge i valori considerati minimi (75%) dal Piano nazionale prevenzione vaccinale. Nell'arco temporale 2002-2003/2013-2014, per quanto riguarda la copertura vaccinale degli ultra 65enni si è registrata una diminuzione, a livello nazionale, pari all'8,1%.

Con riferimento alla mammografia a scopo preventivo a livello nazionale, nel periodo 2010-2013, il 51% della popolazione target femminile ha aderito ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 19% ha effettuato l'esame, nei tempi raccomandati, su iniziativa spontanea. Nel periodo 2010-2013 il 40% della popolazione target femminile si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o Human Papilloma Virus test) aderendo ai programmi offerti dalle ASL, mentre il 37% vi si sottopone su iniziativa spontanea. Riguardo allo screening per il tumore del colon-retto, la copertura nazionale è molto lontana dall'atteso: solo il 39% della popolazione target riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali.

Il Rapporto dedica parte del capitolo sulla prevenzione agli stili di vita, nella convinzione che questi rappresentino uno dei principali strumenti di resilienza contro la maggior parte delle patologie gravi. Le analisi svolte testimoniano che gli stili di vita sono ancora largamente insoddisfacenti, infatti la sedentarietà aumenta in maniera significativa per entrambi i generi: da 34,6% a 36,2% negli uomini e da 43,5% a 45,8% nelle donne. A questo si aggiunge la quota elevata di italiani in sovrappeso, complessivamente, il 45,8% dei soggetti di età superiore ai 18 anni. Parzialmente positivo il dato sui fumatori e i consumatori di alcol. Riguardo ai fumatori si conferma il trend in lenta discesa: nel 2010 fumava il 22,8% degli over-14 e nel 2011 il 22,3%, nel 2012 fuma il 21,9% degli over-14, nel 2013 il 20,9%. Anche il trend dei consumatori di alcol è in leggera diminuzione, riscontrabile dall'aumento degli astemi e la riduzione dei consumatori a rischio. La prevalenza degli astemi e degli astinenti negli ultimi 12 mesi è pari, nel 2012, al 34,2%, valore maggiore rispetto al 2011 (33,6%).

Il capitolo sull'assetto economico finanziario sottolinea che la spesa sanitaria pubblica nel 2013 si conferma in diminuzione, meno 2,4% rispetto al 2010, con un decremento dell'1,5% solo nell'ultimo anno. Un volume di spesa, pari a 1.816€ pro capite, decisamente basso se confrontato con quello dei principali Paesi con un sistema sanitario assimilabile al nostro. Anche le risorse in termini di personale sono in sensibile diminuzione, infatti continua l'emorragia di personale del Servizio sanitario nazionale, dal 2009 al 2012 il tasso di compensazione si è costantemente ridotto, arrivando a segnare 68,9% nel 2012, circa 10 punti percentuali in meno rispetto al 2011. Particolarmente problematica la situazione nel Lazio, Puglia, Campania, Molise e Calabria che hanno sperimentato un tasso di turn-over inferiore al 25%. Il risultato più virtuoso è stata la diminuzione del disavanzo che nel 2012 ammontava a circa 1,043 miliardi di euro, ben al di sotto dei 5,790€ miliardi registrato nel 2004.

Il Rapporto documenta numerosi altri aspetti importanti per descrivere le condizioni di salute, l'attività del Sistema sanitario pubblico e il contesto in cui si trova ad operare. A tal fine gli altri capitoli dedicati alla salute sono focalizzati su particolari patologie rilevanti, quali le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie infettive e metaboliche, la salute mentale e materno infantile. Riguardo agli aspetti di contesto, vengono trattati i temi legati alla dinamica demografica della popolazione e all'ambiente. Infine, l'attività e l'offerta del Sistema sanitario nazionale è documentata attraverso le strutture, le apparecchiature, i posti letto e gli utenti dell'assistenza territoriale e ospedaliera.

Conclusioni

I numerosi indicatori presentati nel Rapporto denunciano frequentemente problemi sul piano dell'equità del siste-

ma. Questo è il segnale che l'introduzione del principio della sussidiarietà e il complesso delle garanzie a tutela dell'equità del sistema non hanno risolto i tradizionali divari territoriali che caratterizzano il settore della sanità. A sostegno di questa tesi, un recente rapporto del Ministero della salute sottolinea che le Regioni in piano di rientro faticano ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza, in altre parole i cittadini residenti nelle Regioni in deficit ricevono volumi di prestazioni al di sotto degli standard ritenuti adeguati per assicurare loro il diritto alla salute.

Ad aggravare questo scenario il fatto che in prospettiva la dinamica demografica e sociale comporterà da un lato l'aumento della popolazione anziana a più alto bisogno di cure, dall'altro la rarefazione della rete di aiuto informale che non consentirà di assistere bambini e anziani all'interno delle loro famiglie. Tale scenario risulterà ulteriormente aggravato qualora permanessero gli attuali vincoli di finanza pubblica che restringerebbero sempre più le risorse a disposizione del settore. Di fronte a tale futuro si rendono necessarie soluzioni innovative in grado di assicurare il soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e la sostenibilità dell'intero sistema di welfare. Si tratti di trovare delle soluzioni urgenti, affinché non ci si trovi costretti a scelte di emergenza che finirebbero per peggiorare, anziché risolvere, i problemi della nostra società. Appare ormai evidente che le riforme prospettate sino ad ora nell'ambito del sistema di welfare, basate su una diversa allocazione di risorse all'interno del sistema di protezione sociale, quali pensioni, forme di sostegno al reddito e all'occupazione, sanità e assistenza, non abbiano dato risposte adeguate al cambiamento dell'economia e della società.

Piano Nazionale esiti

Luigi Pinnarelli¹, Alice Basiglini², Danilo Fusco³, Marina Davoli⁴,
Gruppo di lavoro Centro operativo programma nazionale esiti⁵

¹ Centro operativo Programma nazionale esiti. Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale, Regione Lazio

² Age.Na.S.

³ Centro operativo Programma nazionale esiti. Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale, Regione Lazio.

⁴ Direttore scientifico Programma nazionale esiti

⁵ Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale, Regione Lazio. GRUPPO DI LAVORO CENTRO OPERATIVO PROGRAMMA NAZIONALE ESITI: Belleudi Valeria, Bontempi Katia, Cappai Giovanna, Colais Paola, D'Ovidio Mariangela, Di Martino Mirko, Di Domenicantonio Riccardo, Lallo Adele, Mataloni Francesca, Rosa Alessandro, Sciattella Paolo, Soldati Salvatore, Sorge Chiara, Ventura Martina.

Abstract

A partire dal 2010 è stato avviato il Programma nazionale di valutazione di esito (PNE), che sviluppa nel Servizio sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari. Gli obiettivi principali di PNE riguardano la valutazione comparativa tra soggetti erogatori, utili nella individuazione di possibili criticità organizzative o clinico assistenziali e la valutazione comparativa tra gruppi di popolazione per area di residenza, utili per valutare la tutela dei pazienti e dell'equità nell'accesso alle cure efficaci.

Gli indicatori del PNE sono calcolati sulla base dei Sistemi informativi sanitari (SIS), tenendo conto di diversi fattori di rischio e i risultati sono pubblicati annualmente in un sito web dedicato. I risultati dell'ultima edizione del PNE mostrano un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata in diverse aree cliniche ma la principale criticità riguarda l'eterogeneità dell'offerta e accesso della popolazione ai trattamenti di provata efficacia, sia tra le strutture e le diverse aree di residenza italiane, sia all'interno delle diverse Regioni.

Lo sviluppo dei programmi di valutazione di esito

I progressi delle metodologie di disegno di studio e di analisi statistica e la sempre più estesa disponibilità e validità di sistemi informativi e basi di dati nei sistemi sanitari avanzati, hanno fatto emergere il ruolo della "comparative effectiveness research", intesa come valutazione comparativa osservazionale dei servizi e degli interventi sanitari. Le valutazioni comparative degli ospedali, per struttura, per diagnosi, per procedure, per caratteristiche organizzative, sono casi particolari di applicazione dei metodi di comparative effectiveness research. A livello internazionale da diversi anni sono consolidate le esperienze di valutazione comparativa tra strutture². In Italia, le prime Regioni a pubblicare dati di valutazione sistematica di esito sono state il Lazio, con la prima pubblicazione dei dati nel 2006³⁴, la Lombardia e successivamente la Toscana.

A partire dal 2010, nell'ambito dei progetti finanziati dal CCM è stato avviato da AgeNaS, per conto del Ministero della Salute, il Programma nazionale di valutazione di esito (PNE)⁵. Nell'agosto del 2012 la Legge nazionale 135 segna il passaggio dalla fase sperimentale di PNE ad una funzione istituzionale. L'applicazione di questa norma consentirà, inoltre, lo sviluppo e la stima di nuovi e più validi indicatori attraverso l'utilizzazione integrata delle informazioni di tutti i sistemi informativi del SSN. Queste nuove opportunità consentiranno non solo un ulteriore sviluppo ed una maggiore validità delle stime di esito dell'assistenza ospedaliera, ma soprattutto lo sviluppo di validi indicatori di esito delle cure primarie, ambulatoriali e della continuità assistenziale.

La stessa norma, nello stabilire che il Ministero della Salute si avvale, per la valutazione degli esiti nel SSN, di

AgeNaS, sancisce esplicitamente l'inquadramento istituzionale del Programma nazionale esiti. A seguire, il DL 158/2012 stabilisce che "...ciascuna Regione promuove un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il Programma nazionale valutazione esiti...".

Attualmente, la struttura organizzativa del PNE è costituita all'interno di AgeNaS da:

- Direzione scientifica, segreteria e coordinamento.
- Comitato PNE, composto dai rappresentanti di Regioni, Province autonome ed istituzioni scientifiche.
- Dipartimento di Epidemiologia del Servizio sanitario regionale – Regione Lazio come centro di riferimento operativo per progettazione, gestione, disegno ed analisi dati e gestione sito *web*.
- Rete dei programmi regionali di valutazione di esito.

Il Ministero della Salute garantisce l'autonomia, l'integrità e l'indipendenza delle valutazioni del Programma nazionale esiti, di cui la direzione scientifica è responsabile e di cui ne risponde.

Obiettivi e finalità del PNE

Il PNE sviluppa nel Servizio sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, che può essere definita come la stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi o trattamenti sanitari.

Gli obiettivi principali di PNE riguardano la valutazione comparativa tra soggetti erogatori, utili nella individuazione di possibili criticità organizzative o clinico assistenziali e con possibili applicazioni in termini di accreditamento e remunerazione, e la valutazione comparativa tra gruppi di popolazione per area di residenza, utili per valutare la tutela dei pazienti e dell'equità nell'accesso alle cure efficaci. Gli ambiti di valutazione sono, per quanto riguarda la funzione di produzione, le singole aziende ospedaliere o stabilimenti ospedalieri e, per quanto riguarda la funzione di tutela, le aziende sanitarie locali o le Province di residenza dei pazienti.

Ulteriori obiettivi del PNE possono riguardare la valutazione osservazionale dell'efficacia "teorica" (*efficacy*) di interventi sanitari per i quali non sono possibili o disponibili valutazioni sperimentali (RCT) e la valutazione osservazionale dell'efficacia "operativa" (*effectiveness*) di interventi sanitari per i quali sono disponibili valutazioni sperimentali di efficacia.

È importante sottolineare che i risultati di PNE possono

essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. Le misure del PNE sono strumenti di valutazione che non possono, quindi, essere utilizzate per produrre classifiche, graduatorie, pagelle o giudizi, ma solo come supporto ai programmi di *audit* sulla qualità dei dati, utilizzati come base per le analisi, o di *audit* clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento della qualità clinico-assistenziale o all'individuazione di criticità organizzative.

Metodologia

Definizione e costruzione degli indicatori

Il processo che porta alla definizione di un indicatore di esito inizia con una fase di revisione sistematica della letteratura medico scientifica relativa al trattamento o percorso diagnostico terapeutico che si intende valutare. Le informazioni derivate da questa prima fase di revisione consentono di definire una prima versione del protocollo da utilizzare per condurre le analisi preliminari che permetteranno di verificare la validità dell'indicatore. Gli indicatori sono documentati da protocolli con definizione esplicita dell'esito in studio, dei criteri di selezione dei casi, dei tempi di *follow-up*, delle fonti dei dati e dei fattori utilizzati per il *risk adjustment*. Il protocollo dell'indicatore ed i risultati delle analisi preliminari sono sottoposti alla valutazione di rappresentanti delle Società scientifiche di riferimento, di *panel* di clinici esperti e ulteriormente discussi nell'ambito del Comitato PNE.

Gli indicatori di esito misurano il risultato di un processo assistenziale in termini di esiti clinici (es mortalità, morbosità, ospedalizzazioni)⁶. La loro relazione con il fenomeno misurato è influenzata da diversi determinanti che non sono direttamente correlabili con la qualità del processo assistenziale (*marker* di rischio, fattori ambientali, variabili socio-economiche) e che devono essere considerati ed eventualmente corretti durante il calcolo dell'indicatore. La robustezza degli indicatori di esito dipende inoltre dal tempo intercorso tra la misurazione e l'effettiva erogazione della prestazione sanitaria. Gli indicatori di processo misurano il grado di aderenza del processo assistenziale agli standard di riferimento della miglior pratica clinica basata sulla evidenza. Per questo motivo sono considerati dei *proxy* degli esiti dell'assistenza e la loro robustezza, intesa come predittività degli esiti clinici, dipende dalla forza della raccomandazione clinica e del grado di evidenza sui quali sono stati costruiti. Inoltre, sono calcolati

indicatori di volumi di attività, per gli interventi sanitari per i quali sono disponibili prove scientifiche di efficacia di associazione tra volumi di attività ed esiti delle cure⁷⁸. Infine, la qualità dell'assistenza territoriale è valutata attraverso la misurazione delle cosiddette "ambulatory care sensitive conditions" (ACSC)⁹, che possono essere definite come le situazioni per le quali un'assistenza territoriale di qualità consente di evitare il ricorso ad ospedalizzazioni evitabili oppure un intervento precoce permette di prevenire complicazioni o patologie più gravi¹⁰¹¹.

Le fonti dei dati

Le fonti di dati utilizzate per il calcolo degli indicatori sono i Sistemi informativi sanitari (SIS) e le fonti amministrative per la loro accessibilità e per la loro capacità di fornire informazioni sulla totalità dell'assistenza sanitaria erogata da strutture sanitarie che operano all'interno del SSN. Inoltre, l'uso di tali fonti informative permette di condurre un monitoraggio sistematico nel tempo degli indicatori inclusi nel PNE. Attualmente si utilizzano il Sistema informativo ospedaliero (SIO) che raccoglie le informazioni di tutti i ricoveri ospedalieri (in acuzie e post acuzie) per ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale validati attraverso il *linkage* con i dati dell'Anagrafe tributaria (AT). I dati derivati dagli archivi elettronici sono integrati mediante tecniche di *record linkage* con l'obiettivo di integrare le informazioni presenti in archivi diversi o nello stesso archivio in periodi diversi.

A partire dal 2013 vengono utilizzati anche i dati del sistema informativo dell'Assistenza emergenza urgenza (EMUR), anche se a tutt'oggi la completezza e qualità dei dati ne limita l'utilizzo sistematico. L'affidabilità dell'indicatore derivato da SIS è, quindi, legata alla qualità della codifica degli esiti all'interno dei flussi informativi sanitari, che può presentare forti differenze tra i diversi erogatori. Inoltre, gli eventi riportati all'interno dei flussi sanitari possono essere soggetti a *reporting bias*, che riguardano la selettività nel riportare informazioni relative a dati di interesse sanitario.

Metodi di analisi: standardizzazione diretta e risk adjustment

Le stime prodotte da PNE possono, come tutte le misure scientifiche, essere affette da errori sistematici e campionari. PNE utilizza metodologie di disegno di studio e di analisi statistica, basate sulle migliori e più aggiornate conoscenze metodologiche disponibili, che rendono esplicite le possibilità di errore e, dove possibile, mirano a controllarne gli

effetti. Nel PNE si utilizzano tecniche di *risk adjustment* che consistono nella costruzione di una misura di gravità che descrive la "complessità clinica" del paziente, sulla base delle caratteristiche anagrafiche, dalla gravità della patologia in studio e dalle patologie concomitanti dei pazienti, e nell'uso di tale misura per ottenere rischi e rischi relativi aggiustati, che consentono un confronto valido anche tra gli ospedali o le ASL di residenza.

La procedura analitica usata per la costruzione della misura di gravità prende il nome di modello predittivo, un modello statistico finalizzato a predire l'esito sulla base delle caratteristiche misurate sul paziente, alcune delle quali potranno essere fattori confondenti. Pertanto, le tecniche di *risk adjustment* prevedono, nella fase iniziale, l'analisi della relazione tra i potenziali fattori confondenti e l'esito in studio. Lo strumento generalmente utilizzato per la costruzione di una misura di gravità empirica è il modello di regressione multipla, come la regressione lineare, la regressione logistica o la regressione di Cox, a seconda che l'esito in studio sia una variabile continua (per esempio pressione arteriosa sistolica), dicotomica (per esempio mortalità a 30 giorni dopo ricovero per infarto miocardico acuto), un tempo di sopravvivenza o di attesa (per esempio tempo di attesa per l'intervento di sostituzione del collo del femore a seguito di ricovero per frattura). I modelli predittivi empirici hanno un notevole vantaggio rispetto agli *score prognostici* come l'*Euroscore* o il *Charlson Comorbidity Index*. Infatti, l'uso di *score* o di modelli "preconfezionati" esterni presuppone che la relazione tra predittori ed esito sia costante tra le popolazioni, assunto raramente verificato nella realtà.

Il confronto tra le strutture ospedaliere o tra le ASL di residenza avviene attraverso una metodologia chiamata standardizzazione diretta. Questo metodo utilizza la distribuzione dei fattori di rischio di una popolazione di riferimento come base per tutti i confronti. Per ciascuno degli indicatori valutati, la popolazione di riferimento è costituita dall'insieme di tutti i ricoveri osservati a livello nazionale. Attraverso i parametri stimati dai modelli statistici, per ciascuna struttura o ASL di residenza sono calcolati i rischi aggiustati. Questi rendono ininfluenza la diversa distribuzione dei fattori di rischio e consentono un confronto valido tra tutti i gruppi oggetto di interesse. Infatti, dopo l'aggiustamento, i rischi possono essere interpretati come se tutte le strutture e tutte le ASL presentassero la stessa distribuzione dei fattori di rischio (età, sesso, gravità della patologia e fattori di rischio) della popolazione di riferimento. Avendo applicato a tutti gli ospedali la stessa distribuzione per gravità (quella osservata a livello nazio-

nale), tutte le strutture ospedaliere sono confrontabili sia tra di loro, sia con la media nazionale.

Diffusione risultati

Il PNE pubblica i risultati relativi all'anno precedente, a settembre di ogni anno, compatibilmente con i tempi di trasmissione delle informazioni SDO da parte del Ministero della Salute.

La pubblicazione dei risultati è preceduta da una fase di *preview*, durante la quale una versione provvisoria dei nuovi dati viene resa disponibile, in forma riservata, per i componenti del Comitato PNE e per una lista ristretta di interlocutori professionali, per la tempestiva segnalazione di possibili incongruenze nell'analisi dei dati e nel trasferimento su *web*.

Terminata la fase di *preview*, i risultati del PNE sono pubblicati in un sito *web* dedicato (<http://95.110.213.190/PNEed14/index.php>) e sono consultabili previa registrazione.

La nuova edizione di PNE (ed. 2014) ha introdotto molte novità sia in termini di contenuti sia in termini di modalità di presentazione delle informazioni, a partire dal design del sito *web*, realizzato in modo tale da rendere più agevole la navigazione e più facilmente accessibili le informazioni.

Per entrambi gli ambiti di valutazione (analisi per struttura di ricovero e analisi per ASL di residenza) è possibile da una parte selezionare un indicatore visualizzando i risultati per più ospedali o ASL dall'altra selezionare una struttura o ASL visualizzando i risultati per tutti gli indicatori. Oltre che con il valore medio nazionale, PNE consente di confrontare gli esiti di un ospedale con il *benchmark* nazionale, con il risultato dell'anno precedente e con il risultato di un'altra struttura.

Nella sezione "S.I. Emergenza urgenza" sono riportate le informazioni relative alla copertura dei dati dell'Emergenza-urgenza e la distribuzione del numero di accessi e dei tempi di permanenza per struttura

La sezione "Sperimentazioni regionali" riporta i collegamenti ai programmi regionali di valutazione di esito, i protocolli di Indicatori territoriali di esito per le patologie croniche che ogni Regione calcola autonomamente, i risultati delle sperimentazioni regionali di nuovi indicatori e i dati di copertura, accessi per *triage* e permanenza in Pronto Soccorso da Sistema informativo regionale dell'Emergenza sanitaria.

È presente, inoltre, una sezione "Strumenti per *audit*" nella quale sono elencati le strutture ospedaliere da sottoporre

a processi di verifica della qualità dei dati per gli indicatori per i quali esistono chiare evidenze scientifiche di una relazione con la qualità delle cure erogate ma la cui interpretazione è fortemente influenzata dalla qualità dei dati utilizzati per la loro elaborazione. L'obiettivo del processo di *audit* è la valutazione della potenziale misclassificazione, rispetto ai criteri definiti nei protocolli degli indicatori, delle diagnosi utilizzate nella selezione dei ricoveri, delle variabili utilizzate nei modelli di aggiustamento e dei criteri utilizzati per la misura dell'esito. AgeNaS, attraverso il PNE, fornisce supporto attivo alle strutture ospedaliere nella conduzione dei processi di verifica.

Inoltre, nella nuova edizione, è stata attivata un'area dedicata al "monitoraggio dei volumi di attività". La sezione è stata prevista per consentire a ciascuna struttura di verificare i propri dati di volume in tempo reale (ad es. per valutare il rispetto delle soglie attese) e di poter quindi disporre di uno strumento interno di monitoraggio.

La diffusione e la divulgazione dei contenuti del PNE tra gli operatori sanitari è di fondamentale importanza per accrescere la sensibilità ai temi della valutazione e la corretta lettura e l'efficace utilizzo dei risultati PNE. Nel corso degli anni i dati sono stati presentati pubblicamente in quasi tutte le Regioni, ad eccezione della Calabria e del Molise.

A novembre 2014 si è conclusa, dopo 11 mesi di attivazione, la prima edizione del Corso di formazione a distanza (FAD) PNE, accreditato ECM (*Provider* FNOMCeO e Ipasvi), con più di 65mila utenti che hanno completato e superato il corso.

Sulla base dell'interesse mostrato dai professionisti per i temi dell'Epidemiologia in generale e della valutazione di esito in particolare, è stata elaborata una nuova versione della FAD, attiva a partire da gennaio 2015, alla quale hanno partecipato 27673 operatori sanitari (dati aggiornati al 30/05/2015).

Risultati

L'edizione 2014 (su dati aggiornati al 2013) analizzando, a livello di stabilimento ospedaliero e di ASL, 58 indicatori di esito/processo, 50 volumi di attività e 23 indicatori di ospedalizzazione, documenta una estrema eterogeneità nell'offerta e accesso della popolazione ai trattamenti di provata efficacia sia all'interno della stessa realtà regionale sia tra Regioni. Parte di questa eterogeneità potrebbe essere determinata dalla variabilità nella qualità dei sistemi informativi sanitari e parte dalla variabilità nella qualità delle cure offerte.

Figura 1. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. Italia 2008 – 2013

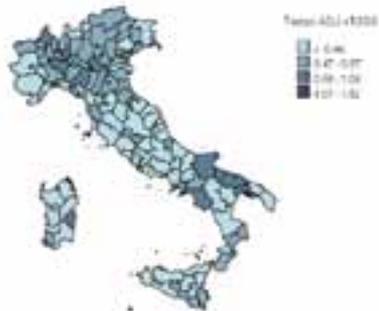
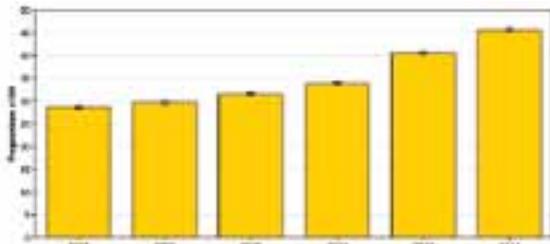


Figura 2. Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. Analisi per struttura di ricovero. Italia 2013



Le proporzioni sono aggiustate per età, genere e fattori di rischio ricercati nel ricovero indice e nei 2 anni precedenti. Nei boxplot sono indicate la mediana, la media (quadrato giallo) e il range interquartile.

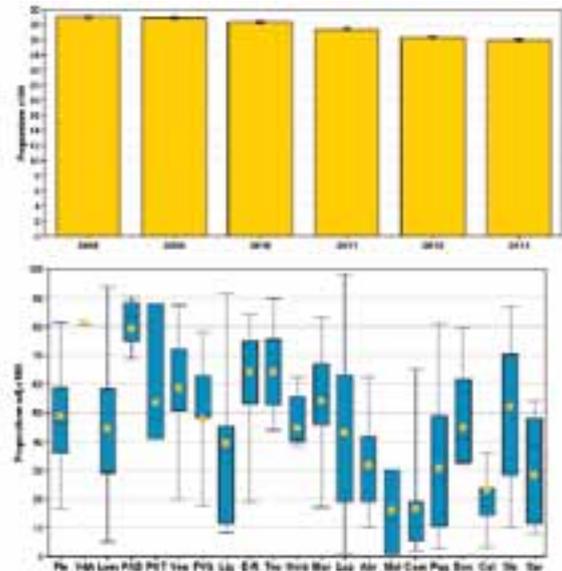
La proporzione di fratture di femore operate entro due giorni in individui di età maggiore di 65 anni è passata dal 28,7% del 2008 al 45,7% del 2013, restando, tuttavia, ancora molto al di sotto dello standard atteso (superiore all'80%).

A fronte di un valore nazionale medio del 45,7%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dell'1% ad un massimo del 98%.

I risultati del Programma nazionale esiti mostrano, nell'intervallo considerato, una lieve riduzione nel ricorso al parto con taglio cesareo: dal 29% di parti cesarei primari del 2008 si è passati al 26% del 2013.

Anche in questo caso, il dato più rilevante è quello di una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo del 4% ad un massimo del 93%.

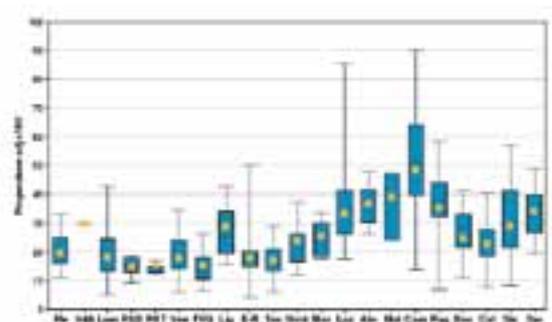
Figura 3. Proporzioni di parti con taglio cesareo primario. Italia 2008 – 2013



La proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni è passata dal 55,6% del 2008 al 64,1% del 2013.

Le Regioni che presentano proporzioni inferiori alla media nazionale sono quelle del sud Italia, ad eccezione della Basilicata. Tuttavia, la dimensione dell'eterogeneità intra-regionale è il dato più importante, confermato anche dalla distribuzione geografica per Provincia/ASL del valore dell'indicatore.

Figura 4. Proporzioni di parti con taglio cesareo primario. Analisi per struttura di ricovero. Italia 2013



Le proporzioni sono aggiustate per età, genere e fattori di rischio ricercati nel ricovero indice e nei 2 anni precedenti. Nei boxplot sono indicate la mediana, la media (quadrato giallo) e il range interquartile.

Figura 5. *Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. Italia 2008 -2013*

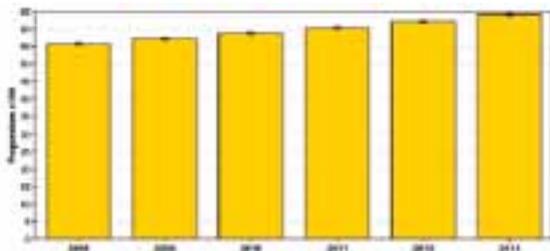
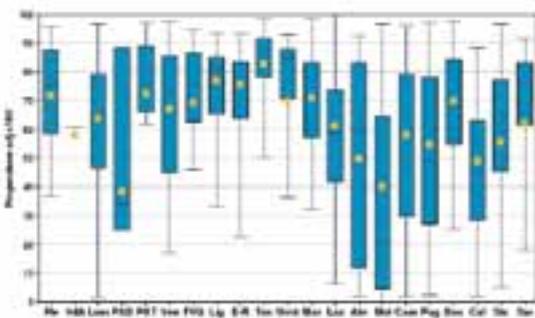
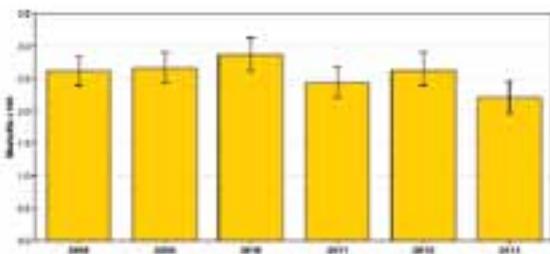


Figura 6. *Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. Analisi per struttura di intervento. Italia 2013*



Le proporzioni sono aggiustate per età, genere e fattori di rischio ricercati nel ricovero indice e nei 2 anni precedenti. Nei boxplot sono indicate la mediana, la media (quadrato giallo) e il range interquartile.

Figura 7 *By-pass aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni dal ricovero. Andamenti temporali. Italia 2008 – 2013*

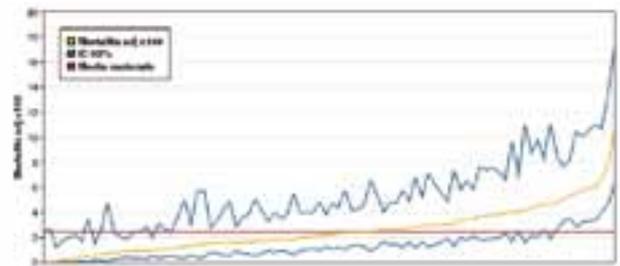


Data la bassa numerosità annuale, i risultati per l'indicatore di mortalità a trenta giorni da ricovero per intervento di bypass aortocoronarico, sono stati calcolati per il biennio 2012-2013.

A fronte di un valore nazionale medio del 2.2%, si osserva una notevole variabilità intra e interregionale con valori per struttura ospedaliera che variano da un minimo dello 0% ad un massimo del 10.4%.

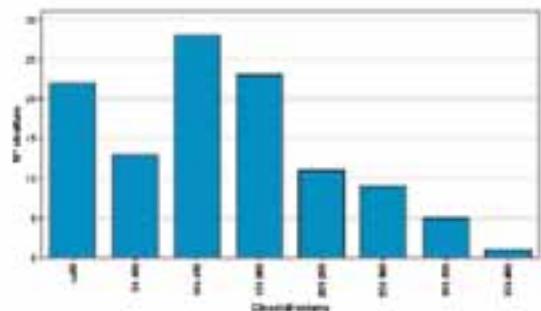
Per quanto riguarda l'analisi dei volumi di attività, in Italia, 112 strutture ospedaliere eseguono nel 2013 interventi di bypass aortocoronarico; tra queste, solo 26 strutture (23%) presentano un volume di attività superiore a 200 interventi annui.

Figura 8. *By-pass aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni dal ricovero. Analisi per struttura di intervento. Italia 2012-2013*



La mortalità è aggiustata per età, genere e fattori di rischio ricercati nel ricovero indice e nei 2 anni precedenti.

Figura 9. *By-pass aortocoronarico isolato: volume di ricoveri. Italia 2013*



ospedaliera, critica soprattutto per gli interventi per i quali è stata individuata una forte associazione con gli esiti. Infatti tale frammentazione si riscontra, ad esempio, per il by-pass aortocoronarico la cui mortalità a 30 giorni si riduce all'aumentare dei volumi di attività per gli interventi chirurgici per tumore maligno della mammella, la cui soglia minima è fissata nel regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera¹⁵ e per i parti, per i quali esiste una associazione tra bassi volumi ed esiti negativi di salute per i bambini alla nascita¹⁶.

È necessario sottolineare che parte di questa eterogeneità potrebbe essere determinata anche dalla variabilità nella qualità dei sistemi informativi sanitari oltre che dalla variabilità della qualità delle cure offerte. Per questo motivo è fondamentale condurre un processo sistematico di verifica della qualità dei dati utilizzati per gli indicatori di esito, di processo o di volume inseriti nel PNE. Inoltre, i risultati degli indicatori del PNE possono essere utilizzati per orientare i programmi di *auditing* clinico ed organizzativo, con l'obiettivo di garantire il miglioramento continuo della qualità delle cure erogate.

I risultati del PNE mostrano come la pubblicazione sistematica dei dati di esito possa comunque avere un impatto positivo sulla qualità delle cure^{17,18}, soprattutto quando queste misure sono utilizzate come strumento di governo del sistema, ad esempio nelle valutazioni del grado di raggiungimento degli obiettivi dei direttori generali¹⁹. L'impatto positivo è determinato soprattutto dall'effetto del *public reporting*²⁰ che, anche in sistemi ad alto grado di competizione interna, genera effetti notevoli sui cambiamenti di efficacia e qualità delle cure da parte dei servizi sanitari e dei professionisti ed effetti minimi sulle scelte da parte dei pazienti del luogo e delle modalità di cura, così come documentato anche in letteratura^{21,22,23,24,25}. L'effetto "reputazione" può rappresentare un forte determinante dei comportamenti clinici, professionali ed organizzativi²⁶ ma è importante tenere presente che utilizzare le misure di esito per definire acriticamente incentivi o sanzioni può determinare effetti indesiderati e opportunismi di codifica nei sistemi informativi, che rischiano di diminuire la validità delle valutazioni.

Ulteriori sviluppi del PNE prevedono l'introduzione di analisi che tengano conto anche dello stato socio-economico dei pazienti, al fine di valutare l'esistenza di disuguaglianze nell'accesso a servizi sanitari di comprovata efficacia e di promuovere ulteriormente l'equità all'interno del Servizio sanitario nazionale.

La condivisione dei risultati con l'utenza rappresenta uno

degli obiettivi futuri del PNE, ai fini dell'*empowerment* della popolazione. L'uso dei programmi di valutazione di esito per l'*empowerment* dell'utenza non può essere automatico e richiede il monitoraggio sistematico della qualità dei dati, la definizione di programmi di comunicazione ed il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale, come *gatekeeper* in grado di definire i bisogni assistenziali e di orientare efficacemente la scelta del luogo di cura.

Ringraziamenti

Un ringraziamento a Carlo Perucci per la determinazione, il rigore scientifico e l'indipendenza intellettuale con cui ha diretto il Programma nazionale esiti dalla prima edizione 2010 fino al 2014; a Fulvio Moirano e Giovanni Bissoni per aver promosso e contribuito alla disseminazione dei risultati PNE e al loro uso per il miglioramento della qualità ed equità del SSN; a Francesco Bevere, attuale direttore di AgeNaS, per aver dato continuità al lavoro di PNE; a Flavia Carle e Lidia Di Minco, rispettivamente della Direzione Programmazione e della Direzione Sistemi Informativi del Ministero della Salute, a tutti i componenti del Comitato PNE, alle Società scientifiche, in particolare ACOI, ANMCO, FIC, GISE, SIC, SICCH e SIOT, e l'AIOper il contributo alla discussione dei diversi indicatori; a Zadig per il supporto alla formazione sui contenuti del PNE.

Bibliografia

- Hernán, Miguel A. (2011) With Great Data Comes Great Responsibility: Publishing Comparative Effectiveness Research in Epidemiology. *Epidemiology*. 22(3):290-291.
- Basigliani A, Perucci CA. (2012) Pubblicazione e comunicazione delle Valutazioni di esiti: esperienze internazionali. *Mecosan* 21(84):99-130
- P.Re.Val.E (2009) Programma regionale di valutazione degli esiti dell'assistenza sanitaria 2006 - 2008 (http://151.1.149.72/vislazio/vis_index.php). Ultimo accesso: maggio 2015.
- P.Re.Val.E (2014) Programma regionale di valutazione degli esiti dell'assistenza sanitaria 2014 (<http://95.110.213.190/prevale2014/index.php>). Ultimo accesso: maggio 2015.
- Ministero della Salute, AGE.NA.S. (2014) Programma Nazionale Esiti (<http://95.110.213.190/PNEed14/index.php>). Ultimo accesso: maggio 2015
- Tu JV, Brien SE, Kennedy CC et al. (2003) Introduction to the Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team's (CCORT) Canadian Cardiovascular Atlas project. *Pilote L*,

- Ghali WA; Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team.
Can J Cardiol. Mar 15;19(3):225-9
- ⁷ Davoli M, Amato L, Minozzi S et al. (2005) Volume di attività ed esito delle cure: revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Prev.* 29(3-4 Suppl):3-63
- ⁸ Amato L, Colais P, Davoli M, et al. (2013) Volumi di attività ed esiti delle cure: prove scientifiche dalla letteratura e dalle valutazioni empiriche in Italia. *Epidemiol Prev.* 37 (2-3), marzo-giugno
- ⁹ Agency for Healthcare Research and Quality. (2015) AHRQ quality indicators (<http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. Ultimo accesso: maggio 2015.
- ¹⁰ National Institute for Clinical Excellence. (2011) Type 1 diabetes: Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. NICE clinical guidelines CG15. London. National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://publications.nice.org.uk/type-1-diabetes-cg15>. Ultimo accesso: maggio 2015
- ¹¹ Center for the Evaluative Clinical Sciences at Dartmouth Medical School. (2015) Dartmouth Atlas of Health Care (<http://www.dartmouthatlas.org/>). Ultimo accesso: maggio 2015
- ¹² National Institute for Clinical Excellence. (2011) The management of hip fracture in adults. London (UK) : NICE clinical guidelines CG124. London. National Institute for Health and Care Excellence. <http://guidance.nice.org.uk/CG124> Ultimo accesso: maggio 2015
- ¹³ World Health Organization. (2015) WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. Ultimo accesso: maggio 2015.
- ¹⁴ Filizcan U, Kurc E, Cetemen S et al. (2010) Mortality Predictors in ST-Elevated Myocardial Infarction Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting. *Angiology* 62(1):68-73.
- ¹⁵ Conferenza Stato-Regioni. (2014) Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- ¹⁶ Kyser KL, Lu X, Santillan DA et al. (2012) The association between hospital obstetrical volume and maternal postpartum complications. *Am J Obstet Gynecol.* 207(1):42.e1-17.
- ¹⁷ Lindenauer PK, Remus D, Roman S et al. (2007) Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 356(5):486-96.
- ¹⁸ Hibbard JH, Stockard J, Tusler M. (2003) Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Aff (Millwood)* 22(2):84-94.
- ¹⁹ Colais P, Agabiti N, Fusco D et al. (2013) Inequality in 30-day mortality and the wait for surgery after hip fracture: the impact of the regional health care evaluation program in Lazio (Italy). *Int J Qual Health Care.* 25(3):239-47.
- ²⁰ Mannion R, Goddard M. (2003) Public disclosure of comparative clinical performance data: lessons from the Scottish experience. *J Eval Clin Pract* 9(2):277-86.
- ²¹ Basigliani A, Moirano F, Perucci CA. (2011) Valutazioni comparative di esito in Italia: ipotesi di utilizzazione e di impatto. *Mecosan* 20(78):9-35
- ²² Agabiti N, Davoli M, Fusco D et al. (2011) Valutazione di Esito degli Interventi Sanitari. *Epidemiol Prev* 35 (2) suppl 1
- ²³ Colais P, Pinnarelli L, Fusco D et al. (2013) The impact of a pay-for-performance system on timing to hip fracture surgery: experience from the Lazio Region (Italy). *BMC Health Serv Res.* 7;13:393.
- ²⁴ Pinnarelli L, Nuti S, Sorge C et al. (2012) What drives hospital performance? The impact of comparative outcome evaluation of patients admitted for hip fracture in two Italian regions. *BMJ Qual Saf.* 21(2):127-34
- ²⁵ Petersen LA, Woodard LD, Urech T et al. (2006) Does pay-for performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* 145(4):265-72.
- ²⁶ O'Dowd A. (2011) Cardiac surgeons call for more doctors to use outcome data to improve care. *BMJ* 22;342.

Rapporto OASI

Patrizio Armeni^{1,2}, Clara Carbone^{1,2}, Elena Cantù^{1,3},
Lorenzo Fenech², Francesco Longo^{1,2,3}, Francesco Petracca¹,
Alberto Ricci^{1,2}, Silvia Sommariva¹

¹ Centro di Ricerche sulla Gestione dell'assistenza Sanitaria Sociale, Università Bocconi

² SDA Bocconi Scuola di Direzione Aziendale, Università Bocconi

³ Dipartimento di Analisi delle Politiche e Management Pubblico, Università Bocconi

Abstract

Il Rapporto OASI rappresenta il prodotto di uno sforzo di analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario del nostro Paese, ed è il frutto del lavoro dei ricercatori del CERGAS e della SDA Bocconi in sinergia e dialogo con gli operatori del SSN. La prospettiva adottata è quella economico-aziendale, ovvero in cui il settore sanitario è interpretato non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Nell'attività di ricerca, OASI si avvale di diverse metodologie tra loro integrate per combinare sistematicamente indagini sull'universo delle Regioni e delle aziende e indagini focalizzate su specifici casi studio nazionali, regionali e aziendali. Il rapporto contiene cinque capitoli permanenti e altri 10-15 i cui temi variano da edizione a edizione. I capitoli stabili (confronto con il contesto internazionale; struttura e attività del SSN; spesa sanitaria pubblica; geografia e dinamica del settore privato accreditato; consumi privati in sanità) consentono un confronto longitudinale di alcune determinanti chiave del sistema, mentre i rimanenti capitoli permettono un focus su specifici temi di volta in volta emergenti nel dibattito sul sistema sanitario.

Il Rapporto dell'Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano (OASI), elaborato su base annuale dal 2000 ad oggi, è scaricabile gratuitamente e integralmente dal sito cergas.unibocconi.it in tutte le sue edizioni e navigabile per argomenti o per cronologia.

Il Rapporto OASI rappresenta il prodotto di uno sforzo di analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario del nostro Paese secondo un approccio economico-aziendale, ed è il frutto del lavoro dei ricercatori del CERGAS e della SDA Bocconi in sinergia e dialogo con gli operatori del SSN. Nella prospettiva economico-aziendale, il settore sanitario viene interpretato non come sistema unitario, ma come sistema di aziende dotate di autonomia. Queste ultime sono caratterizzate da differenti finalità istituzionali a seconda che siano imprese private, aziende pubbliche o *no-profit* (Airoldi, Brunetti e Coda, 2005); tutte, però, offrendo beni che impattano direttamente o indirettamente il diritto costituzionalmente garantito della salute, contribuiscono alla funzionalità del sistema.

L'efficacia del sistema sanitario nazionale dipende quin-

di dai livelli di funzionalità raggiunti non solo dalle sue aziende, ma anche, più in generale, da quelle che operano nel settore sanitario, e dall'interazione tra esse. Vale il viceversa: l'efficacia, efficienza ed economicità delle singole aziende pubbliche e private sono profondamente influenzate dalle politiche sanitarie pubbliche (non solo nazionali) e dall'assetto del SSN. Dal punto di vista normativo, questo si traduce nella necessità di mettere le singole aziende nelle condizioni di raggiungere risultati migliori, nel rispetto delle proprie specificità organizzative, gestionali e di ambiente. Il rapporto OASI si propone quindi di analizzare le scelte adottate dalle singole aziende sanitarie e i loro riflessi sulla funzionalità delle aziende stesse. L'analisi di tali decisioni a livello aziendale consente di risalire e analizzare quali leve regionali o nazionali agiscono a monte e, di conseguenza, spiegare da un lato il sistema nel suo complesso e, dall'altro, le eterogeneità al suo interno. È inoltre osservando gli impatti delle politiche sul livello manageriale che è possibile comprenderne gli effetti concreti sui servizi e quindi sui cittadini. Le leve

indagate pertengono le *policy* regionali e nazionali, le scelte di assetto istituzionale e organizzativo e, laddove la valutazione del loro impatto riguardi aspetti come appropriatezza e efficacia clinica, l'approccio aziendale deve essere e viene integrato mutuando conoscenza da altre discipline.

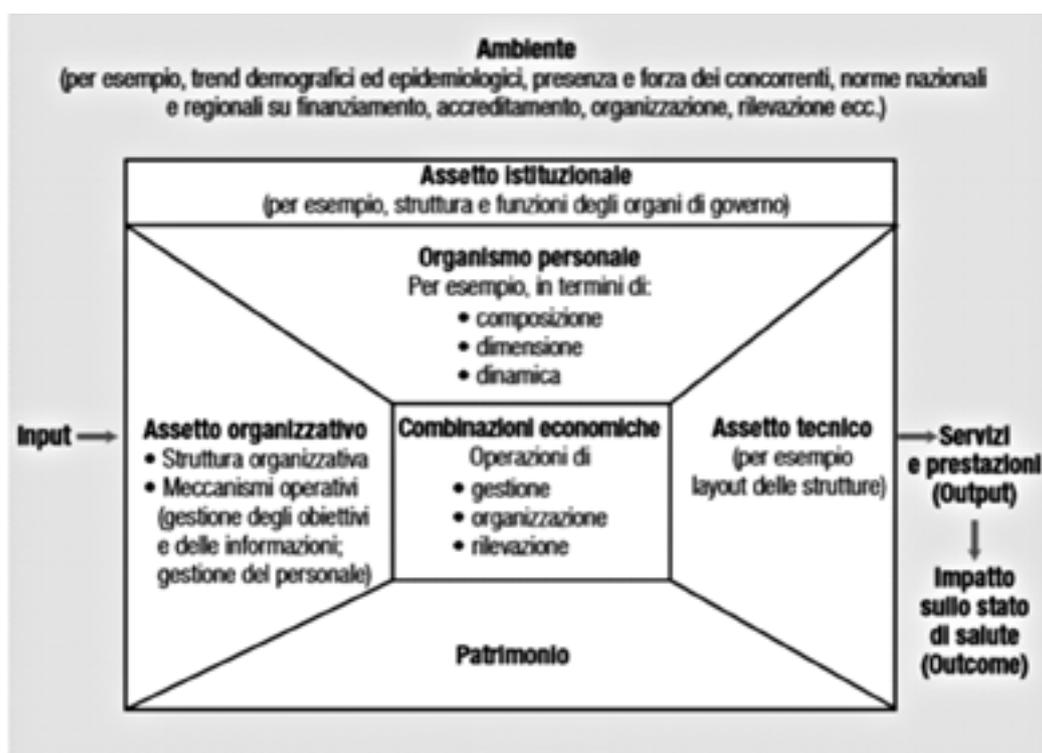
Pur nel pieno rigore delle rispettive metodologie, ogni approccio applica al sistema sanitario le proprie chiavi di lettura, il che "porta ad analisi e interpretazioni della realtà che danno rilievo a differenti elementi che la caratterizzano" (Borgonovi 1984). Nell'attività di ricerca, OASI si avvale di diverse metodologie tra loro integrate (analisi documentale, analisi di *database*, interviste e *survey*) per combinare sistematicamente indagini sull'universo delle Regioni e delle aziende e indagini focalizzate su specifici casi studio nazionali, regionali e aziendali. Le prime sono particolarmente utili per tracciare un quadro complessivo dei fenomeni indagati, mentre le seconde sono invece più indicate (Yin 1994) per analisi approfondite, per cogliere i dettagli e comprendere le relazioni di causa-effetto tra

le diverse variabili interne ed esterne all'azienda. Queste considerazioni acquistano particolare significato nel SSN, dove sono frequenti i comportamenti "isomorfi" (Powell e Di Maggio 1983), ovvero di adesione solo formale a prescrizioni normative e dove quindi è molto rischioso fermarsi alle apparenze dichiarate nei documenti, nei questionari, nelle interviste strutturate.

Le variabili oggetto di analisi nell'approccio aziendale, sintetizzate in Figura 1, rappresentano anche in nuclei tematici attraverso cui si snodano le edizioni del rapporto. Attraverso questo quadro, infatti, il rapporto OASI legge i principali *trend* evolutivi del SSN e del settore sanitario italiano, alla luce delle evidenze disponibili.

Il rapporto contiene cinque capitoli permanenti e altri 10-15 i cui temi variano da edizione a edizione. I capitoli stabili (confronto con il contesto internazionale; struttura e attività del SSN; spesa sanitaria pubblica; geografia e dinamica del settore privato accreditato; consumi privati in sanità) consentono un confronto longitudinale di alcune determinanti chiave del sistema; i rimanenti capitoli permettono invece un "focus" su specifici temi attuali e rile-

Figura 1. Struttura e spazio d'azione di un'azienda sanitaria



vanti nel dibattito sul sistema sanitario. Questo consente di unire un monitoraggio costante e duraturo dell'impianto alla consapevolezza che, per natura stessa dell'oggetto di indagine (ovvero un sistema in costante evoluzione e mai a regime), le considerazioni devono essere necessariamente dinamiche e i temi di rilevanza sempre aggiornati. Alcune tendenze rilevate dal Rapporto 2014 corrispondono infatti a fenomeni ormai consolidati e che trovano conferma anche nell'ultimo periodo (2012-14); altre invece rappresentano segnali di cambiamenti allo stadio iniziale, che devono trovare conferma negli anni futuri. I principali trend evolutivi emersi possono quindi essere letti alla luce dei seguenti blocchi logici: determinanti della sostenibilità del SSN e *policy future*, il ruolo e le scelte delle aziende, il SSN e il rapporto con la filiera industriale.

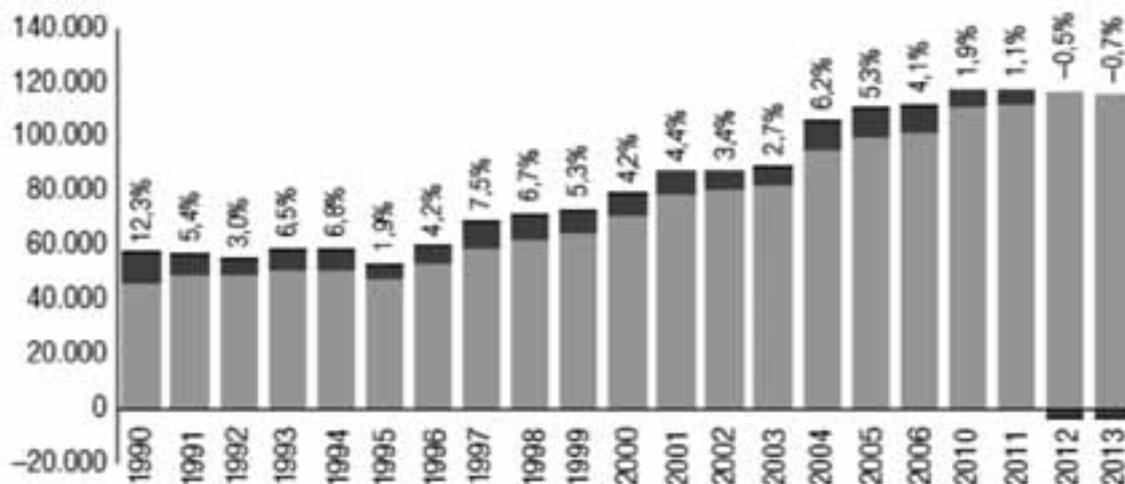
Le determinanti del ritrovato equilibrio finanziario del SSN

La spesa del SSN, storicamente (cfr. capitolo 4 del Rapporto), cresceva in media del 4% all'anno, con un deficit medio del 4%, seppur con rilevanti differenze interregionali. Dal 2009 la spesa pubblica è rimasta sostanzialmente stabile e nel 2013 i dati di preconsuntivo mostrano, per la prima volta dal 1995, una riduzione (-1,2% rispetto al 2012). Anche il disavanzo sanitario si è significativamente ridotto e si attesta, ormai dal 2011, a 1-1,5 miliardi di

euro, quindi intorno all'1% della spesa corrente. Negli ultimi due esercizi si è registrato addirittura un avanzo contabile, a causa della registrazione ex-ante dei ricavi dell'aumento obbligatorio delle imposte regionali.

Ciò significa che si è riusciti contemporaneamente a bloccare la dinamica espansiva della spesa e a rientrare dai disavanzi abitualmente accumulati, allineandosi alla limitata capacità di spesa dello Stato generata dalle difficoltà della finanza pubblica e dalla crisi socio-economica. Questo risultato è stato ottenuto nonostante l'obiettivo peggioramento del quadro epidemiologico e socio-economico, e la crescita tecnologica. Le principali leve utilizzate possono essere classificate in tre gruppi di interventi. Un primo insieme ha riguardato il blocco o la riduzione degli input, in termini sia di volumi, sia di costi unitari di acquisto. I trend di decrescita del costo dei singoli fattori produttivi confermano che questa leva è stata ampiamente utilizzata nel SSN: le retribuzioni dei dipendenti pubblici sono ferme da cinque anni e la spesa per il personale si è ridotta di circa l'1,5% all'anno negli ultimi tre anni; è stata contenuta la spesa per la farmaceutica convenzionata (-7,6% in media all'anno negli ultimi tre anni) così come si sono tagliati i costi unitari di beni e servizi (es. dispositivi medici). Tali misure sono state introdotte ipotizzando che inducano automaticamente le aziende ad "efficientare" l'utilizzo di ciascun fattore produttivo, mantenendo gli

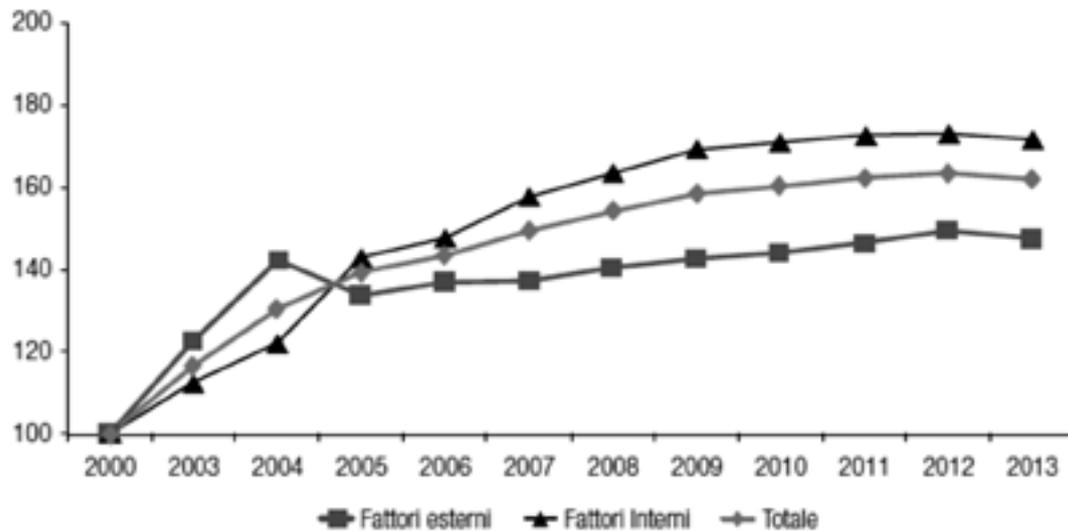
Figura 2. Spesa sanitaria in Italia: finanziamento e disavanzo, in milioni di €, 1990-2013



LEGENDA: il finanziamento è indicato in grigio chiaro, il disavanzo in grigio scuro. L'intera barra indica il totale della spesa sanitaria corrente. La percentuale riporta l'incidenza del disavanzo sulla spesa sanitaria corrente.

Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

Figura 3. Spesa sanitaria pubblica per la gestione corrente, per fattori interni ed esterni 2000-2013 (numeri indice con base 100, anno base 2000)



Fonte: elaborazione OASI su dati Ministero della Salute

stessi volumi di produzione, sia contingentando i fattori interni (personale e beni e servizi), sia riversando la ricerca di efficienza sui fornitori privati (Figura 3).

Un secondo insieme di interventi ha cercato di migliorare l'efficienza del sistema mantenendo costanti le risorse, ma richiedendo più *output*. In molti *setting* assistenziali (riabilitazione, attività ambulatoriali, strutture socio-sanitarie), ad esempio, le tariffe unitarie delle prestazioni sono rimaste formalmente stabili, ma nei fatti si sono forzati i produttori a trattare casi più gravi e costosi, anche attraverso lo strumento dei controlli di appropriatezza. Le logiche alla base di questi interventi presuppongono che si possano garantire livelli qualitativi dei servizi più elevati a parità di risorse e senza modificare i modelli organizzativi e assistenziali.

La terza tipologia di interventi ha accettato, anche se non sempre in modo esplicito, di agire direttamente sul contenimento degli output (e quindi di *input* necessari), cioè dei volumi di prestazioni da erogare, attraverso forme di governo degli accessi, quali le liste d'attesa, i tetti sui volumi di prestazioni erogabili o i *ticket*. A questo proposito, (cfr. cap. 5) l'introduzione di tetti sempre più stringenti per i privati accreditati ha portato questi ultimi ad utilizzare poco più del 70% della propria capacità produttiva, per non superare budget di produzione riconosciuti dal SSN. Il valore dei *copayment*, rimasto stabile fino al 2007, è

raddoppiato da circa 1,6 miliardi di euro fino a circa 3 miliardi nel 2013. Le analisi sugli impatti evidenziano come i *ticket* siano risultati inizialmente più efficaci nel ruolo di fonte di entrata che come strumento di riduzione della domanda inappropriata, anche se, dopo l'aumento significativo dei *ticket* sulla specialistica, è stata rilevata una riduzione dei tassi delle prestazioni specialistiche tra il 2011 e il 2012 (cfr. cap. 8). Resta ancora da stabilire se tale riduzione abbia interessato prevalentemente la domanda inappropriata o sia riferita a prestazioni appropriate a cui i cittadini hanno rinunciato.

L'evoluzione dei livelli di servizi del SSN

La neutralità di queste azioni rispetto alla capacità del sistema di rispondere ai bisogni di salute della popolazione non può essere data per scontata. Ad esempio il contenimento delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in una fase storica caratterizzata dal forte sviluppo delle tecniche diagnostiche, da politiche di deospedalizzazione e dall'aumento della prevalenza di patologie croniche potrebbe non essere opportuno in una logica di sostenibilità. Inoltre, almeno in alcuni ambiti del SSN in cui le inefficienze sono state ormai ridotte, la riduzione degli *input* ha comportato un peggioramento delle condizioni di lavoro o una riduzione degli *output*, che rischia di tradursi in una riduzione del tasso di copertura pubblica dei

bisogni sanitari in ambiti tradizionalmente coperti, e al permanere di aree di sofferenza (es. odontoiatria, 5% di copertura da parte del SSN; non autosufficienza, massimo 25%).

Il SSN ha osservato la modifica della tipologia e del mix di servizi offerti, con l'attivazione di processi di riorganizzazione delle attività e di riconfigurazione dei modelli assistenziali. Questi ultimi interventi, per ora, si sono però concentrati soprattutto sull'ambito ospedaliero e meno sull'organizzazione dei modelli assistenziali sul territorio. In linea con il contesto internazionale (cfr. cap. 2), infatti, si nota una decrescita media delle dotazioni di posti letto, accompagnata da una riduzione delle giornate di degenza (Figura 4 e Tabella 1).

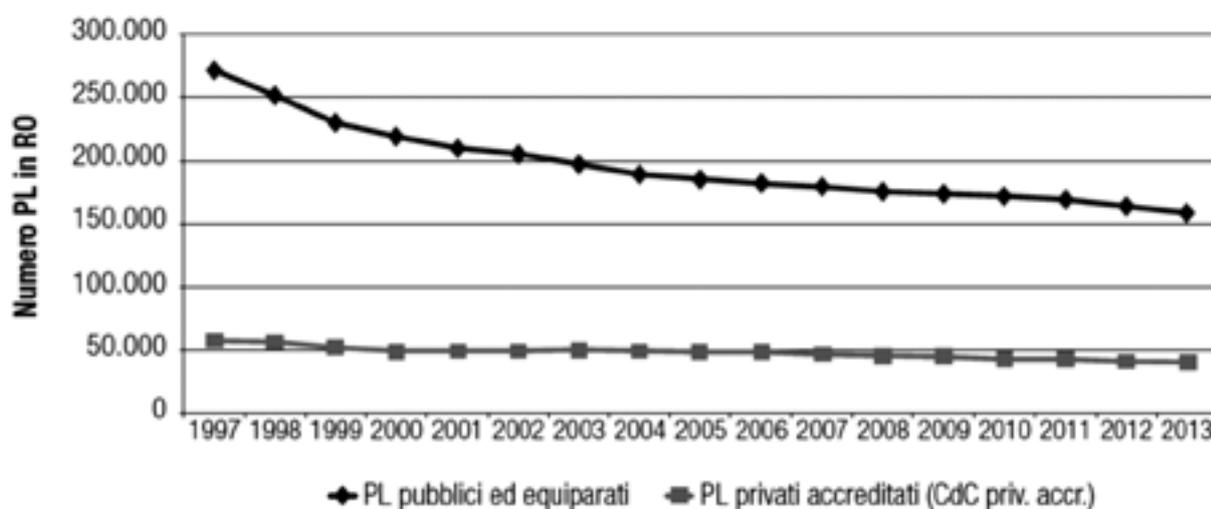
Come si accennava, questo trend si accompagna ad una riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale secondo i dati disponibili sul 2011 e 2012 (Figura 5). Ciò può risultare contro intuitivo dal momento che la riduzione dei ricoveri ospedalieri non sembra essere compensata dall'aumento delle prestazioni ambulatoriali.

Prospettive di policy future per allineare i servizi all'epidemiologia emergente

Alcuni dei principali piani di intervento e misure necessari per allineare i servizi ai bisogni sanitari emergenti (30% di cittadini con almeno una malattia cronica, 4% non autosufficienti) sono riassunti in Figura 6.

Tali azioni sono del resto delineate dal Patto della salute 2014-2016, ma ancora soltanto a livello di "visione" e rimangono da definire le scelte operative a livello regionale e aziendale. Si tratta di soluzioni che avranno impatto nel medio periodo, un orizzonte temporale che il SSN può probabilmente adottare solo da oggi, avendo già effettuato massicce azioni di razionamento che garantiscono qualche anno di sostenibilità. Processi di questo tipo difficilmente possono essere attuati senza un'esplicita narrativa politica di diffusione e sostegno collettivo. Ad oggi la dialettica dominante è rappresentata dalla tesi che sia possibile ridurre la spesa senza diminuire i servizi offerti, proprio in virtù della presenza delle ingenti inefficienze. Questa retorica non lascia spazio alla possibile esistenza di un trade-off tra contenimento della spesa e estensione della copertura e di una differenza tra guadagni di efficienza e meri tagli alla

Figura 4. Numero di posti letto previsti (RO, acuti e non acuti), pubblici ed equiparati e privati accreditati (1997-2013)



Nota: le strutture pubbliche comprendono i Presidi a gestione diretta ASL, le Aziende ospedaliere e le Aziende ospedaliere integrate con l'Università. Le strutture equiparate includono le AOU integrate con il SSN, i Policlinici universitari privati, gli IRCCS pubblici e privati, gli Ospedali classificati, gli Istituti sanitari privati qualificati presidi USL, gli Enti di ricerca. Le strutture private accreditate comprendono le case di cura accreditate.

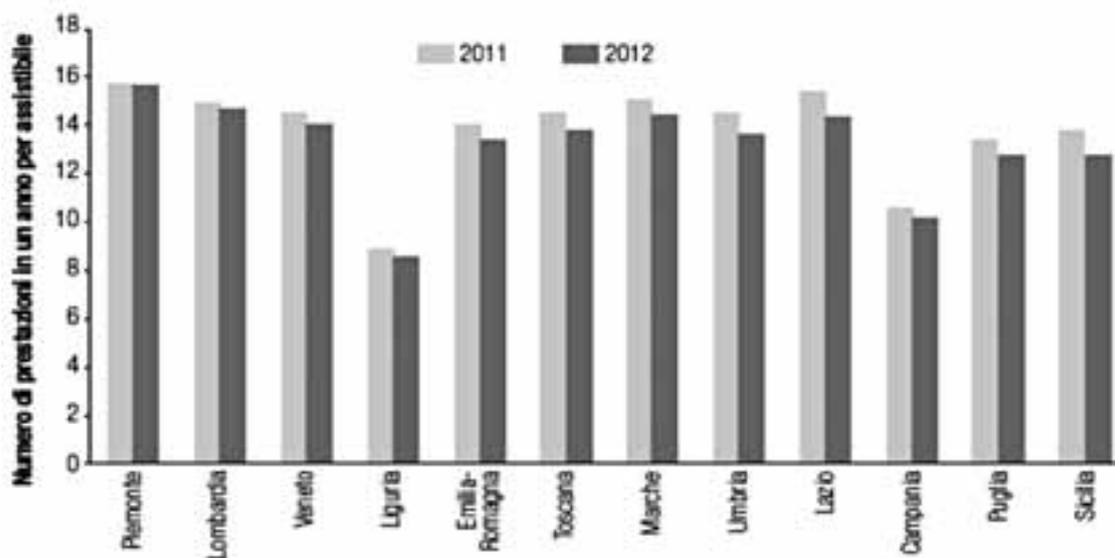
Fonte: elaborazioni OASI su dati Indirizzario Ministero della Salute - Posti letto per struttura ospedaliera

Tabella 1. Dati generali sull'attività di ricovero a livello nazionale

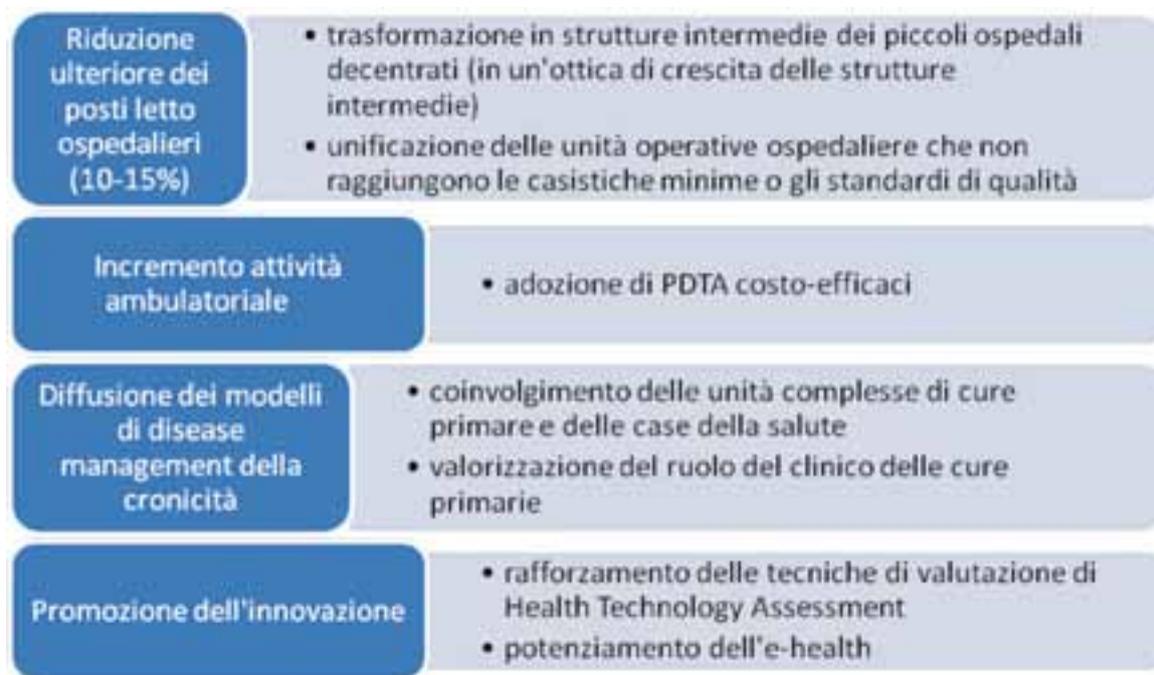
Anno	Numero di Dimissioni (1)	Giornate di ricovero (1)	Rapporto tra giornate in DH e in RO	Degenza media (2)
2001	12.937.140	82.829.483	13,4%	6,80
2002	12.939.492	79.823.905	15,1%	6,70
2003	12.808.615	77.969.619	17,0%	6,70
2004	12.990.109	78.241.122	18,4%	6,67
2005	12.965.658	78.292.237	19,1%	6,70
2006	12.843.634	77.876.800	19,1%	6,68
2007	12.330.465	76.224.954	18,6%	6,72
2008	12.100.698	75.371.789	18,2%	6,76
2009	11.657.864	73.412.967	17,5%	6,69
2010	11.277.742	71.904.063	17,2%	6,74
2011	10.749.246	69.417.699	16,7%	6,81
2012	10.257.796	66.707.607	15,2%	6,79
2001-2012	-20,7%	-19,5%	/	/

Nota: (1) Totale dei ricoveri ospedalieri in strutture pubbliche, equiparate e private (accreditate e non), sia in regime ordinario che in DH, per acuti e per riabilitazione e lungodegenza. Il dato include i ricoveri dei neonati sani. (2) Solo ricoveri per acuti in regime ordinario.

Fonte: elaborazioni OASI su dati SDO, Ministero della Salute

Figura 5. Tasso standardizzato delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (2011-2012)

Fonte: elaborazione AGENAS per OASI

Figura 6. Piani e misure di intervento

Fonte: Rielaborazione dati OASI 2014

spesa. Uno studio in corso di pubblicazione¹ mostra come, su un campione di articoli sul tema delle politiche sanitarie estratti da tre principali testate nazionali, solo il 5-20% espliciti l'eventualità di una riduzione dei servizi a fronte dei tagli al *budget*. Questo approccio comunicativo trova riscontro nei dati sulla soddisfazione dei cittadini (cfr. cap. 3), che rimane sostanzialmente stabile nel corso dell'ultimo decennio su livelli di media soddisfazione (5,6 nel 2012, 5,5 nel 2005). Occorre invece che l'opinione pubblica sia informata rispetto alla complessità dello scenario e che il dibattito entri nel merito dei contenuti delle scelte più appropriate per preservare il sistema.

Il ruolo centrale delle aziende nel SSN

Le aziende sanitarie sono state le protagoniste silenziose di questa difficile stagione del SSN. Su di loro si sono riversate molte delle contraddizioni del sistema, che le ha lasciate sole a gestire la responsabilità attuativa dei cambiamenti di modifica e adattamento del portafoglio

di attività alle nuove compatibilità finanziarie. Tutto ciò in un contesto difficile per il *top management*, assimilato dal dibattito pubblico a "costo della politica", nonostante gli stipendi fermi o in riduzione da anni. Le principali linee intraprese (e loro combinazioni) sono state tre.

In alcuni casi (i) le aziende hanno applicato alla lettera i tagli lineari (es. blocco delle assunzioni), avendo la responsabilità di convincere gli *stakeholder* della sostenibilità degli impatti. Altre volte (ii) hanno utilizzato tutti gli spazi di autonomia possibile per gestire, all'interno dei tagli lineari, piccoli riaggiustamenti di risorse da un comparto all'altro, al fine di assicurare la continuità dei servizi, pur dimostrando l'impatto finanziario atteso sui singoli capitoli di spesa. Alcune aziende infine (iii) hanno iniziato anche significative azioni di riorganizzazione dei servizi, soprattutto per le fasi sub e post acuta dei ricoveri e la presa in carico dei pazienti cronici, modificando anche la tipologia e il ruolo dei professionisti coinvolti. Il differente mix di soluzioni adottato è significativo della misura degli incompressibili spazi di autonomia di cui ancora dispongono le aziende. La Tabella 2 (cfr. cap. 17) riporta a titolo esemplificativo alcuni interventi aziendali.

¹ Longo F, *Myths and evidence in policy implementation strategies at the national level: an impolite lesson from the Italian NHS, Health Policy (forthcoming)*.

Tabella 2. Esempi di interventi aziendali di riorganizzazione e/o di affinamento delle capacità di controllo manageriale

Denominazione	Descrizione intervento	Strumento di cost management utilizzato	Driver presidiati
ASL della Provincia di Lodi	Cruscotto integrato per la gestione del diabete	Gestione dei costi interorganizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Legame cliente-fornitore • Qualità
AO "Carlo Poma" di Mantova	Riorganizzazione del layout delle degenze mediche	Quality function deployment	<ul style="list-style-type: none"> • Layout • Qualità
APSS Trento	Analisi economica: la specializzazione delle chirurgie sui presidi territoriali.	Business process reengineering	<ul style="list-style-type: none"> • Layout
Azienda ULSS Dolo Mirano	Analisi economica: l'Ospedale di Comunità	Value analysis	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Layout
Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Trieste	Razionalizzazione dei costi e delle prestazioni per interni di laboratorio	Kaizen costing	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Legame cliente-fornitore • Qualità
Azienda USL di Piacenza	Implementazione del Budget per i MMG	Gestione dei costi interorganizzativi	<ul style="list-style-type: none"> • Complessità delle linee produttive • Legame cliente-fornitore • Qualità
Ospedale Pediatrico «Bambini Gesù»	Analisi dei costi del trapianto di fegato in età pediatrica	Activity-based costing	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Qualità
Azienda Ospedaliera Consorziata «Policlinico» di Bari	Calcolo dei costi delle funzioni non tariffate	Tavole dei costi	<ul style="list-style-type: none"> • Configurazione di prodotto • Utilizzo della capacità produttiva

Fonte: OASI

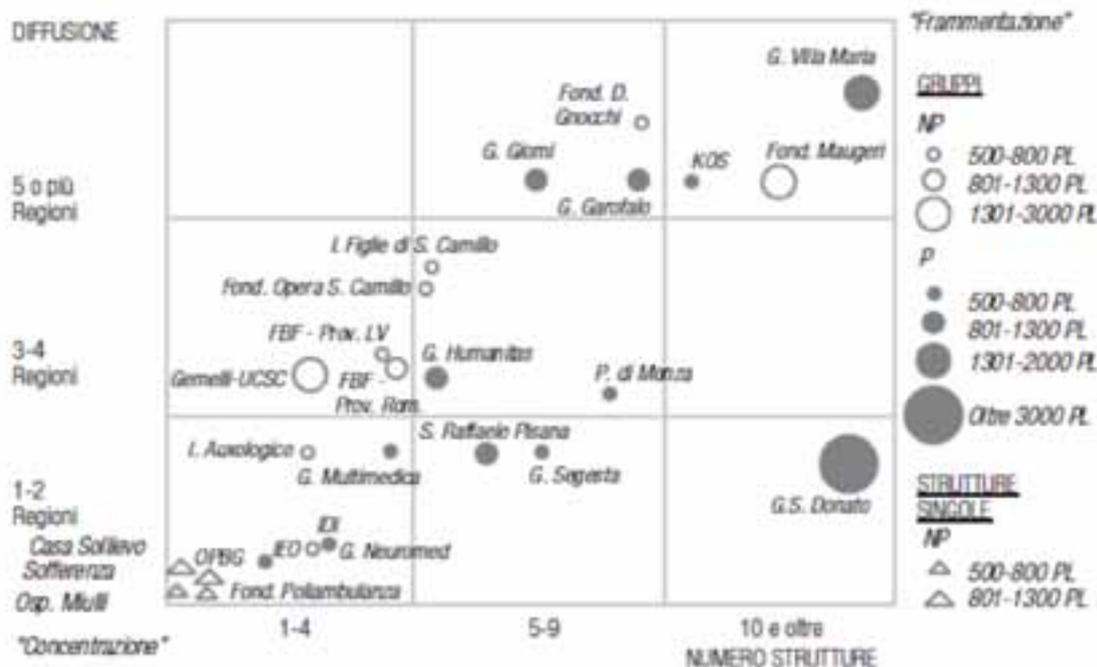
L'impatto della trasformazione del SSN sulla filiera di settore

Le politiche con impatto sulla sostenibilità del sistema e i comportamenti da parte delle aziende sanitarie che ne derivano hanno un effetto anche sul sistema Paese nel suo complesso. Il SSN riversa direttamente nel sistema delle imprese e degli erogatori privati accreditati e convenzionati più del 50% del proprio finanziamento attraverso l'acquisto di prestazioni (sanitarie e di *facility management*) e di beni. Le rilevanti politiche di contenimento della spesa degli ultimi anni hanno ridotto le risorse che il SSN trasferisce direttamente nell'economia «privata».

Le politiche di contenimento hanno avuto un impatto significativo sulla struttura del settore sanitario privato accreditato. Quest'ultimo (cfr. cap. 13) è stato storicamente frammentato e diversificato nella sua configura-

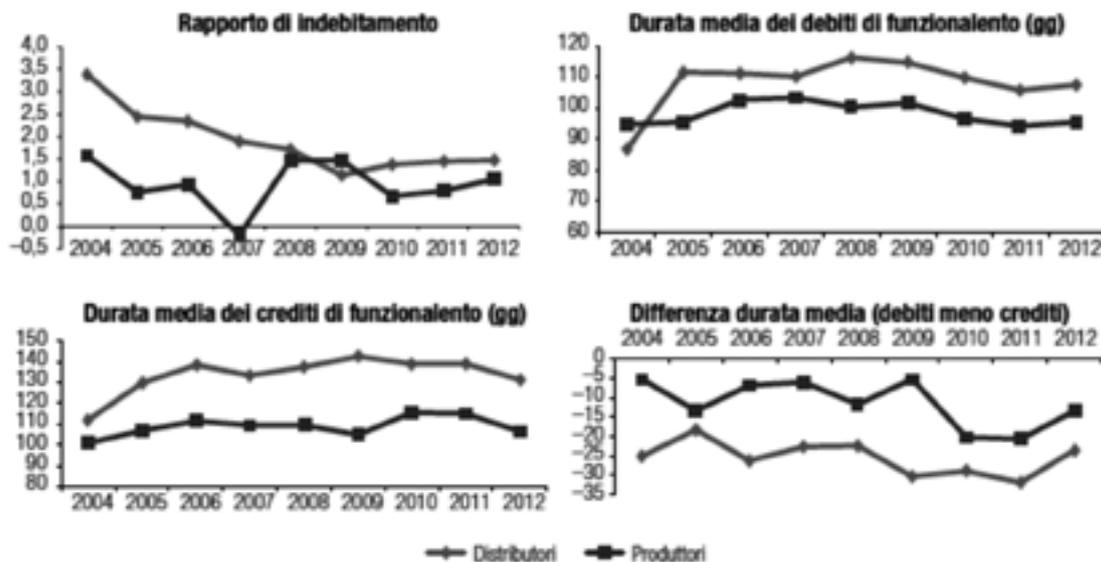
zione (grandi ospedali o a piccoli presidi, forte focalizzazione su poche alte specialità oppure vocazione su lungodegenza e riabilitazione). Questa clusterizzazione ha assunto negli ultimi anni delle caratterizzazioni più marcate e istituzionalizzate, attraverso i rilevanti processi di fusione e acquisizione avvenuti sia in ambito sanitario, sia socio-sanitario. La Figura 7, che rappresenta il posizionamento strategico degli erogatori privati con almeno 500 posti letto accreditati, mostra come 21 dei 25 maggiori *player* siano gruppi di strutture ricollegabili a un unico soggetto economico. Questa segmentazione è molto rilevante per i *policy maker* perché i comportamenti aziendali dei diversi *cluster* sono molto diversi, così come le dinamiche strategiche registrano velocità e profondità di esecuzione molto eterogenee, determinando impatti diversificati e specifici per il SSN. La contrazione della spesa sanitaria pubblica impone

Figura 7. Posizionamento strategico dei principali privati accreditati (2013)



Fonte: rielaborazione OASI su dati Ministero della Salute. NOTA: sono comprese solo le strutture ospedaliere accreditate. Nella legenda, "P" indica gruppi o entità profit (società di capitali), NP gruppi o entità no profit (soprattutto fondazioni ed enti religiosi). Per il gruppo Segesta il dato è 2012.

Figura 8. Andamento dei principali indici di solidità e liquidità dell'impresa (2004-2012): dettaglio produttori e distributori (settore farmaceutico)



Fonte: rielaborazione OASI su dati AIDA

poi una seconda riflessione, rispetto al ruolo che il SSN dovrebbe svolgere come volano di sviluppo economico (cfr. cap. 7). In Italia operano 1.034 imprese farmaceutiche, 4.940 imprese nell'ambito dei dispositivi medici e 1.419 distributori, con un fatturato complessivo di 56 mld di euro e 111.000 lavoratori diretti. I loro tassi di rendimento, seppur diversificati, si sono significativamente ridotti negli ultimi anni, soprattutto per distributori e farmacie, mentre hanno avuto maggiore stabilità per i produttori. I tempi di pagamento rimangono elevati (Figura 8), seppur con significative differenze interregionali. Il *policy maker* è chiamato a considerare esplicitamente l'evidente interdipendenza tra il SSN e i settori correlati per cercare anche politiche che rilancino lo sviluppo del Paese. In questo quadro, una politica sanitaria attenta a focalizzare una parte della spesa su innovazioni tecnologiche, in ambiti produttivi che potrebbero poi rilevarsi determinanti per lo sviluppo dell'export tecnologico, potrebbe rappresentare una leva competitiva per il Paese.

Bibliografia

- Borgonovi E (1984), "La pubblica amministrazione come sistema di aziende composte pubbliche" in E. Borgonovi (a cura di), *Introduzione all'economia delle amministrazioni pubbliche*, Milano, Giuffrè.
- Powell W, Di Maggio P (1983), "The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields", *American Sociological Review*, n. 48, pp. 147-60.
- Airoldi G, Brunetti G, Coda V (1994), *Economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Yin RK (1994), *Case Study Research*, Thousands Oaks, Sage.
- Anessi E, Cantù E (2012), *Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati*, in Cantù E (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2012*, Milano, EGEA.
- Longo F, Cantù E (2014), *Le determinanti della sostenibilità del SSN: evidenze dal Rapporto OASI 2014 e prospettive future*, in Cantù E (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2014*, Milano, EGEA.

Rapporto CREA

Cristina Giordani, Federico Spandonaro

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" - CREA Sanità

Abstract

Il rapporto Sanità del consorzio CREA è indirizzato a tutti gli stakeholders del settore sanitario fornendo loro performance, andamenti e tendenze in atto. La struttura e l'indice del rapporto, ormai alla decima edizione, sono stabilmente definiti e si basano su analisi statistica del contesto demografico e socio economico, finanziamento del SSN, valutazione delle performance delle politiche pubbliche regionali, prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica ambulatoriale, farmaceutica, assistenza primaria, assistenza domiciliare e quella ai non autosufficienti. L'ultima edizione del rapporto CREA propone come punti qualificanti di riforma delle politiche sanitarie un allargamento dei LEA riferiti alla prevenzione, un fondo vincolato per l'innovazione, la riforma e il coordinamento delle erogazioni per i non autosufficienti, il potenziamento degli strumenti di valutazione e un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi.

Il Consorzio universitario per la ricerca economica applicata in sanità (CREA sanità), promosso dall'Università di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), nasce con l'aspettativa di essere un punto di aggregazione di competenze multidisciplinari e con l'obiettivo di sviluppare analisi, studi e progetti di formazione rivolti alle professioni sanitarie e sociali.

Il team di ricerca di CREA sanità, di cui è direttore Cristina Giordani, si occupa di:

- Analisi di politica sanitaria e farmaceutica,
- Valutazioni farmaco-economiche e HTA,
- Statistiche sanitarie ed epidemiologiche,
- Analisi di dati e database economico-sanitari,
- Formazione in ambito sanitario.

Obiettivi e struttura

Il Rapporto sanità, è un progetto pluriennale iniziato nel 2003 con lo scopo di diffondere le analisi elaborate da un gruppo di ricercatori dell'Università di Roma "Tor Vergata" nel campo dell'economia, della politica e del *management* sanitario.

Il Rapporto gode di un finanziamento incondizionato da parte di alcune aziende del settore sanitario.

Il Rapporto è indirizzato a tutti gli *stakeholder* del settore sanitario, ivi compresi cittadini, professionisti e mondo industriale.

In particolare, il Rapporto sanità ha l'ambizione di:

- fornire agli addetti al settore e ai *policy makers* alcuni elementi di riflessione sull'andamento e sulle tendenze in atto nel settore socio-sanitario in Italia, basate su evidenze scientifiche, che possano essere di supporto alle decisioni,
- fornire degli elementi di valutazione delle performance del sistema sanitario, rivolgendosi quindi anche ai cittadini e alle loro associazioni, al mondo industriale e, più in generale, a tutti gli *stakeholder* del sistema sanitario.

Negli anni la struttura del Rapporto si è progressivamente consolidata, per consentire al lettore di apprezzare meglio l'evoluzione dei fenomeni. In particolare presenta ormai un indice degli argomenti che si ripete annualmente: si parte da un'analisi statistica del contesto in cui muove la sanità, si analizzano poi i dati di performance (spesa, finanziamento e equità), seguono gli spaccati per singolo settore assistenziale (ospedaliera, primaria, residenziale, specialistica, farmaceutica, non autosufficienza), compresi alcuni aspetti della attività di prevenzione, e si chiude con un focus sull'aspetto industriale ed uno su alcune patologie.

Ogni anno, poi, nel volume vengono aggiornate ed arricchite le aree di analisi con contributi originali sugli aspetti più nuovi ed attuali delle politiche sanitarie.

Da sottolineare un aspetto che integra e completa il

Rapporto: l'elaborazione, a partire dal 2013, di una classifica dei sistemi sanitari regionali, costruita in base alla loro *performance*: rimandando per la descrizione della metodologia adottata, ai specifici contributi reperibili nel *Report* finale, giunto nel 2015 alla III edizione (www.performancesr.it), ci limitiamo qui a segnalare come si tratti di un tentativo di addivenire ad una classifica "democraticamente" fondata sulle preferenze degli *stakeholder*, elicitate "ad hoc" per lo specifico progetto. In prospettiva, l'obiettivo è di promuovere consultazioni periodiche di un *panel* stabile di esperti/*stakeholder*, deputato a dibattere il tema e a sintetizzare annualmente la classifica.

Il Rapporto sanità è pubblicato anche in inglese, per favorire l'internazionalizzazione della ricerca, ed anche per promuovere una maggiore conoscenza del sistema sanitario italiano negli altri Paesi.

Il progetto Rapporto sanità prevede, oltre al volume cartaceo e *on line*, anche un *database online*, che contiene ad oggi quasi 950 tavole statistiche sviluppate a supporto delle analisi contenute nel Rapporto; le informazioni, accessibili sul sito www.rapportosanita.it dietro registrazione, sono organizzate per macroaree e rese consultabili attraverso un indice tematico. Ogni singolo dato analizzato, opportunamente elaborato, viene reso fruibile in tavole monotematiche, contenenti le informazioni sia in forma tabellare, sia grafica, con a corredo un testo esplicativo per la corretta interpretazione delle informazioni. Per l'utente diviene anche possibile scaricare sul proprio PC le tavole, utilizzabili poi direttamente a supporto delle proprie analisi.

Approccio metodologico

L'impostazione del Rapporto è improntata ad un approccio quantitativo e multidisciplinare, in ossequio alla vocazione prevalente dei ricercatori che lo sviluppano, come anche al desiderio che un rigoroso approccio statistico sia a fondamento di analisi quanto più possibile oggettive.

Negli anni, come già ricordato, le numerose sollecitazioni degli utilizzatori sono risultate concordi nel ritenere utile poter disporre, con maggiore frequenza e tempestivo aggiornamento, delle informazioni statistiche, come anche delle analisi delle politiche sanitarie in corso, portando a ritenere non più sufficiente lo strumento del Rapporto cartaceo e portando alla realizzazione del *database on line*. Le fonti delle analisi statistiche contenute nel Rapporto e nelle tavole *on line* sono diverse: a livello internazionale ci si riferisce prevalentemente a OECD, Eurostat, OMS; a livello nazionale, si possono citare tra le più utilizza-

te Istat, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Istituto Superiore di Sanità, Agenas, AIFA, Inps, Regioni e Province autonome, Comuni.

Fruitori

Il Rapporto sanità si rivolge a tutti gli *stakeholder* del sistema sanitario. Di conseguenza, pur adottando un approccio tecnicamente rigoroso, il Rapporto viene presentato in forma divulgativa atta a renderlo fruibile ad associazioni dei pazienti, politici, tecnici, *manager* aziendali, rappresentanti delle industrie, professionisti, etc.

Il volume cartaceo viene distribuito al *top management* degli enti sanitari nazionali e regionali, nonché territoriali (circa 1.000 invii tra assessori, direttori di ASL, presidenti e direttori di varie istituzioni). Il *database* è accessibile *on line* gratuitamente previa registrazione.

I risultati del Rapporto vengono ogni anno illustrati in un evento pubblico di presentazione, che per consolidata tradizione si tiene in una sede istituzionale (negli ultimi anni l'Aula dei gruppi parlamentari della Camera dei Deputati), a cui segue una tavola rotonda a cui sono invitati rappresentanti della politica e delle istituzioni sanitarie.

Contenuti e risultati

Come già ricordato, negli anni la struttura del Rapporto sanità è stata consolidata e presenta ormai un indice degli argomenti sostanzialmente definito. Si evidenziano di seguito gli aspetti trattati nei 14 capitoli della decima ed ultima edizione, presentata nell'ottobre 2014.

Analisi statistica del contesto demografico e socio-economico in cui muove la sanità. In particolare, questo capitolo prende in considerazione la struttura della popolazione in Italia, il cambiamento delle strutture familiari e dei loro comportamenti, l'evoluzione delle cronicità e delle disabilità, tutti fenomeni che comportano conseguenze non solo demografiche ma anche e soprattutto economiche e sociali.

Il finanziamento del SSN, e quindi gli impatti sulla finanza pubblica e gli effetti redistributivi innescati. Si analizzano le dinamiche e le fonti del finanziamento della spesa socio-sanitaria pubblica e privata, con particolare riferimento agli investimenti, anche nel contesto europeo, ed i meccanismi di riparto, la formazione dei disavanzi e la loro ripartizione geografica, con maggiore attenzione alle Regioni in piano di rientro. Si analizzano eventuali correlazioni con le modifiche del comportamento dei cittadini (es. rinunce alle cure per motivi economici). *La spesa*, e quindi la sua dinamica e i confronti con l'Europa. Si analizzano in particolare le politiche di razio-

nalizzazione della spesa in Italia e il costo per l'assistenza sanitaria ed il supporto alle persone in condizioni di fragilità (tipicamente anziani e disabili, per lo più non autosufficienti).

La valutazione delle performance, delle politiche sanitarie pubbliche regionali; si analizzano le principali dimensioni delle *performance* e gli sviluppi metodologici sulle tecniche di composizione delle preferenze.

La prevenzione, e quindi gli interventi di popolazione a livello europeo, nazionale e regionale, e in particolare gli interventi ed i costi dei programmi di prevenzione e salute pubblica, con particolare riferimento a fattori di rischio e stili di vita (eccesso ponderale, tabacco, alcol, attività fisica), vaccinazioni, *screening*. Si analizzano altresì eventuali correlazioni fra gli interventi citati e alcuni aspetti economici quali la spesa farmaceutica o i disavanzi.

L'assistenza ospedaliera in acuzie, riabilitazione e lungodegenza; in particolare, si osservano i parametri di offerta (posti letto, personale, dimensioni delle strutture) e di utilizzazione (degenze medie, tassi di occupazione, etc.), analizzandone i *trend* e provando a contribuire a comprendere il successo o meno delle politiche di razionalizzazione operate nel nostro Paese.

L'assistenza residenziale. Malgrado si evidenzia una carenza informativa sul tema, nel capitolo viene analizzato quanto disponibile e in particolare la complessità dell'offerta (strutture, posti letto, personale) e la domanda (numero degli assistiti), cercando di realizzarne un confronto con la situazione degli altri Paesi.

L'assistenza specialistica ambulatoriale, comprendente le visite specialistiche, la diagnostica strumentale e di laboratorio. Nel capitolo si cerca di ottenere un quadro di sintesi delle differenze tra le politiche adottate localmente e le linee guida suggerite a livello centrale, con una analisi comparativa delle tariffe dei vari nomenclatori adottati.

L'assistenza farmaceutica, di cui si analizzano i consumi e la spesa, il *gap* con gli altri Paesi europei, l'accesso all'innovazione e il tema della sostenibilità, considerando i meccanismi di razionamento in atto e l'arrivo sul mercato di nuovi farmaci ad alto costo.

L'assistenza primaria, analizzando in modo particolare l'aspetto della medicina di base. In questo capitolo ci si concentra sui risultati di una *survey* che studia l'uso delle tecnologie da parte dei medici di medicina generale (MMG) e dei pediatri di libera scelta (PLS), e la loro integrazione professionale con gli specialisti.

L'assistenza domiciliare, concentrandosi sull'analisi delle disparità territoriali tra le Regioni.

L'assistenza ai non-autosufficienti, analizzando in particolare i trasferimenti monetari (essendo gli aspetti dell'assistenza domiciliare e residenziale trattati in altri capitoli), cercando anche di fornire una sia pur sommaria e parziale stima dei costi sostenuti in Italia per tale voce.

L'analisi dell'aspetto industriale, con l'obiettivo di analizzare le dinamiche nel campo farmaceutico e in quello dei dispositivi medici, tentando di indagare il *trade-off* fra politiche assistenziali e industriali.

Il focus patologie, dedicato ad un approfondimento su alcune aree di intervento; nell'ultima edizione del Rapporto sono state prese in considerazione: la degenerazione maculare senile, la depressione, lo scompenso cardiaco acuto.

Partendo dalle analisi effettuate nei capitoli sopra descritti, la decima edizione del Rapporto propone come punti qualificanti di riforma delle politiche sanitarie:

l'opportunità di avere un quarto LEA per la prevenzione, estrapolandolo dall'assistenza collettiva e ricongiungendoci tutte le attività collegate, in modo da garantire che ci sia un vincolo di destinazione delle risorse e una possibilità di controllo sulla destinazione degli investimenti (urgentissimi in tema di stili di vita e prevenzione primaria). La riforma strutturale e in una logica selettiva, delle esenzioni e delle compartecipazioni, lasciando l'esenzione solo alle famiglie in assoluto più fragili e modulando la compartecipazione in base alla condizione economica, estendendola a tutte le prestazioni.

La creazione di un fondo vincolato per l'innovazione, in particolare quella farmaceutica, la cui *governance* è molto stretta, alimentabile con le compartecipazioni o al limite con il *delisting* delle terapie a bassissimo costo.

La riforma e il coordinamento degli istituti che comportano erogazioni per i non autosufficienti, riunificando le regole di accesso (ad esempio con regole comuni relative alla valutazione multidimensionale) e garantendo una *governance* unica del sistema.

Il potenziamento degli strumenti di valutazione delle *performance*, specialmente qualitativa, allargando la partecipazione alle valutazioni a tutti gli *stakeholder* del sistema, e integrandone poi i risultati nelle regole di accreditamento, in modo da condizionare la permanenza sul mercato delle strutture, oltre che all'equilibrio finanziario, anche all'eccellenza assistenziale e organizzativa (fra cui l'uso della ICT), il tutto misurato secondo le regole della revisione fra pari.

Il ripensamento dell'aziendalizzazione, garantendo l'omogeneità delle valutazioni delle *performance* aziendali

e, quindi, una maggiore *accountability* dell'attività dei direttori generali e delle aziende; rianalizzando anche gli impedimenti normativi all'esplicarsi della reale autonomia aziendale e ripensando un modello che di fatto non prevede sanzioni di mercato per le strutture inefficienti.

Un maggiore e più coordinato investimento nei sistemi informativi, sia per ciò che riguarda le aree ancora scoperte (residenziale, domiciliare, etc.), sia per quanto concerne l'armonizzazione dei dati al livello nazionale e internazionale.

Meridiano Sanità

Daniela Bianco ¹, Emiliano Briante ²

¹ Responsabile della Divisione Health Care di The European House - Ambrosetti

² Senior Consultant della Divisione Health Care, The European House - Ambrosetti

Abstract

Fornire una lettura dinamica dei trend che delineano lo scenario della sanità e contribuire alla definizione di approcci e strumenti necessari per avere una visione e una corretta interpretazione di sistema degli impatti, attuali e prospettici, sulla salute delle persone e sul benessere e sviluppo sociale ed economico del nostro Paese, sono gli obiettivi prioritari della IX Edizione del Rapporto Meridiano Sanità. Da un lato la tutela e il miglioramento della salute è una priorità nelle agende dell'Unione Europea e dei Governi dei Paesi Membri, dall'altro aumenta sempre più l'attenzione dei Governi sulla sanità, come componente di spesa pubblica e aumentano le misure di contenimento.

L'articolo riporta i risultati di una valutazione multidimensionale delle performance del sistema sanitario italiano, realizzata in confronto con gli altri Paesi europei, che ha permesso di individuare, a fianco di alcune eccellenze del nostro SSN, alcune aree di criticità che richiedono interventi tempestivi di cambiamento.

L'indicatore ottenuto, chiamato Meridiano Sanità Index valuta 4 diversi ambiti: "Salute della popolazione", "Capacità di risposta alla domanda di salute", "Qualità dell'offerta sanitaria e responsiveness del sistema" e "Efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" – analizzando 20 key performance indicator.

Dal quadro di scenario delineato e dall'analisi realizzata emerge la necessità, oramai improrogabile, di un vero e proprio cambio di paradigma del nostro sistema salute, che deve ripartire da un nuovo concetto di salute, andare oltre i confini della sanità e fondarsi su prevenzione e innovazione.

Il Rapporto Meridiano Sanità¹ fornisce ogni anno una fotografia dei principali driver di cambiamento che hanno un impatto rilevante sulla sanità (dinamiche socio-demografiche ed epidemiologiche, trend economico-finanziari e sviluppi scientifici e tecnologici) ed evidenzia le ricadute su altre aree quali il sistema sociale, il mondo dell'università e della ricerca, il sistema industriale, la produttività del lavoro, il sistema economico-finanziario e, più in generale la competitività e l'attrattività del nostro Paese.

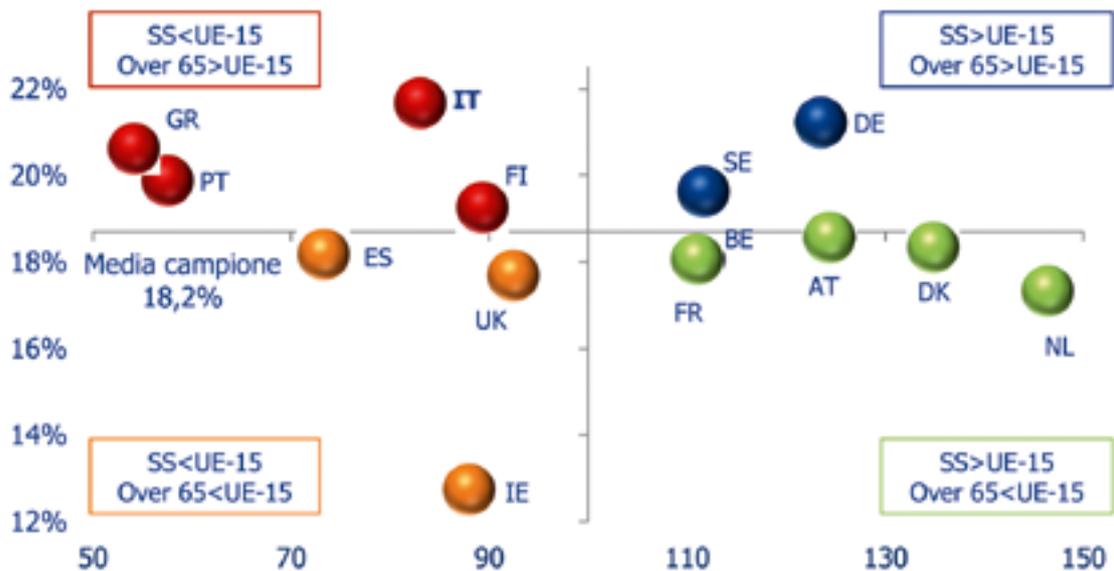
Il Rapporto contiene una serie di analisi sugli scenari del sistema sanitario, confronti internazionali ed esperienze di successo già presenti nella sanità italiana, e approfondisce alcune aree specifiche del nostro sistema sanitario. Il Rapporto inoltre ogni anno identifica le linee di azione prioritarie verso un'evoluzione sostenibile del nostro sistema sanitario.

La sanità continua ad essere un tema di primo piano nelle agende dell'Unione Europea e dei Governi dei Paesi membri. Il persistere della congiuntura economica sfavorevole, l'affacciarsi sul mercato di tecnologie e innovazioni terapeutiche molto costose e il progressivo aumento della longevità della popolazione europea sono infatti elementi che pongono importanti interrogativi sulla tenuta dei modelli di welfare, non solo dal punto di vista finanziario ma anche strutturale.

Come organizzare l'offerta sanitaria per rispondere ai bisogni di salute di una popolazione sempre più longeva, ottimizzando le risorse economiche disponibili, per definizione scarse? Come rendere più efficiente la spesa sa-

¹ Meridiano Sanità è il think tank di The European House - Ambrosetti, fondato nel 2005, che, avvalendosi del contributo di esperti ed advisor, elabora studi ed analisi sul sistema sanitario italiano. La prima edizione del Rapporto Meridiano Sanità nasce da un lavoro congiunto di discussione e confronto di circa 100 rappresentanti del mondo della sanità, con l'obiettivo di condividere una nuova visione della sanità, caratterizzata da un approccio olistico e considerata come risorsa e come investimento per il benessere del cittadino e la crescita e sviluppo del Paese. I Rapporti Meridiano Sanità elaborati in questi anni sono indirizzati a tutti gli attori del sistema salute con l'auspicio di fornire una lettura più ampia e completa del mondo della sanità e di tracciare le possibili linee future di innovazione.

Figura 1 - Posizionamento dei Paesi UE-15 per spesa pubblica pro capite (2012, media UE-15=100) e popolazione over 65 (2012)



Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati OCSE e Eurostat 2014

nitaria e gestire le diverse fonti di finanziamento? Come garantire un invecchiamento in buona salute ai propri cittadini e una distribuzione omogenea dei livelli di salute? Sono queste le domande chiave alle quali oggi i sistemi sanitari sono chiamati a rispondere.

L'analisi della relazione tra spesa sanitaria pubblica e struttura demografica nei Paesi UE-15 evidenzia come l'Italia sia l'unica tra le maggiori cinque economie d'Europa a registrare una spesa sanitaria inferiore alla media a fronte della maggiore incidenza degli over 65 sulla popolazione totale (Figura 1).

Il lavoro di Meridiano Sanità nel 2014² ha evidenziato le ricadute positive del sistema salute in numerosi e diversi ambiti del Paese (Figura 2).

Superare i confini della sanità, considerando il circolo virtuoso esistente tra salute, innovazione e crescita, richiede pertanto l'adozione di politiche trasversali, in una visione integrata della sanità all'interno del sistema Paese, in cui

la spesa sanitaria deve assumere il valore di un investimento piuttosto che di un costo.

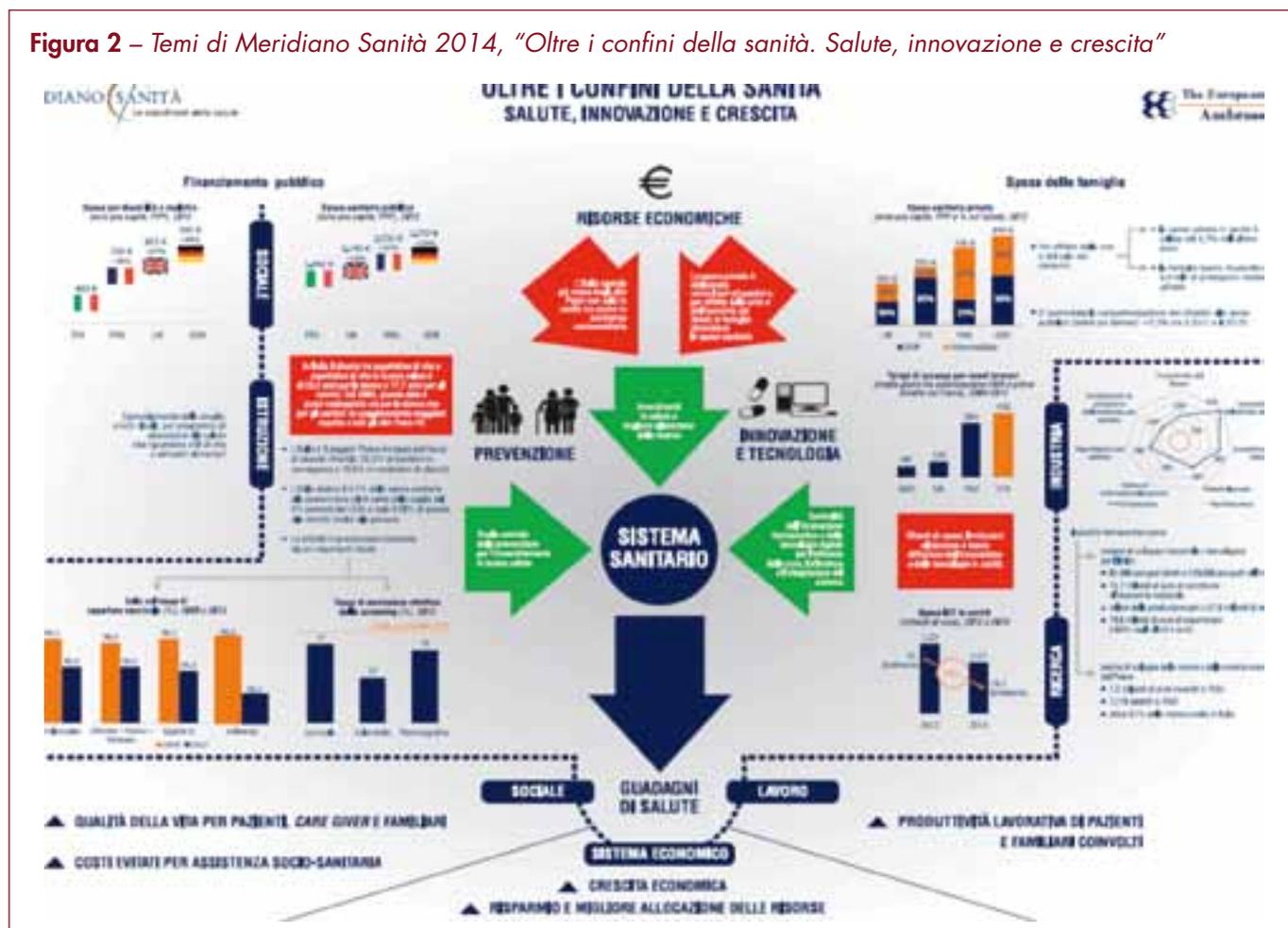
Gli ambiti prioritari in cui investire le risorse economiche destinate alla sanità dovrebbero essere quelli della prevenzione e dell'innovazione, poiché si tratta degli aspetti più rilevanti per affrontare il tema dell'invecchiamento in buona salute e migliorare l'efficacia delle cure, l'efficienza e l'integrazione del sistema. Sono inoltre due aree in cui il nostro sistema sanitario appare penalizzato nel confronto internazionale, come evidenzia il Meridiano Sanità Index contenuto nel capitolo 3 del Rapporto.

Meridiano Sanità Index è un indice sintetico di misurazione multidimensionale delle performance dei sistemi sanitari, basato su un numero contenuto di indicatori, rappresentativi degli aspetti chiave che riguardano i sistemi sanitari. L'Italia viene confrontata con i Paesi europei in 4 aree (Figura 3):

- "Salute della popolazione" (valuta i risultati del sistema sanitario in termini di speranza di vita, mortalità e fattori di rischio per la salute).
- "Capacità di risposta alla domanda di salute" (valuta come i sistemi sanitari si sono organizzati per rispondere a tre grandi sfide: la prevenzione, la gestione dei pazienti anziani sul territorio e la possibilità di offrire ai cittadini innovazioni terapeutiche).

² Per un approfondimento di questi aspetti si veda il Rapporto Meridiano Sanità 2014 (www.ambrosetti.eu). Il Rapporto Meridiano Sanità del 2014, è stato realizzato con il supporto di: Amgen, Eli Lilly, Pfizer, Bristol-Myers Squibb, Hewlett-Packard, Sanofi Pasteur MSD e Farmindustria.

Figura 2 – Temi di Meridiano Sanità 2014, “Oltre i confini della sanità. Salute, innovazione e crescita”



- “Qualità dell’offerta sanitaria” (riguarda la qualità degli esiti clinici, la qualità percepita dagli attori del sistema per i servizi erogati e ricevuti e la capacità del sistema di rispondere alle aspettative degli utenti).
- “Efficienza e appropriatezza dell’offerta sanitaria” (valuta il livello di appropriatezza di ricoveri e prestazioni, di efficienza gestionale, di appropriatezza prescrittiva e di efficienza della spesa).

L’obiettivo non è stilare delle classifiche, ma piuttosto identificare i punti di forza e le aree di debolezza del nostro sistema sanitario, anche in funzione degli scenari evolutivi, basandosi sul confronto con altre esperienze europee, in modo da potersi concentrare sulle azioni di miglioramento necessarie.

Tra gli aspetti più importanti in cui il nostro sistema si colloca al di sotto della media europea e che meritano una particolare attenzione troviamo i fattori di rischio per i bambini (quali sedentarietà e obesità), i tassi di copertura

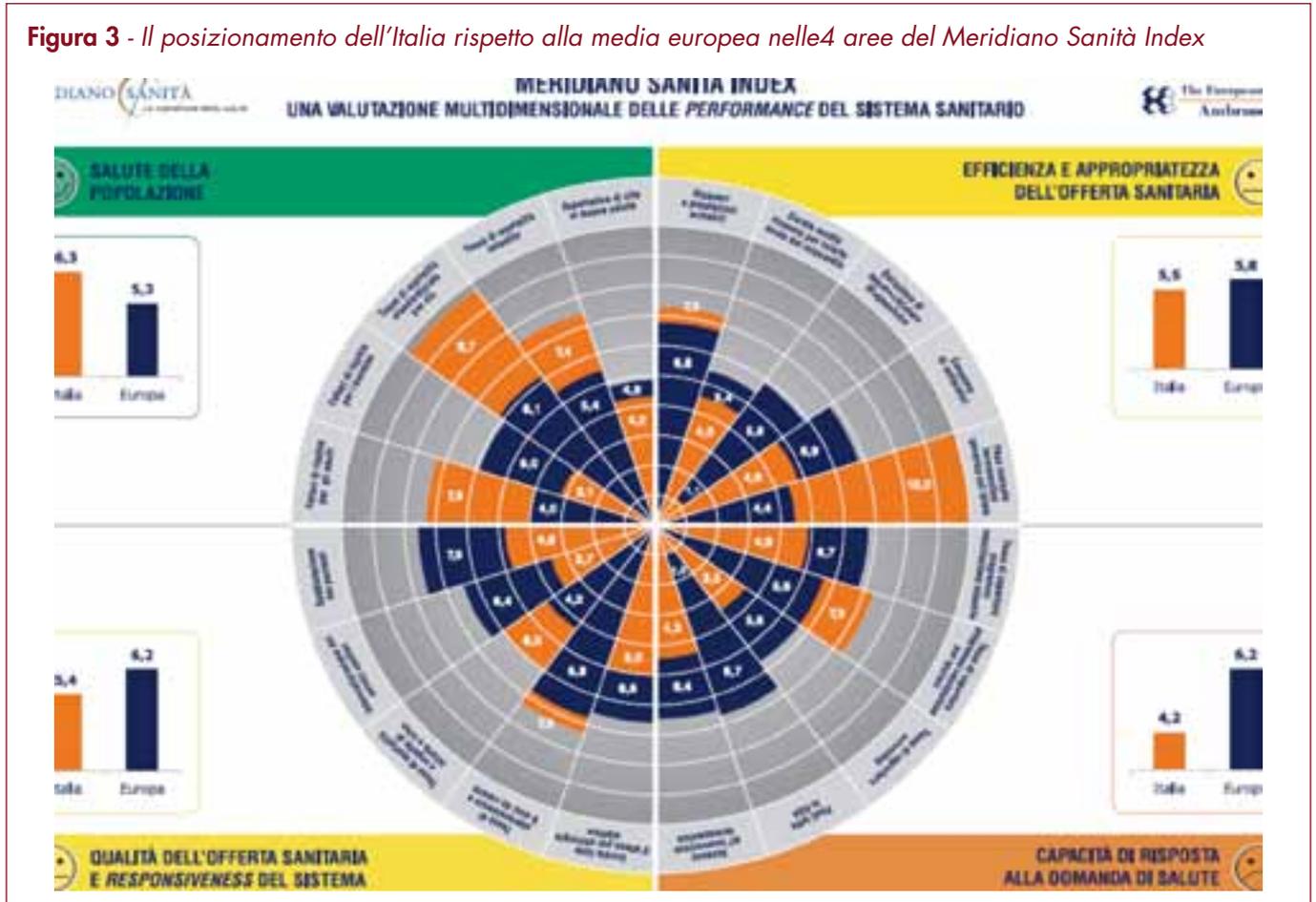
dei programmi di vaccinazione e dei programmi di *screening*, l’accesso all’innovazione farmaceutica (misurato dai tempi necessari per l’effettiva disponibilità di un nuovo farmaco sul mercato), l’informatizzazione dei servizi sanitari, i posti letto per cure di lungo periodo (*long term care*) e la durata delle liste d’attesa.

Più in generale, il nostro sistema sconta dei ritardi sul piano della prevenzione e della capacità di risposta ai bisogni di salute di una popolazione che invecchia, della qualità dell’offerta sanitaria e dell’innovazione farmaceutica e digitale, come risultato soprattutto dei ridotti investimenti in sanità realizzati negli ultimi anni.

Proseguendo il confronto internazionale rispetto al finanziamento pubblico da un lato e alla spesa delle famiglie per servizi e prestazioni sanitarie dall’altro, risulta evidente che le risorse economiche disponibili sono nettamente inferiori rispetto agli altri principali Paesi e non sembrano allocate nel modo più efficiente.

L’Italia infatti indirizza risorse pubbliche alla sanità per

Figura 3 - Il posizionamento dell'Italia rispetto alla media europea nelle 4 aree del Meridiano Sanità Index



una spesa *pro capite* di 1.842 euro a parità di potere d'acquisto, valore già oggi di molto inferiore rispetto a Germania, Francia e Regno Unito, che registrano livelli di spesa più alti del 49,7%, del 37% e del 16,2% rispettivamente. Il divario con questi Paesi è aumentato negli ultimi anni e continuerà ad ampliarsi se si considerano le stime di crescita del PIL.

Sul fronte della spesa sanitaria privata si rileva l'anomalia di una spesa ampiamente sbilanciata verso i pagamenti di tasca propria (*out-of-pocket*) rispetto alla quota intermedia da fondi sanitari e assicurazioni private (solo il 17% rispetto al 67% in Francia e al 44% in Germania e Regno Unito), e di alti e crescenti livelli di compartecipazione dei cittadini alla spesa pubblica (*ticket*).

Il quadro delineato, soprattutto in un contesto di congiuntura economica negativa, sta producendo azioni di razionamento all'interno della spesa sanitaria pubblica, soprattutto in termini di mancati investimenti. Emerge inoltre una preoccupante tendenza da parte dei cittadini a

rimandare o rinunciare ad alcune prestazioni sanitarie, soprattutto per motivazioni economiche. Per questo è necessario intervenire lungo due direttrici:

- Evitare ulteriori tagli al finanziamento pubblico e adottare una visione di medio-lungo periodo per riallocare le risorse recuperate con la lotta all'inappropriatezza, agli sprechi e alle inefficienze ancora presenti nel sistema, in investimenti focalizzati sugli ambiti della prevenzione e dell'innovazione, elementi che più di ogni altro possono accompagnare il Servizio sanitario nazionale nella sua trasformazione da sistema basato sulla medicina "di attesa" a "medicina di iniziativa". Le scelte di investimento devono essere guidate dalla considerazione che i guadagni di salute ottenuti superano i confini della sanità, perché hanno impatto su tutto il sistema di *welfare* ed economico del Paese (produttività lavorativa, gettito fiscale, crescita economica, benessere sociale e qualità della vita, ecc.).
- Adottare forme di finanziamento della sanità integrative e non sostitutive di quelle erogate dal Servizio sani-

tario nazionale, che siano focalizzate sulla copertura delle prestazioni non incluse nei Livelli essenziali di assistenza (*long term care* e odontoiatria *in primis*) e su prestazioni e servizi per cui oggi è richiesta una partecipazione significativa al cittadino. In tal modo è possibile gestire in maniera più equa ed efficiente la spesa sanitaria *out-of-pocket*, che rappresenta oltre il 20% della spesa sanitaria totale.

Una delle sfide che avranno maggiore impatto sulla sostenibilità dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali è quella dell'invecchiamento della popolazione, in quanto i costi sanitari aumentano esponenzialmente con l'età. Se l'aumento della longevità non sarà accompagnato da un incremento degli anni vissuti in buona salute, questo fenomeno avrà serie ripercussioni sulla sostenibilità economica del sistema.

In Italia, la quota più elevata di tutta Europa di persone con più di 65 anni d'età e l'incremento della diffusione delle malattie croniche (patologie cardio-cerebrovascolari, tumori, diabete, patologie respiratorie, demenze) rendono non più percorribile la strada del razionamento della spesa pubblica e la rinuncia ad investimenti nel campo della prevenzione.

Questo appare ancor più vero alla luce del divario tra aspettativa di vita e aspettativa di vita in buona salute, che oggi in Italia è il più ampio tra i Paesi europei (17,7 anni per gli uomini e 23,3 anni per le donne - quasi il doppio rispetto al 2004 - di anni vissuti in "non buona salute"), fattore che avrà serie ripercussioni sulla crescita della spesa.

Le attività di prevenzione

Per questo le attività di prevenzione, a tutti i livelli, assumono un ruolo ancor più centrale per ottenere un invecchiamento in buona salute ed evitare così l'esplosione dei costi delle cronicità. Le azioni prioritarie in questo ambito sono le cinque seguenti:

- Dare impulso e attuazione al Piano nazionale della prevenzione 2014-18 e ai Piani regionali della prevenzione, affermando il ruolo strategico della prevenzione come investimento e come fattore di sviluppo socio-economico del Paese e garantendo equità nell'offerta delle prestazioni.
- Vincolare nella programmazione nazionale, regionale e locale un livello minimo di finanziamento del 5% della spesa sanitaria per le attività di prevenzione (attualmente è pari al 4,1%) come elemento imprescindibile di corretta ed efficiente gestione sanitaria.
- Promuovere e realizzare interventi integrati di prevenzio-

ne, promozione e tutela della salute secondo le migliori evidenze scientifiche, con particolare riguardo alla promozione di stili di vita sani, alla corretta formazione e informazione del personale e della popolazione, alla riduzione dei fattori di rischio ambientali, alimentari e legati all'infortunistica stradale, lavorativa e domestica.

- Sviluppare ed implementare il nuovo Piano nazionale prevenzione vaccinale 2015-2017, promuovendo a livello nazionale l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni di provata efficacia in tutte le fasi della vita, con particolare riguardo alle nuove opportunità.
- Ottimizzare l'impiego di risorse nel settore della prevenzione sanitaria anche attraverso l'eliminazione delle pratiche inutili e obsolete e l'utilizzo del "task shifting" ossia l'impiego di personale di minor qualificazione - e quindi di minor costo - ma ugualmente in grado di partecipare attivamente ad attività di igiene pubblica, di prevenzione, di vigilanza ed ispezione anche nel settore dei rischi ambientali, della sicurezza alimentare e della veterinaria.

L'innovazione farmaceutica e dell'informatizzazione

Il secondo ambito strategico in cui focalizzare l'utilizzo delle risorse economiche disponibili per la sanità è quello dell'innovazione farmaceutica e dell'informatizzazione (*e-health*).

L'innovazione farmaceutica, che include ovviamente anche i vaccini, rappresenta un *asset* strategico per la competitività del nostro Paese, indispensabile per continuare a migliorare la salute e la qualità della vita delle persone e leva per il rilancio industriale e lo sviluppo della ricerca e del capitale intellettuale nel nostro Paese. Tre azioni in questo campo appaiono quanto mai urgenti:

- Rendere più stabile e armonizzato il quadro di regolamentazione del settore e garantire il rispetto della copertura brevettuale per promuovere le attività di ricerca e sviluppo delle imprese, consolidare gli investimenti esteri programmati e attrarne di nuovi nel nostro Paese.
- Rivedere il sistema di *governance* della spesa farmaceutica, rafforzando il ruolo nazionale della valutazione delle tecnologie sanitarie (*Health Technology Assessment*) per valutare il costo-efficacia dei nuovi farmaci, garantirne l'adozione in tempi più rapidi e omogenei su tutto il territorio nazionale e superare la visione di spesa a "silos" e la logica dei tetti, in particolare il tetto di spesa ospedaliera, che ostacola l'accesso alla maggior parte delle innovazioni farmaceutiche.
- Introdurre nel monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) un indicatore relativo all'accessibilità

dell'innovazione farmaceutica per eliminare le disparità regionali e garantire un sistema più equo per i cittadini.

L'innovazione digitale

Infine, l'innovazione digitale permette migliore accessibilità, sicurezza e qualità delle cure, assieme all'integrazione e alla personalizzazione delle stesse e al miglioramento dell'efficienza del sistema. Maggiori investimenti in questo campo consentirebbero una gestione realmente integrata della sanità e le proposte di Meridiano Sanità in questo ambito sono i seguenti.

1. Definire gli *standard* necessari per realizzare l'interoperabilità tra i sistemi informativi regionali e il sistema nazionale, al fine di ridurre i tempi e le interruzioni, razionalizzare ed ottimizzare i processi di gestione ed erogazione delle prestazioni e semplificare le procedure.
2. Implementare il fascicolo sanitario elettronico (vale a dire un archivio contenente la storia clinica del paziente) quale fattore abilitante di miglioramento della qualità dei servizi e di contenimento dei costi. In quanto strumento di continuità assistenziale, consente la condivisione delle informazioni cliniche tra operatori sanitari, la disponibilità della storia clinica del paziente a supporto dell'attività di cura del medico, la diminuzione del rischio clinico e degli errori e/o delle inefficienze grazie alla condivisione tra i professionisti di dati e documenti clinici raccolti sul paziente e l'eliminazione degli esami ripetuti grazie alla condivisione dei referti.
3. Adottare la prescrizione elettronica (*e-prescription*) in maniera diffusa per ottenere una maggiore facilità di accesso e monitoraggio delle terapie e una maggiore capacità di prevenzione degli errori clinici, migliorare l'appropriatezza prescrittiva e la sicurezza per il paziente e disporre di una *governance* della spesa sanitaria più accurata e tempestiva.
4. Utilizzare gli strumenti di telemedicina per migliorare l'accessibilità alle cure di pazienti deospedalizzati, malati cronici, anziani e pazienti a rischio che necessitano di un monitoraggio a domicilio (*home care*).

I "focus" sicurezza dei pazienti nei rapporti sanitari

Giulio Toccafondi, Giulia Dagliana

Centro Gestione rischio clinico e sicurezza del paziente della Regione Toscana.

Abstract

Gli strumenti per valutare la sicurezza del paziente non possono prescindere dagli obiettivi, ovvero dal programma, che le istituzioni si sono date per promuovere, gestire e valutare la sicurezza del paziente nei sistemi sanitari. In generale gli obiettivi di sicurezza del paziente dipendono dal livello qualitativo del sistema sanitario e dal modello di gestione della sicurezza del paziente. Data l'importanza del tema, i principali rapporti nazionali ed internazionali includono la sicurezza del paziente nella valutazione dei sistemi stessi. In questo articolo partiremo dalle valutazioni esistenti per confrontare quali sono i principali punti di vista usati per valutare la gestione della sicurezza del paziente.

La Comunità Europea assume un ruolo importante nella valutazione delle politiche per la sicurezza del paziente. Nel giugno del 2009 ha diffuso la prima raccomandazione sulla sicurezza del paziente¹. Il *report*² della Commissione sull'implementazione della raccomandazione sulla sicurezza del paziente descrive una situazione migliore rispetto al primo monitoraggio del 2012. Sono tuttavia necessari ulteriori sforzi per una maggiore uniformità ed integrazione dei sistemi per la gestione della sicurezza delle cure. I principali assi di attività considerati dalla valutazione dei sistemi per la sicurezza del paziente sono:

- Le politiche per la sicurezza e la qualità delle cure.
- L'*empowerment* del paziente.
- I sistemi di apprendimento e segnalazione.
- La formazione alla sicurezza del paziente.
- La prevenzione e la gestione delle infezioni correlate all'assistenza (HAI).

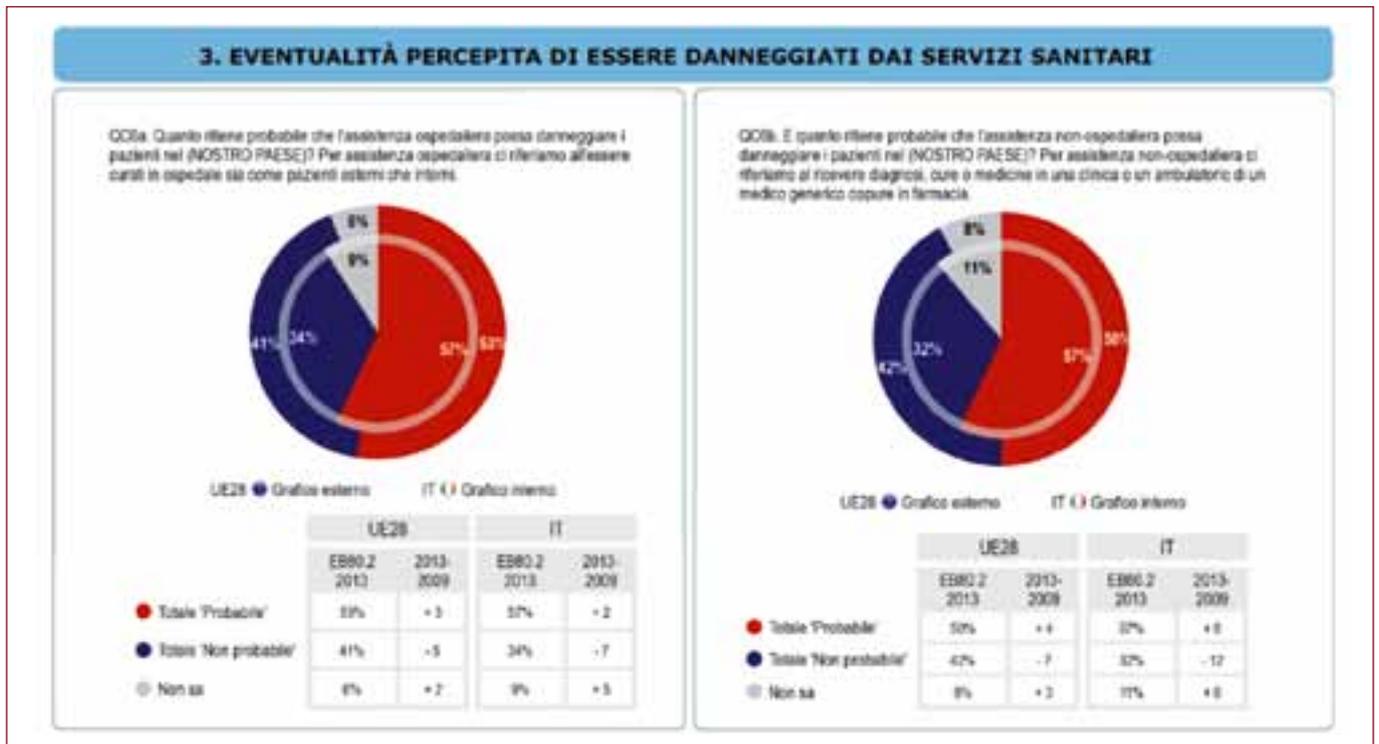
In Europa, le politiche per la sicurezza delle cure sono applicate ma resta alta la variabilità. Rispetto alle prime valutazioni tutti gli Stati membri hanno predisposto misure per la sicurezza del paziente. In 26 dei 28 Paesi interessati sono attivi programmi e politiche per la sicurezza del paziente (raccomandazioni per la sicurezza e buone pratiche). In 23 Paesi è presente un'autorità competente per la sicurezza e la qualità delle cure; ma solo in 16 Paesi è attivo un sistema di indicatori per la valutazione complessiva delle strategie in atto. Le linee guida e gli standard per la sicurezza del paziente previsti dalla raccomandazione sono interpretate in maniera difforme dai vari Stati membri e questo rende difficile una comparazione.

Si invita all'uso di tecnologie informatiche per gestire al meglio i sistemi di sicurezza delle cure; tuttavia molti Stati membri si limitano ad usare siti *web*-vetrina che descrivono le iniziative ed i programmi. Sono pochi gli strumenti operativi per la sicurezza del paziente, come ad esempio sistemi di segnalazione ed apprendimento e piattaforme simili all'osservatorio di AGENAS sulle pratiche per la sicurezza del paziente³.

¹ (2009/C 151/01)

² *Report From The Commission To The Council - The Commission's Second Report to the Council on the implementation of Council Recommendation 2009/C 151/01 on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels, 19.06.2014 COM(2014) 371*

³ Buonepraticheagenas.it



La raccomandazione del 2009 ha avuto l'importante merito di innalzare il livello di consapevolezza degli operatori sanitari rispetto alla sicurezza del paziente e di favorire l'introduzione di leggi e requisiti specifici. Questi hanno stimolato la costruzione ed il rafforzamento dei sistemi per la gestione del rischio e la sicurezza del paziente nei servizi sanitari nazionali. Resta ancora molto da fare soprattutto per l'*empowerment* del paziente. Per redigere il *report* la Commissione Europea si è basata, oltre che sulle relazioni provenienti dagli Stati membri, anche sull'indagine di Eurobarometer⁴ condotta su un campione di quasi 28.000 cittadini europei.

L'opinione dei cittadini sul rischio di subire un danno causato dall'assistenza sanitaria è cambiata rispetto alla precedente indagine, purtroppo non in meglio. I cittadini europei sono più preoccupati rispetto al passato. Nel 2006, il 50% dei cittadini riteneva che un paziente ricoverato potesse subire un danno causato dall'assistenza ospedaliera; oggi sono passati al 53%. Il dato per i cittadini italiani segue la stessa tendenza. Se nel 2006, il 55% era preoccupato di poter subire un danno causato dall'assistenza, nel 2014 la percentuale arriva al 57%.

Anche se il coinvolgimento dei pazienti nelle attività di gestione della sicurezza è divenuto un requisito chiave, restano da definire le dimensioni del *patient empowerment*. Gli Stati membri sono tenuti a diffondere ai cittadini informazioni sugli standard di sicurezza del paziente applicati negli ospedali, sulle misure intraprese per ridurre e prevenire gli errori, a predisporre dei consensi informati completi e comprensibili ed a fornire indicazioni su procedure per eventuali richieste di risarcimento. 18 Stati (erano 5 nel 2012) forniscono le informazioni previste ed in più, alcuni di questi, svolgono indagini sull'utilità percepita dai cittadini. L'*Health Consumer Index* (EHCI) del *think tank* svedese *Health Consumer Powerhouse* fornisce delle utili indicazioni. L'indice è un esempio di come il *patient empowerment* può essere usato come punto di vista per misurare la qualità e la sicurezza delle cure. L'indice cerca un compromesso tra gli indicatori usati dagli utenti per valutare i sistemi sanitari europei e la disponibilità di dati per la costruzione degli stessi. Il prodotto è la combinazione di statistiche pubbliche, sondaggi rivolti ai pazienti e ricerche indipendenti. L'EHCI è costruito sulla base di sei dimensioni o sub-discipline ognuna basata su un set di indicatori, di seguito i Paesi che hanno ottenuto lo score più alto nelle varie dimensioni.

⁴ Special Eurobarometer patient safety ec.europa.eu/health/patient_safety

Sub-dimensione	Andorra	Austria	Belgio	Bulgaria	Cipro	Corea	Croazia	Danimarca	Francia	Germania	Grecia	Irlanda	Italia	Lettonia	Lituania	Lussemburgo	Malta	Paesi Bassi	Polonia	Portogallo	Repubblica Ceca	Regno Unito	Repubblica Slovacca	Spagna	Svezia	Svizzera	Turchia	Ungheria	Valore medio									
C. Patient rights and education	82	120	100	84	79	124	83	126	142	121	122	117	128	121	94	88	128	83	124	112	124	108	86	71	100	142	98	112	83	83	113	88	96	117	117	126	108	
E. Accessibility	292	291	223	75	183	183	156	173	206	190	175	175	213	186	138	183	183	88	178	156	190	188	125	113	188	128	200	182	150	113	175	113	188	88	223	190	175	
F. Outcomes	184	177	188	118	123	158	177	177	198	177	218	188	223	158	113	229	188	187	128	125	218	113	122	240	122	104	188	83	83	128	188	188	218	229	177	177	177	
G. Range and reach of services	92	112	138	88	78	108	75	138	131	118	138	113	84	84	88	88	122	108	88	81	81	131	113	78	100	144	88	84	83	88	88	108	113	100	113	131	131	131
H. Prevention	81	82	83	88	71	88	71	88	84	85	88	85	85	83	83	107	88	85	71	88	101	81	81	88	107	71	83	71	27	83	88	107	107	88	85	88		
I. Pharmaceutical	82	78	78	88	82	87	82	71	78	87	88	71	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	87	
Total score	342	781	823	428	517	689	618	714	834	677	848	762	762	812	561	661	878	884	848	593	510	834	582	463	888	823	571	722	453	473	883	888	676	781	838	718	712	
Rank	50	18	8	58	78	21	24	15	8	17	4	11	18	8	28	35	7	22	21	28	32	8	27	54	1	1	11	13	50	33	50	18	18	12	2	14	18	

I Paesi Bassi hanno ottenuto punteggi più alti nel maggior numero di dimensioni e questo probabilmente è riconducibile all'alto coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei pazienti nei processi decisionali. L'empowerment del paziente è incluso nella dimensione 'Accessibilità dei servizi sanitari'. Viene valutato attraverso la somministrazione di un questionario che indaga la percezione che gli utenti hanno dell'accessibilità alla documentazione sanitaria, la trasparenza sui dati di performance, il livello di qualità e sicurezza, il coinvolgimento del paziente e delle associazioni di rappresentanza.

I sistemi di apprendimento e segnalazione sono uno strumento basilare per la sicurezza del paziente da tenere in considerazione per valutare il sistema per la gestione della sicurezza. Le applicazioni informatiche per l'identificazione degli eventi avversi sono diffusi in 27 dei 28 Paesi interessati dal report di valutazione. Tuttavia soltanto in sei Stati membri sono presenti tutti i requisiti per i sistemi di apprendimento e segnalazione:

- Fornire informazioni in merito agli eventi avversi.
- Essere completamente svincolati da sistemi di sanzione disciplinare.
- Permettere ai pazienti di segnalare.
- Essere complementari ad altri sistemi segnalazione (ad es. farmacovigilanza).

Il numero delle segnalazioni è universalmente riconosciuto come un indicatore della cultura della sicurezza di un'organizzazione ed è aumentato dal 2009 in tutti gli Stati membri. Dall'indagine di Eurobarometer emerge che dal 2006 ad oggi la probabilità che un evento avverso venga segnalato è passata dal 51% al 70%. Tuttavia, solo 4 eventi avversi su 10 segnalati dai pazienti hanno portato ad un riscontro condiviso con il paziente. Molti Paesi usano i dati raccolti per impostare azioni di miglioramento e definire delle linee guida. La maggior parte diffondono i risultati attraverso newsletter, conferenze o pubblicazioni

degli organismi centrali, solo pochi Paesi analizzano i dati ed impostano le azioni di miglioramento a livello delle singole strutture sanitarie.

La formazione degli operatori sanitari sul tema della sicurezza resta una questione aperta. In nessuno degli Stati dell'unione, ad eccezione di sei Stati membri, la sicurezza del paziente è parte dei curricula universitari degli operatori sanitari. La formazione sulla sicurezza del paziente è maggiormente diffusa nelle strutture sanitarie. Monitorare l'effettiva erogazione di interventi formativi o indicare standard comuni per la formazione è ancora molto complicato. Nella maggior parte degli stati membri la formazione sulla sicurezza del paziente da parte degli operatori è considerata parte del training on-the-job.

Le infezioni correlate all'assistenza ospedaliera sono una sfida che necessariamente deve essere affrontata. La Commissione Europea si è impegnata molte volte dal 2009 in poi con azioni concrete ed atti formali che invitano gli Stati membri ad intervenire per risolvere il problema definendo degli obiettivi⁵.

L'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)⁶ coordina la rete europea di sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza ospedaliera e all'uso degli antibiotici. La rete è basata su standard e metodologie condivise. Periodicamente sono diffusi dall'ECDC i dati sulle infezioni e le antibiotico-resistenze presenti nei sistemi sanitari degli Stati membri. Il controllo delle infezioni è l'attività per la sicurezza del paziente maggiormente uniformata e centralizzata. Un ulteriore passo verso la standardizzazione del sistema per la sorveglianza è stata la definizione, con una Decisione della Commissione Europea (2012/506/UE) sulle tipologie di infezioni che devono essere prevenute e monitorate dai sistemi sanitari nazionali.

⁵ Action plan against the raising threats of antimicrobial resistance: roadmap
⁶ ecdc.europa.eu

La valutazione del sistema nazionale per la sicurezza del paziente

Il report OCSE⁷ prende in considerazione le politiche per la sicurezza del paziente a livello italiano, analizza l'integrazione rispetto alle politiche europee e valuta il livello di maturità rispetto alla programmazione nazionale. Gli strumenti per la sicurezza si riferiscono a due dei principali assi di attività di un sistema di gestione ovvero l'identificazione del rischio e la capacità di generare sicurezza nel paziente laddove viene erogato il processo di cura. Il sistema di gestione della sicurezza promosso dal Ministero della Salute fornisce ai sistemi sanitari regionali attraverso il sistema SIMES, gli strumenti per identificare gli eventi sentinella avvenuti durante i processi di cura e censire le richieste di risarcimento per danni avanzate anche dopo la conclusione delle attività clinico assistenziali. Una volta che il rischio è stato identificato, analizzato e misurato, diviene conoscenza accessibile, strutturata ed ha la necessità di tradursi in strumento utile al miglioramento del sistema sanitario nel suo complesso. Il report OCSE valuta molto positivamente la progettualità messa in atto da AGENAS per anticipare il rischio ed accrescere la sicurezza del paziente attraverso lo strumento delle pratiche per la sua sicurezza (PSP). Le pratiche per la sicurezza del paziente sono state proposte dalla AHRQ a partire dal 2001 e riviste nel 2013. Sono azioni semplici, validate a livello scientifico e di elevata fattibilità con un alto impatto sulla sicurezza del paziente come ad esempio la riduzione delle infezioni da catetere venoso centrale e la riduzione degli errori di terapia. Sono presentate in maniera accessibile a tutti i professionisti sanitari ed il loro scopo è integrare la sicurezza del paziente nella routine delle attività quotidiane dei professionisti sanitari. La review dell'OCSE suggerisce che i sistemi per la gestione della sicurezza possono essere valutati sulla loro capacità di orientare la progettualità in maniera coerente agli obiettivi quadro europei.

Il punto di vista della sicurezza sui sistemi sanitari regionali

I report che analizzano la performance dei Servizi sanitari regionali in Italia sono molti, la dimensione della sicurezza del paziente viene considerata indirettamente attraverso alcuni indicatori. Come già descritto dal relativo articolo "Il rapporto CREA," valuta con un approccio interessante la performance dei Servizi sanitari regionali

partendo dal presupposto che il valore che questa può assumere sia dipendente dalle prospettive adottate dai diversi *stakeholders*. In particolare il rapporto valuta i SSR a partire dal valore che diverse categorie di individui, sulla base delle loro differenti esperienze e visioni del SSR, attribuiscono ad una serie di indicatori rappresentativi di aree di *performance*. Il rapporto si fonda quindi sull'idea che gli *stakeholders* del sistema perseguano obiettivi (dimensioni) plurimi a cui attribuiscono un grado di utilità diversificato. Ogni dimensione è a sua volta descritta da indicatori (attributi).

Il rapporto CREA ha scelto come *stakeholders*: utenti, professioni sanitarie, industria medica, *management* aziendale, istituzioni. A tutti è stato chiesto di scegliere da un set di 54 indicatori quelli che contribuiscono a determinare la qualità della *performance*: dai 54 di partenza sono stati selezionati 12 indicatori, ovvero 3 per ognuna delle quattro dimensioni individuate.

Tabella 2. Indicatori di Performance

DIMENSIONE	INDICATORE
Sociale (Equità)	Quota % di persone che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici
	Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico soggette a spese catastrofiche sanitarie Out Of Pocket
	Quota % di famiglie senza figli con anziani a carico impoverite a causa di spese sanitarie Out Of Pocket
Economico-finanziaria	Spesa sanitaria totale pro-capite pesata
	Spesa sanitaria pubblica pro-capite pesata - numeri indice
	Spesa per ticket pro-capite
Efiti	Quota % di adesioni agli screening femmini (mammogr. 40+ e pap-test 25-34)
	Quota % di ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati
	Tasso di copertura vaccinale in età pediatrica (morillo, rosolia e parotite)
Appropriatezza	Tasso di mortalità per tumore del colon, del retto e dell'ano
	Tasso di mortalità per tumore alla mammella
	Quota % bambini in sovrappeso

Fonte: Elaborazione CREA Servizi su risultati rilevati dal panel

Al fine della valutazione dei sistemi per la sicurezza del paziente, la dimensione 'Efiti' e la dimensione 'Appropriatezza' sono certamente le più interessanti. Dal confronto con il report dell'anno precedente le dimensioni che maggiormente contribuiscono a determinare la qualità della *performance* sono la dimensione 'Sociale', raggiungendo il 44,0% (37,4% nella precedente) e la dimensione 'Economico-finanziaria', che ha raggiunto il 33,0% a fronte del 20,5%. Il contributo della dimensione 'Efiti' è aumentato con il 9,4% (8,9% nella precedente), mentre si è invece ridotto, raggiungendo il 13,6%, a fronte del 33,2% dello scorso anno, il peso dell'appro-

⁷ OECD Reviews of Health Care Quality: Italy

priatezza nel determinare il valore della *performance*. Per la categoria 'Utenti' le dimensioni 'Sociale' ed 'Economico-finanziaria' contribuiscono a determinare per più del 60% la qualità della *performance* di un sistema sanitario (37,9% e 22,2% rispettivamente); le altre dimensioni, 'Esiti' ed 'Appropriatezza', seguono rispettivamente con 18,9% e 21,0%.

La sintesi delle preferenze espresse da tutte e cinque le categorie di *stakeholders* fa emergere 5 Regioni come 'complessivamente eccellenti': Toscana, Veneto, P.A. di Trento, Emilia Romagna e Piemonte.



Il grafico qui di seguito rappresenta la sintesi delle preferenze espresse dalla categoria utenti rispetto alle varie dimensioni della *performance*.



Sempre in ottica nazionale Il Programma nazionale Esiti (PNE) ed il rapporto Osserva Salute propongono alcuni interessanti indicatori relativi ai percorsi clinico assistenziali ospedale-territorio e molto vicini all'approccio dei nuovi *Patient Safety Indicators* (PSI) programmati dall'OCSE in quanto raccolgono dati che ci forniscono indicazioni rispetto agli esiti prodotti dall'intero processo clinico

assistenziale includendo le cure primarie e l'assistenza territoriale. Ne sono un esempio gli indicatori di 'Mortalità a 30 giorni dal ricovero per BPCO riacutizzata' che prende in considerazione la mortalità a breve termine nel caso di ospedalizzazione per riacutizzazione della BPCO e valuta l'esito a partire dalla data di ricovero del paziente in ospedale. Allo stesso modo le 'Riammissioni ospedaliere a 30 giorni da trattamento per BPCO riacutizzata' possono costituire un indicatore sulla qualità della gestione clinico assistenziale intra ed extra ospedaliera. Così come gli indicatori sulle 'Ospedalizzazioni potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito, BPCO, insufficienza cardiaca, gastroenterite in età pediatrica ed asma in età pediatrica'. Anche in ambito materno infantile il PNE prende in considerazione indicatori che permettono una valutazione della qualità e sicurezza dell'assistenza. La morbosità materna grave, acuta o *near miss* indica infatti una grave complicanza potenzialmente fatale. Può essere considerato un valido indicatore di qualità dell'assistenza sanitaria ostetrica. Il tasso di morbosità materna grave, ossia il rapporto tra il numero di *near miss* ed il totale dei parti, viene ampiamente utilizzato a livello internazionale come misura di esiti. Per misurare le complicanze materne gravi nel parto e nel puerperio sono stati calcolati due distinti indicatori:

- *Complicanze materne gravi nel corso del parto e del puerperio*, che misura la proporzione di complicanze materne gravi avvenute entro i 42 giorni successivi al parto.
- *Complicanze della gravidanza osservate nel corso del parto e del puerperio*, che misura la proporzione di complicanze materne gravi avvenute entro i 42 giorni successivi al parto.
- *Riammissioni ospedaliere a 42 giorni dal ricovero per parto*, ovvero la proporzione di ricoveri per parto seguiti entro 42 giorni da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti con l'obiettivo di valutare la frequenza di riammissioni ospedaliere a seguito del parto.

Infine, l'indicatore che misura la *Proporzione di parti con taglio cesareo primario* può essere utilizzato per valutare la qualità dell'assistenza fornita alle partorienti. Gli ospedali e i sistemi sanitari sono spesso confrontati sulla base di questo indicatore, dal momento che valori più bassi possono riflettere una pratica clinica più appropriata e che una parte dei tagli cesarei potrebbe essere eseguita per 'ragioni non mediche'. Il confronto tra ospedali po-

trebbe comunque essere distorto se non si tenesse conto della possibile diversa distribuzione dei fattori di rischio per cesareo delle pazienti tra le diverse strutture.

Conclusione

I sistemi per la valutazione della gestione della sicurezza del paziente iniziano a prendere corpo a livello europeo attorno a cinque principali assi di attività riconducibili alle politiche per l'identificazione del rischio mediante la diffusione di sistemi di segnalazione ed apprendimento, l'anticipazione del rischio attraverso l'implementazione di raccomandazioni e pratiche per la sicurezza del paziente, il coinvolgimento dei pazienti nella gestione di alcune delle dimensioni della sicurezza, la prevenzione e la gestione

delle infezioni e la formazione degli operatori.

L'armonizzazione e la standardizzazione del sistema per la sicurezza del paziente è una priorità a livello comunitario ed al fine di migliorare la comparabilità internazionale dei dati sulla sicurezza del paziente la Comunità Europea in collaborazione con l'OCSE sta finanziando azioni volte ad aggiornare ed estendere gli indicatori per la sicurezza del paziente alla sicurezza della terapia ed alle cure primarie. Sono quindi necessarie attività di ricerca orientate alla definizione di standard per la qualità e la sicurezza delle cure. La prospettiva è quella fornire ai pazienti europei informazioni chiare, complete e trasparenti per poter scegliere consapevolmente da quale servizio sanitario farsi curare.

Gli indicatori e le loro applicazioni

Gli indicatori e il miglioramento della qualità

Roberto Gnesotto

MD (Padova), Specialista Medicina interna (Padova), MSc (London), MS (Harvard)

Abstract

Gli indicatori basati su dati routinari sono un contributo essenziale alla comprensione del funzionamento dei sistemi sanitari, anche quando parziali, incompleti e imprecisi. Talvolta la distanza tra valutatori e decisori è troppo ampia con il rischio che alcuni rapporti, anche brillanti e utili rimangano elaborazioni intellettuali inefficaci. L'integrazione tra analisti e decisori è una condizione imprescindibile per il miglioramento della qualità dei sistemi sanitari e del loro funzionamento. Gli indicatori, pur importanti, sono solo una parte di un puzzle molto più ampio e complesso utile per comprendere la realtà e le strategie di miglioramento.

Qualsiasi sistema umano, se non è guidato e gestito, va verso un crescente disordine; basti pensare a come si riduce un'abitazione lasciata senza manutenzione per anni. Un sistema privo di direzione strategica tende all'inefficienza, cioè un uso inadeguato delle risorse disponibili, e all'inefficacia, cioè un'insufficiente soluzione dei problemi che ha la responsabilità di affrontare. Gli indicatori sono essenziali per comprendere e di conseguenza guidare sistemi, inclusi quelli sanitari. Gli indicatori basati su dati di routine rivelano aspetti essenziali della performance di un intero sistema sanitario come di singole unità operative. Ad esempio l'efficacia, misurata in termini di rischio di morte in seguito a ricoveri per scompenso cardiaco congestizio o di rottura di aneurisma dell'aorta addominale; l'accesso ai servizi, determinato in base alla copertura vaccinale; e il grado di equità nell'utilizzo di interventi, quali la rivascolarizzazione coronarica per diversi gruppi socio-economici e residenti in diverse aree geografiche. Gli indicatori rappresentano un indispensabile prodotto di una cultura della trasparenza e dell'*accountability*. Gli indicatori possono stimolare una competizione costruttiva e rappresentare il primo passo verso uno studio più approfondito di realtà specifiche. Gli indicatori possono

anche facilitare l'identificazione di priorità e, tramite il benchmarking, promuovere l'apprendimento di lezioni cruciali offerte da realtà la cui performance risulta superiore rispetto a quella di altre unità ad essa confrontabili. Costituiscono inoltre un'essenziale premessa al miglioramento della qualità dei servizi.

I limiti degli indicatori

Tuttavia, inevitabilmente, gli indicatori, particolarmente quelli basati su dati di routine, presentano anche limiti. In primo luogo non sono in grado di evidenziare ogni aspetto di un sistema. Ad esempio, la sicurezza dei pazienti, che costituisce un elemento fondamentale della qualità, rimane essenzialmente sfuocata. Gli indicatori basati sulle schede di dimissione ospedaliera (SDO) e sulle schede di morte rivelano poco relativamente a eventi molto seri, definiti da diverse istituzioni come eventi sentinella o never events, quali interventi chirurgici su paziente, organo o parte sbagliati, o decessi di pazienti in seguito a errori nell'uso di farmaci. Gli stessi indicatori non rivelano gli innumerevoli *near miss* che caratterizzano qualsiasi attività umana, inclusa quella clinica. I *near miss* sono situazioni che mettono a repentaglio la sicurezza dei pazienti senza

SALUTE e Territorio

provocare danni perché vengono corretti all'ultimo istante o non arrivano a superare le difese naturali dei pazienti. Gli indicatori basati su dati di routine non informano nemmeno sui fattori di rischio degli eventi avversi, ad esempio la mancata pulizia delle mani negli operatori prima e dopo aver toccato un paziente che comporta un'aumentata probabilità di infezioni nosocomiali.

Talvolta gli indicatori basati su dati di routine sono fuorvianti, in conseguenza di intrinseci limiti metodologici legati all'affidabilità dei dati e alla costruzione di modelli multi-fattoriali. Un esempio di informazioni distorte riguarda ancora quelle relative agli eventi avversi prevenibili, cioè ai danni causati a pazienti in conseguenza di processi diagnostico-terapeutici. Uno studio, basato sulle SDO, che ha confrontato la frequenza di "infezioni selezionate in seguito ad assistenza medica" negli Stati Uniti rispetto a quella rilevata in una Regione italiana, ha rilevato un'incidenza 48 volte superiore negli USA. Tale discrepanza è un artefatto, cioè è dovuta soprattutto a diversità strutturali, culturali e strategiche del sistema sanitario USA rispetto a quello italiano, piuttosto che a reali differenze. Questa indagine conclude perciò che "al presente, le SDO ... non costituiscono uno strumento di sorveglianza sufficientemente affidabile e gli indicatori AHRQ sulla sicurezza rappresentano uno strumento la cui utilità è limitata all'analisi delle tendenze temporali nel complesso del SSR e, soprattutto, all'interno di singoli ospedali. Il confronto tra diverse strutture presenta troppe incognite e dovrebbe in primo luogo indurre gli analisti e gli utilizzatori delle informazioni a porsi domande riguardo l'affidabilità delle stesse." In realtà è plausibile che si verifichi il paradosso per cui le organizzazioni e i sistemi sanitari che notificano più eventi rappresentino quelli che provocano meno danni, mentre quelli che, al contrario, riportano pochi eventi siano soprattutto preoccupati della propria immagine, mostrino reticenza nel riportare eventi avversi e perciò non trasferiscano tali informazioni dalla cartella clinica alla SDO.

Le classifiche sulla qualità

Oltre a problemi di inaffidabilità, un ulteriore ostacolo all'uso degli indicatori in funzione del miglioramento della qualità deriva da reazioni emotive e politiche alla pubblicazione delle informazioni. In particolare, le classifiche che pongono le organizzazioni in una graduatoria dalla migliore alla peggiore mettono in difficoltà e irritano chi si classifica nelle posizioni peggiori, non suscitano alcun interesse nella grande maggioranza di chi si classi-

fica nel mezzo, e accendono solo l'entusiasmo dei pochi "eletti". Questi ultimi, trovandosi "al top", in generale non sentono la necessità di migliorare ulteriormente. Chi si scopre in difetto, sull'orlo della serie B, tende invece a reagire con stroncature riguardo l'affidabilità dei dati e la credibilità degli analisti e delle istituzioni che li hanno prodotti. Tale fenomeno trova corrispondenza nell'intuizione descritta dal grande sociologo Erving Goffman oltre mezzo secolo fa, cioè che la principale preoccupazione degli esseri umani consiste nell'evitare di perdere la faccia, piuttosto che la massimizzazione dei profitti, come affermano gli economisti, o le pulsioni verso il piacere, come sostenuto dagli psicanalisti. La preoccupazione di proteggersi da situazioni imbarazzanti può condurre alla manipolazione dei dati e ad improvvisi quanto sorprendenti "miglioramenti" della *performance*. La costruzione di indicatori dovrebbe quindi prevedere anche l'analisi dell'affidabilità dei dati al fine di escludere contraffazioni. I Paesi del socialismo reale, a cominciare dall'URSS, sono stati maestri nel manipolare l'informazione e questo ha contribuito a decretarne il fallimento.

I limiti degli indicatori

In aggiunta ai limiti menzionati, gli indicatori dicono molto poco relativamente al fatto che il sistema sanitario non è semplice né lineare bensì complesso, anzi ipercomplesso in quanto non esiste alcun campo dell'attività umana che sia altrettanto articolato della medicina. Di fatto, la complessità del sistema sanitario è diventata talmente elevata che la sua comprensione e controllo in parte sfugge a chi lo ha disegnato, chi lo gestisce e chi vi opera all'interno. Gli indicatori mostrano singole immagini di un sistema senza rivelare le strette interconnessioni tra componenti. Gli indicatori per lo più rappresentano flash, talvolta sfuocati, e non mostrano le peculiarità e le dinamiche che distinguono specifiche organizzazioni, e quindi non spiegano le ragioni di successi e insuccessi.

In particolare, gli indicatori non dicono nulla riguardo le modalità tramite le quali i professionisti riescono a rispondere con successo, tramite aggiustamenti continui, alle inevitabili sorprese che il lavoro clinico presenta. Ad esempio, gli indicatori non fanno chiarezza riguardo al grado di collaborazione tra operatori; l'integrazione tra strutture, come i passaggi di consegne tra un ospedale e il territorio; il coordinamento tra funzioni, come il monitoraggio di un paziente e le risposte a eventuali segni e sintomi di deterioramento. In altre parole, gli indicatori basati su dati routinari non permettono di riconoscere alcuni aspetti cruciali delle organizzazioni, quali il *modus*

operandi, la cultura e la *leadership* sia a livello del *management* sia di quello professionale.

Al fine del miglioramento della qualità e della sicurezza, le informazioni generate dagli indicatori dovrebbero essere completate da ricerca qualitativa, in particolare la narrazione di episodi che hanno causato danno a pazienti. Le informazioni che emergono da poche analisi approfondite relativamente a eventi avversi e *near miss* risultano molto più informative rispetto a tabulazioni dettagliate. Inoltre le narrazioni rappresentano uno stimolo straordinario a impegnarsi verso il miglioramento, in quanto coinvolgono profondamente i professionisti, rivelando: dinamiche complesse, realtà che si manifestano con regolarità ma che tendono a essere negate, sofferenze talvolta devastanti, non solo nei pazienti e nei familiari, ma anche negli stessi professionisti che loro malgrado hanno contribuito a provocare danni.

Dagli indicatori alle decisioni strategiche

I metodi utilizzati sono cruciali nel produrre informazioni affidabili e valide. Tuttavia i metodi non producono significati e raccomandazioni. Una difficoltà aggiuntiva consiste perciò nel fatto che l'elaborazione di indicatori costituisce solo una premessa alla loro interpretazione. Senza un'attribuzione sufficientemente chiara di significati, un'identificazione di priorità e una delucidazione riguardo le implicazioni strategiche, gli indicatori tendono ad essere ignorati dai decisori e dai professionisti. Ciò colloca le informazioni in una sorta di limbo, lasciando la responsabilità di questi passi essenziali ad altri individui e gruppi, non esplicitamente identificati. Talora la risposta, inappropriata, degli analisti a tale situazione di stallo consiste nel produrre una sempre più ampia serie di indicatori. Possibilmente la convinzione è che, sommergendo di informazioni i decisori, questi necessariamente dovranno dare risposte agli *input*. In realtà, la reazione è spesso opposta, anche perché la capacità cognitiva umana nel tenere a mente e comprendere informazioni molteplici è limitata.

L'integrazione degli indicatori con le altre componenti del processo che conduce dall'analisi alle scelte strategiche dovrebbe essere al centro del ruolo degli analisti. Gli eventuali *gap* tra tabelle-grafici e significati, tra interpretazioni e decisioni e tra scelte strategiche e la loro attuazione devono essere colmati. Un linguaggio oscuro ai non analisti, che sottolinea unicamente metodi moderni di biostatistica ed epidemiologia, può concorrere a compromettere la comprensione da parte dei decisori. Un criterio essenziale per valutare il grado di successo del-

la pubblicazione di indicatori, che abbia come finalità l'*accountability* o il miglioramento della qualità, dovrebbe consistere nell'adozione di scelte strategiche e operative capaci di affrontare le problematiche evidenziate dalle informazioni stesse. Talvolta i rapporti assomigliano più a lavori accademici che a relazioni destinate a *policy-maker* e sono impostati secondo schemi tipici delle pubblicazioni accademiche, cioè *background*, metodi, risultati e discussione. Dovrebbero invece iniziare esponendo le conclusioni, utilizzare un linguaggio chiaro e sintetico e collocare i metodi all'interno di appendici. La solidità scientifica costituisce un criterio di successo per qualsiasi elaborazione professionale ma, al di fuori dell'ambito accademico, non è, di per sé, sufficiente.

Al fine di accrescere l'impatto dei rapporti centrati sugli indicatori, le strutture che li producono dovrebbero in primo luogo chiarire la finalità fondamentale, concentrandosi soltanto su di una tra il miglioramento, la ricerca e l'*accountability*. Il miglioramento presuppone molti indicatori non necessariamente di elevata affidabilità, generati localmente ed esaminati da professionisti direttamente coinvolti all'interno di un contesto specifico. L'*accountability* richiede invece pochi indicatori altamente affidabili, comprensibili ai vari *stakeholder* e le cui implicazioni siano rese esplicite e discusse pubblicamente.

Un ostacolo all'utilizzo delle informazioni da parte dei decisori è strutturale, deriva cioè dalla separazione delle tecno-strutture dalla "linea" e dall'apice strategico manageriale e politico, che talvolta percepiscono le analisi come intrusioni non richieste. Talvolta la separazione tra unità che producono analisi e quelle che elaborano piani è talmente profonda che le analisi sono essenzialmente ignorate. Un passo necessario verso una maggiore rilevanza degli indicatori è che gli analisti svolgano un ruolo cardine nella stesura dei piani sanitari e che abbiano sufficienti *input* dalla politica, in termini di valori e priorità. Gli analisti dovrebbero contribuire a costruire un rapporto di fiducia reciproca nei confronti di chi ha l'autorità e la responsabilità di decidere. Ciò non può dipendere solamente da relazioni informali ma anche da processi e strutture organizzative disegnate ad hoc che prevedano incontri periodici e una cultura di collaborazione, orientata alla soluzione dei problemi. Tutto ciò implica discussioni franche e scelte efficaci, che spesso significa anche coraggiose.

Senza un colloquio sufficientemente costruttivo tra le diverse parti, gli indicatori, le analisi e i piani diventano cerimonie sempre uguali che hanno poco a che vedere con le decisioni. Possono perfino diventare semplici paraventi tra-

mite i quali la politica cerca di assicurare la cittadinanza, similmente alla tradizionale educazione sanitaria, visibile, poco costosa e marginalmente o per nulla efficace. Anche quando gli indicatori sono accompagnati a esplicite implicazioni e raccomandazioni, queste vengono talvolta percepite dalla politica come un restringimento del suo spazio di manovra, invece di opportunità che non solo contribuiscono ad affrontare problemi reali e seri, ma che possono anche avere positivi ritorni in termini di consenso politico. Come l'economista premio Nobel, John Maynard Keynes, ci ha ricordato, talvolta i *policy maker* preferiscono non sapere, in quanto dietro una cortina di incertezza e ambiguità ogni decisione può trovare una giustificazione morale, tecnica, economica e politica. *"There is nothing a politician likes so little as to be well-informed. It makes decision making so complex and so difficult."*

Precondizioni al miglioramento

Azioni volte al miglioramento trovano prima di tutto radici in individui che hanno a cuore il benessere dei pazienti, dei professionisti e delle organizzazioni all'interno dei quali operano. Personalità narcisistiche non sono in grado di accettare la frustrazione implicita nell'ammettere che è possibile e necessario fare meglio. Un esempio di professionalità motivata al miglioramento costante delle proprie capacità è Atul Gawande, professore di chirurgia della *Harvard Medical School*. In una recente intervista al *Washington Post*, Gawande ha affermato che l'educazione in età adulta può adottare due modelli. Quello tradizionale prevede che l'apprendimento avvenga in ambito scolastico; una volta accumulato sufficiente sapere, si passa il resto della vita a riversarlo nella pratica professionale. Un'ulteriore acquisizione di conoscenze dipende quindi da un impegno individuale. Un secondo modello è quello adottato dal mondo dello sport, che prevede un allenatore che consiglia e istruisce durante tutto l'arco dell'attività.

Gawande racconta che, una volta accortosi di aver raggiunto un *plateau* nella propria professione, ha chiesto a un collega chirurgo di accompagnarlo in sala operatoria, di osservare il suo operare e suggerirgli miglioramenti. L'osservazione da parte di un collega esperto ha evidenziato dettagli importanti dei quali Gawande non era consapevole, ad esempio la sistemazione delle lampade scialitiche e del campo operatorio. Ancora più importante, il chirurgo nel ruolo di *trainer* ha fatto notare a Gawande che la comunicazione con i suoi pazienti e i componenti del *team* era problematica, in quanto il chirurgo parlava il

90% del tempo senza preoccuparsi di porre domande né di prestare attenzione ai commenti dei colleghi o pazienti. Tale stile di comunicazione è comune tra noi medici in quanto è indispensabile talvolta prendere decisioni vitali in frazioni di secondo pur disponendo di informazioni incomplete; tuttavia questa pratica è anche fonte di seri rischi. Gawande ha fatto riflettere sullo spirito indispensabile al miglioramento, che riconosce, prima di tutto emotivamente, la possibilità di perfezionarsi e l'importanza di perseguire tenacemente tale fine. Un'altra lezione che emerge da questa breve storia è che, idealmente, l'analisi e il miglioramento dei sistemi di erogazione dei servizi sanitari ha molto da guadagnare dal coinvolgimento di professionisti esperti che operano in ambiti distinti.

L'aspirazione, la spinta intrinseca al migliorare che emerge da individui e gruppi di professionisti e *manager*, costituisce una premessa necessaria ma insufficiente. Per conseguire miglioramenti organizzativi duraturi, sono anche imprescindibili una *leadership* solida, una cultura organizzativa costruttiva e metodi efficaci. Un elemento imprescindibile per un cambiamento positivo è una *leadership* credibile, convinta della necessità del miglioramento, competente nel concepire un piano chiaro su quali obiettivi perseguire con quali strategie e aperta ad acquisire gli insegnamenti che il tentativo di cambiare inevitabilmente offre. Una *leadership* capace promuove l'apprendimento all'interno del gruppo, comunica efficacemente, trasmette entusiasmo, è persistente e si mostra fiduciosa nelle capacità degli altri componenti. Un vero *leader* è appassionato alla professione ed è non solo disposto ad ascoltare l'opinione di operatori che conoscono profondamente le varie dimensioni del sistema all'interno del quale agiscono, ma anche a rivedere le proprie posizioni in base all'evolversi dei fatti. Una *leadership* credibile ai massimi livelli manageriali, come pure all'interno di un'unità operativa, dovrebbe utilizzare gli indicatori per creare una tensione positiva tra la *performance* attuale e quella desiderabile. In altre parole può orientare l'attenzione dei professionisti sulla necessità di riconsiderare ciò che si è sempre fatto al fine di ridisegnare strategie, procedure e pratiche di professionisti, unità e *setting*. Un'altra importante precondizione del miglioramento è una cultura costruttiva, cioè curiosa, attenta alle opinioni divergenti, sempre rispettosa, senza eccezione alcuna, della sofferenza dei pazienti e familiari e dell'impegno degli operatori, socraticamente orientata a far emergere il meglio in ogni professionista e operatore. Il miglioramento comporta il coinvolgimento dei professionisti e

spesso di tutti gli operatori. Ad esempio, affrontare il drammatico problema delle infezioni ospedaliere implica il coinvolgimento non solo dei medici e degli infermieri ma anche degli OSS e dei pazienti stessi e dei loro familiari in quanto ognuno di questi gioca un ruolo cruciale nella trasmissione dei patogeni all'interno degli ospedali. Una cultura costruttiva trasforma ciò che era comune, normale e tollerabile, ad esempio le infezioni ospedaliere, le ulcere da decubito e le cadute postoperatorie, in fenomeni molto rari, che nella sostanza diventano *never events*. Il contrario di ciò è un clima organizzativo burocratico o, peggio ancora tossico, all'interno del quale valgono solo formalismi, mansionari, e disciplina autoritaria che costituiscono barriere sostanziali alla comunicazione, alla collaborazione e all'impegno.

Oltre a motivazioni intrinseche, a una *leadership* che crea aspettative di eccellenza e a una cultura organizzativa positiva, il miglioramento implica solidi principi e metodi di dimostrata efficacia nell'ambito clinico e appropriate a un contesto specifico. Per quanto riguarda la qualità, esempi comprendono il *Total Quality Management*, i cicli PDSA (*Plan, Do, Study, Act*) e la prospettiva *Lean*. Tali approcci, pur possedendo lunghe e forti radici nate quasi un secolo fa in ambito industriale, hanno raggiunto i sistemi sanitari solo recentemente. Per quanto riguarda la sicurezza, esempi includono la promozione della comunicazione, del lavoro in *team* e di una *just culture*, capace di discernere tra inevitabili errori cognitivi dovuti a distrazioni e lapsus di memoria, pratiche insicure adottate da gruppi, e intollerabili violazioni di norme e procedure. Una *just culture* gestisce tali eventualità con approcci radicalmente diversi, consolando chi commette errori di attenzione e memoria, modificando sistemi e formando il personale nel caso di pratiche improprie e infliggendo una punizione a chi infrange norme condivise.

Il miglioramento della qualità

Il miglioramento della qualità è troppo spesso considerato un tema del quale non vale la pena occuparsi, anche perché, come i pesci nell'acqua, non riusciamo a vedere il paradigma all'interno del quale nuotiamo. Il mare all'interno del quale noi medici nuotiamo, alcuni da veri campioni, è il modello biomedico che ha prodotto straordinari progressi nel numero ed efficacia degli interventi. L'interesse dei ricercatori e dei clinici in ambito bio-medico è risolvere questioni fondamentali relative all'eziologia, fisiopatologia e terapia di condizioni patologiche. Le questioni che vanno al di là del farmaco, dello strumento e dell'atto clinico sono considerate elementi estranei, poco

concreti e quindi inutili, ed anzi dannosi perché distolgono l'attenzione da ciò che è vitale.

Ne consegue che principi e metodi del miglioramento non sono in generale insegnati nelle scuole di medicina e non sono tipicamente parte centrale dei processi di socializzazione in corsia. Inoltre, il rinnovamento viene spesso vissuto come un percorso faticoso all'interno di territori sconosciuti, pervaso da trappole e minacce, da percorrere utilizzando mappe incomplete e talvolta con una bussola malfunzionante, per raggiungere una meta indistinta che non si è sicuri esista. Noi umani abbiamo una naturale tendenza a vedere con sospetto il cambiamento, e preferiamo la tradizione. Meglio continuare a vivere nella routine, nella certezza che, se abbiamo sempre fatto così, deve essere la migliore cosa che si possa fare.

Il miglioramento dovrebbe invece costituire un elemento centrale della pratica professionale in sanità, sia che riguardi piccoli dettagli della *performance* quotidiana individuale, sia che concerna il ridisegnare interi sistemi sanitari. Il cambiare non rappresenta un valore in sé e può comportare conseguenze negative, persino tragiche. Il manipolare un sistema in equilibrio senza considerare le possibili conseguenze e senza osservare con attenzione gli effetti prodotti può generare effetti inattesi e indesiderati. Tuttavia ogni professionista dovrebbe maturare la consapevolezza che ogni sistema umano è perfezionabile, e ognuno di noi può sempre progredire nelle conoscenze e nelle capacità non solo a livello individuale ma anche in collaborazione con altri, nell'ambito di *team*, unità operative, intere organizzazioni e sistemi sanitari.

Conclusione

In conclusione, gli indicatori basati su dati di routine rappresentano un contributo essenziale alla comprensione di come i sistemi sanitari funzionano e quali benefici producono. Seppur parziali, incompleti e imprecisi, gli indicatori costituiscono una base certamente superiore alla semplice intuizione che è inevitabilmente vittima di distorsioni cognitive. Talvolta la distanza che separa gli analisti e i loro prodotti dai centri che hanno l'autorità e la responsabilità di decidere è troppo ampia. Ciò comporta che alcuni rapporti, magari brillanti, rimangono mere elaborazioni intellettuali che non influenzano le strategie e quindi non incidono sulla qualità e i destini dei cittadini beneficiari dei servizi. Gli analisti dovrebbero trovare un'integrazione più stretta con i decisori, siano *policy-maker*, manager o professionisti, altrimenti il rischio è che le techno-strutture operino come unità surrogate dell'accu-

demia. Nella prospettiva del miglioramento della qualità, gli indicatori basati su dati di routine costituiscono solo un elemento, pur importante, di un *puzzle* molto più ampio e complesso che dovrebbe contribuire alla comprensione della realtà e all'adozione di strategie in grado di produrre trasformazioni positive.

Bibliografia

- Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007 Feb;16(1):2-3.
- Gawande Atul on getting a coach | On Leadership. *The Washington Post*. October 15, 2014.
- Gnesotto R., Gennaro N., Turra R., Bellocco R., Pigato M., Bon C., Compostella A., Rapporto su misure di efficacia, accesso, sicurezza ed equità del Servizio Sanitario Regionale del Veneto. Agenzia Socio-sanitaria del Veneto, Venezia, 2007. Disponibile in: http://www2.arssveneto.it/html_pages/documents/Rapporto_Indicatori_Qualita_ARSS.pdf
- Goffman E. Embarrassment and Social Organization. *American Journal of Sociology*, Volume 62, Issue 3 (Nov., 1956), 264-271.
- Kanter, R. M. The Enduring Skills of Change Leaders. *Leader to Leader* 13:15-22 (summer 1999).
- SAGES Manual of Quality, Outcomes and Patient Safety edited by David S. Tichansky, MD, FACS, John Morton, MD, MPH, Daniel B. Jones. 2011.
- Scott K.W. and Jha, A.K. Putting Quality on the Global Health Agenda. *N Engl J Med* 2014; 371:3-5

Gli indicatori e la affidabilità delle organizzazioni sanitarie

Sara Albolino

Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente della Regione Toscana

Abstract

In questo articolo si approfondisce l'analisi di alcuni elementi strategici dei sistemi per la valutazione della sicurezza del paziente, inclusi nei report internazionali e nazionali, con l'obiettivo di fornirne un'analisi critica utile al loro utilizzo per le attività di programmazione e sviluppo delle politiche per la sicurezza del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie. Tutti i report internazionali e nazionali evidenziano come i sistemi sanitari siano riusciti negli ultimi 15 anni a costruire dei sistemi di valutazione di qualità e sicurezza composti con indicatori e misure focalizzate su molteplici aspetti: i processi di sviluppo organizzativi intrapresi per promuovere le attività di gestione del rischio clinico e una cultura aperta della sicurezza; le attività realizzate all'interno dei percorsi clinico-assistenziali per migliorare la qualità e la sicurezza dei processi; i risultati ottenuti in ottica di miglioramento complessivo degli esiti di cura.

In generale emerge dai vari report e dai programmi internazionali come sia importante nei sistemi di valutazione di qualità e sicurezza delle cure mantenere un equilibrio fra misure di processo e misure di esito al fine di supportare la realizzazione di processi di miglioramento e dare evidenza dei relativi effetti.

Come sottolineato in diversi articoli da uno dei guru della qualità e sicurezza fra i clinici, Peter Pronovost (Pronovost et al, 2004; 2011; 2013), le misure di processo sono fondamentali per fornire indicazioni ai professionisti su come modificare un percorso al fine di migliorarne l'impatto sui risultati di cura del paziente. Gli amministratori della sanità in generale sentono di poter meglio controllare gli interventi effettuati su queste misure rispetto a quelli realizzati sulle misure di risultato di una certa attività, le quali sono sempre influenzate da un numero maggiore di elementi che agiscono in contemporanea sulle prestazioni. Ma gli indicatori di processo per poter essere validi devono essere correlati in maniera evidente ai risultati di cura, oppure devono descrivere avanzamenti nello sviluppo di strumenti evidentemente efficaci nel promuovere la sicurezza del paziente. Esempio di quest'ultimo caso sono sicuramente i sistemi di segnalazione e apprendimento (asse portante di valutazione dei sistemi di sicurezza dei pazienti a livello internazionale) con indicatori come il numero di segnalazioni effettuate in maniera spontanea da

professionisti e utenti. La crescita del numero di segnalazioni e della relativa analisi dei casi segnalati con l'approccio di sistema, è sia indicatore del livello di crescita della cultura della sicurezza in un'organizzazione, e sia strumento che permette di qualificare i rischi insiti in un sistema per apprendere come farvi fronte attraverso l'individuazione di azioni di miglioramento.

Questa misura di processo fa parte, come anche la formazione dei professionisti, di quelle misure che indicano il livello di sviluppo e maturità raggiunto dalle politiche per la sicurezza del paziente in un certo territorio nazionale o regionale.

Altro esempio di misura di processo che è invece strettamente collegata agli esiti è la *compliance* al lavaggio delle mani, che descrive una pratica da adottare che ha una correlazione ormai chiaramente dimostrata con la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in un certo contesto (<http://www.cdc.gov/features/handwashing/>). L'attività di monitoraggio della qualità e sicurezza di un processo ha bisogno quindi di includere l'aderenza dei professionisti alle pratiche che sono strategiche per raggiungere i migliori risultati e che sono *evidence based* a livello di letteratura e su cui c'è accordo fra i clinici in termini di validità e utilità (Shekelle, Pronovost et al., 2013). La difficoltà nell'applicazione di misure di processo può essere rappresentata dal loro bisogno di aggiornamenti

continui, essendo queste correlate alle modalità di realizzazione dei processi ed essendo questi ultimi in continuo mutamento nell'ambito della medicina, che avanza rapidamente.

D'altra parte i pazienti e gli utenti dei servizi sanitari in generale si preoccupano di più dei risultati di cura che non dei processi. Le misure di esito sono quindi considerate altrettanto importanti e focus di numerosi *report* quali ad esempio, come abbiamo visto in precedenza, il Piano nazionale esiti o il CREA, oppure il rapporto OCSE con il recupero di alcuni PSI (*patient safety indicators*).

Queste misure sono più complesse da elaborare, sia perché necessitano di un più complicato processo di *risk adjustment*, che di una buona qualità nella compilazione della documentazione clinica e per la necessità di *follow up* che richiedono nel lungo periodo. Inoltre se l'*outcome* monitorato è raro ci può volere molto tempo prima che si possano avere dei dati significativi.

Nonostante l'attenzione sia crescente sugli indicatori di esito come strumento di valutazione di qualità e sicurezza, il collegamento fra questi indicatori e le azioni intraprese per migliorare la qualità dei percorsi non è ancora così evidente in tutti i contesti. Recentemente è stato dimostrato come anche per indicatori consolidati quali i PSI sia ancora controversa la relazione con altri indicatori e misure di qualità (Romano, 2009). In molti casi, rimane ancora una sfida dimostrare una correlazione diretta fra piani di sviluppo della sicurezza intrapresi all'interno dei sistemi sanitari regionali e nazionali, risultati ottenuti e impatto su indicatori di sicurezza del paziente.

Questa sfida è meglio affrontata, sottolinea sempre Peter Pronovost (2004), quando le misure sono incorporate nella raccolta quotidiana di dati clinici e diventano parte dell'attività di prima linea, piuttosto che derivare da elaborazioni ad hoc realizzate una tantum con raccolta di dati ad hoc *ex-post*.

Misure per il monitoraggio di qualità e sicurezza nelle attività di prima linea

Mantenere il monitoraggio delle misure per la sicurezza del paziente vicina alle attività di prima linea è premessa fondamentale per renderlo strumento a supporto del miglioramento del sistema. Difatti questo monitoraggio dovrebbe avere come scopo principale quello di fornire indicazioni per definire azioni finalizzate a migliorare processi e prestazioni. In questo senso nel sistema sanitario c'è ancora molta strada da fare. Le evidenze raccolte a livello di ricerca internazionale suggeriscono infatti che

i pazienti ricevono solo la metà dei trattamenti che sarebbero per loro appropriati (McGlynn, 2003). Nonostante ciò la maggioranza degli studi si concentra su trovare nuove ed efficaci terapie e molto poco su come fare in modo che vengano effettivamente date a chi ne necessita in maniera appropriata efficiente e sicura.

È necessario quindi bilanciare fra attività di ricerca di base e attività di ricerca applicata così come è fondamentale bilanciare nel processo di cura fra attività clinica e conoscenza dei risultati che questa attività produce. Ma nonostante la capacità di monitorare le proprie *performance* sia fondamentale per l'avanzamento di qualsiasi sistema, in sanità i professionisti in prima linea, ma anche gli amministratori dei nostri ospedali, hanno ancora una capacità limitata di monitorare le *performance* nell'attività quotidiana. Questo è dovuto in parte al fatto che in generale non esistono sistemi informatizzati che supportino il reperimento e l'elaborazione rapida e affidabile del dato, sia dal fatto che c'è ancora poco accordo su come misurare qualità e sicurezza. Così si fallisce spesso nell'apprendere dall'attività clinica quotidiana e ci si limita ad apprendere dagli studi ad hoc, realizzati ad esempio sull'incidenza degli eventi avversi o sulla prevalenza delle infezioni ospedaliere, o dalle misure rilevate una tantum, spesso annualmente, come elemento di confronto delle *performance* fra diversi contesti aziendali a livello regionale e nazionale.

Possiamo affermare che per essere davvero utili come strumento di apprendimento e sviluppo gli indicatori e le misure per la sicurezza del paziente devono essere inserite dentro un sistema che promuove il miglioramento di qualità e sicurezza poggiandosi su alcune premesse principali: promozione del lavoro di *team* transdisciplinare fra i professionisti orientato al miglioramento; incentivazione di proposte di nuove idee per realizzare il cambiamento; sviluppo di strumenti per testare le soluzioni, misurare gli effetti e valutare i benefici effettivi.

La misurazione periodica in prima linea, oltre ad innescare un processo di miglioramento continuo assolve anche a una funzione formativa forte perché permette ai clinici di riflettere sul lavoro realizzato in termini di qualità sicurezza ed efficacia e anche sull'appropriatezza delle misure impiegate così da ridurre eventuali ridondanze. Inoltre è possibile intervenire subito in caso si evidenzino *performance* non sicure, fallimenti e criticità, aumentando la possibilità di essere resilienti rispetto alle turbolenze del sistema. In letteratura esistono numerosi esempi di progetti in cui il monitoraggio periodico di alcune misure

di qualità e sicurezza diventa strumento strategico per la realizzazione di importanti risultati di miglioramento di *performance*. Basta citare il famoso caso del *Michigan Keystone Project* (Dixon Woods et al., 2011), divenuto modello per i successivi progetti di miglioramento a livello internazionale, finalizzato a ridurre le infezioni del catetere venoso centrale (CVC-BSIs) in più di cento terapie intensive e condotto da Peter Pronovost. Il programma che ha permesso di ridurre a 0 da un'iniziale 2,7% il tasso di infezioni per 1000 giornate catetere, si è basato anche sulla raccolta *baseline* e poi il monitoraggio mensile del tasso di infezioni con un ritorno anonimo dei dati complessivi ai partecipanti in ottica di *benchmarking*. I dati sulle infezioni sono stati utilizzati come una forza centripeta verso il miglioramento (Pronovost et al. 2004); (Pronovost et al. 2011). Esistono oggi diversi esempi di programmi nazionali di monitoraggio sistematico di misure di qualità e sicurezza a cui potersi ispirare, come i casi studio descritti all'interno del sistema nazionale inglese (link: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/Content.aspx?path=/interventions/matchingmichigan/>).

Nelle esperienze esistenti di sistemi di valutazione costruiti come strumenti al servizio del miglioramento si promuovono alcuni principi di base:

- Sono le persone a migliorare i processi e non i dati, è quindi indispensabile rendere disponibili alle persone i dati e i metodi per utilizzarli.
- L'obiettivo del dato è quello di aumentare la comprensione, il controllo e il miglioramento processo/ percorso/ sistema in cui lavoriamo.
- I risultati dovrebbero essere utilizzati per sperimentare e apprendere e non per giudicare.

Queste le premesse espresse chiare anche di alcuni programmi promossi a livello nazionale come il PNE in cui si sottolinea chiaramente che le misure servono per innescare laddove si evidenziano criticità processi di approfondimento finalizzati a comprendere meglio i contesti specifici, o il sistema SIMES in cui è dichiarato che l'analisi degli eventi è finalizzata all'apprendimento di sistema.

È fondamentale quindi in futuro lavorare per introdurre metodi di monitoraggio dell'attività clinico assistenziale in tempo reale vicini alla prima linea piuttosto che affidarsi a sistemi di valutazione *ex post*.

Ma per fornire un *feedback* continuo sulle misure di qualità e sicurezza nei servizi di prima linea sarà fondamentale lavorare per superare alcune barriere: innanzitutto ci vuole il *commitment* del *top management*, del *management* intermedio e dei professionisti a migliorare;

poi è necessario fornire ai professionisti un sistema per raccogliere analizzare e presentare i dati; degli obiettivi specifici con misure che permettano di misurare tali obiettivi nel tempo e un sistema di incentivazione che premi i miglioramenti ottenuti; dei leader dei *team* competenti, a cui si fa formazione su come misurare le *performance* e promuovere il miglioramento; un sistema di *feedback* capillare sui risultati raggiunti periodicamente rispetto alle misure monitorate.

L'informatizzazione e i suoi effetti sulle misure della sicurezza delle cure

Nonostante i Rapporti internazionali ed in particolare la Commissione Europea con le sue raccomandazioni abbiano evidenziato la necessità di una informatizzazione dei sistemi di valutazione di qualità e sicurezza con standard europei condivisi questa è ancora una sfida nella maggioranza dei sistemi sanitari europei. In una revisione sistematica internazionale degli studi sull'impatto dell'informatizzazione sui livelli di qualità e sicurezza (Black Ashly D. et al., 2011) si evidenzia che esistono tre principali tipologie di tecnologie *e-health*:

1. L'area delle tecnologie finalizzate alla conservazione gestione e trasmissione dei dati.
2. Le tecnologie a supporto delle decisioni cliniche.
3. Le tecnologie a supporto della telemedicina. L'area che risulta poter avere maggiore impatto sulla standardizzazione di dati e indicatori per la sicurezza del paziente è la prima relativa alla gestione delle funzionalità e alla conservazione dei dati di qualità e sicurezza.

I benefici identificati in teoria sono relativi al poter avere maggiore accessibilità, più facile lettura, e più ampia possibilità di ricerca fra questi dati e informazioni, con l'opportunità di poterli trasportare e condividere in un formato elettronico che ne preserva comunque l'integrità. Di conseguenza, il miglioramento dell'efficienza dell'organizzazione e l'utilizzo per fini anche secondari di questi dati sono visti come ulteriori benefici molto rilevanti. Ci sono però pochi studi che approfondiscono elementi strategici per la standardizzazione come ad esempio la portabilità di soluzioni individuate in contesti differenti.

Si rileva inoltre una mancanza generale di buone pratiche e linee guida per la definizione di strategie di sviluppo e applicazioni efficaci di queste tecnologie, così come mancano ricerche robuste sui rischi di implementazione delle diverse tecnologie e il rapporto costi-efficacia.

Figura 1

Table 6. Evidence of benefits associated with CPOE.

Review ID	Resource Utilisation	Indicated Care	Patient Outcomes	Cost Savings	Time Savings
Chaudry 2006	+/+ +	+/+	+/-	+/-	+/-
Garg 2005	+/+ +	+/+	+/-	-	NA
Georgiou 2007	+/-	+	+/-	+	+/-
Jamal 2009	+	+	+/-	NA	NA
Nyarkhai 2009	NA	+	NA	NA	+/+ +
Pollock 2005	NA	NA	NA	NA	+/+ +
Rothschild 2004	+/+ +	+	+/-	+	+
Shekelle 2006	+/+ +	+/+	+/-	+	+

Evidence of benefits: NA, not assessed; +/-, none; +, weak; +/+, weak to moderate; ++, moderate.
doi:10.1371/journal.pmed.1000387.t006

Da: *The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview*, A. D. Black, J. Car, C. Pagliari, C. Anandan, K. Cresswell, T. Bokun, B. McKinstry, R. Procter, A. Majeed, A. Sheikh, 2011, *PLoS Medicine* | www.plosmedicine.org, Jan. 2011, Vol. 8, Issue 1, e1000387.

Per quanto riguarda in particolare i rischi, la digitalizzazione della documentazione clinica può anche introdurre di nuovi: reti non affidabili possono permettere accessi non legali e il tempo necessario per documentare e ricercare le informazioni del paziente possono impattare sull'efficienza organizzativa. Ma le evidenze scientifiche su questi aspetti mentre sono maggiori sulle tecnologie *e-health* secondarie (supporto alle decisioni e telemedicina) risultano quasi del tutto assenti, o presenti per lo più in forma aneddotica, per l'area di tecnologie che lavorano per la conservazione e gestione dei dati.

In generale emerge quindi un'enorme *gap* fra la dichiarata importanza a livello teorico di queste tecnologie per la sicurezza del paziente e le evidenze empiriche e le esperienze concrete dei benefici associati all'impiego delle stesse su qualità e sicurezza. La tematica va quindi approfondita e fatta oggetto di future linee di ricerca. Nonostante quindi ci sia un promozione dell'informatizzazione da parte dei *policy makers* e dei tecno entusiasti sui fattori socio-tecnici del sistema che concorrono al successo nell'impiego di tali tecnologie.

Esperienza di cura come strumento strategico di valutazione della qualità tecnica delle cure

Un'altra dimensione evidenziata come strategica per la valutazione di qualità e sicurezza nei *report* nazionali ed europei è quanto sia presa in considerazione l'opinione del paziente e quanto il paziente stesso sia coinvolto nelle

attività per la sicurezza del paziente. Rispetto a questo risulta fondamentale, per una corretta programmazione delle attività per la sicurezza del paziente, non disgiungere nella valutazione quello che percepisce il paziente da quella che è la valutazione tecnica dei livelli di sicurezza delle cure effettuati sulla base della documentazione clinica. La relazione fra la percezione di cura dei pazienti e le misure di qualità e sicurezza del paziente sono state oggetto di uno studio internazionale (Isaac, 2010) che ha dimostrato una stretta correlazione, statisticamente significativa, fra valutazione generale dei pazienti su una certa struttura e loro volontà di raccomandarla a familiari e conoscenti, e le *performance* tecniche di tutte le aree mediche e chirurgiche raggiunte da quella struttura (coefficiente di correlazione tra 0.15 e 0.63; *po.05* per tutti). Le esperienze considerate positive da parte dei pazienti sono associate a una migliore gestione delle polmoniti, dell'insufficienza cardiaca congestizia, infarto miocardico e una migliore gestione generale dei casi chirurgici. In particolare si è rilevata una correlazione positiva fra esperienza di cura positiva e tassi di ulcere da decubito minori (correlazione fra 0.17 e 0.35; *po.05* per tutti), o percentuali di complicanze prevenibili minori come ad esempio un più basso tasso di infezioni. L'esperienza di cura del paziente, che è già considerato elemento fondamentale di valutazione dei risultati di qualità e sicurezza nei *report* internazionali come quello dell'*Health Consumer Index*, è quindi dimostrato essere anche un indicatore valido per valutare gli effettivi livelli di *performance* tecniche.

Figura 2

Table 4: Correlations between Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS) Ratings in Medical Service and Medical Patient Safety Indicators (PSIs)

HCAHPS Rating by Medical Patients Measure	Medical PSI					
	Decubitus Ulcer (n = 754)		Failure to Rescue (n = 755)		Selected Infection Due to Medical Care (n = 754)	
	Correlations	p-value	Correlations	p-value	Correlations	p-value
Overall rating of hospital	-0.26	< .0001	-0.16	.20	-0.06	.38
Would recommend hospital	-0.28	< .0001	-0.22	.07	0.04	.53
Communication with doctors	-0.17	.005	-0.04	.76	-0.37	< .0001
Communication with nurses	-0.34	< .0001	-0.08	.55	-0.16	.01
Communication about medications	-0.26	< .0001	0.08	.60	-0.14	.07
Pain management	-0.24	< .0001	-0.14	.34	-0.07	.23
Clean and quiet hospital environment	-0.23	< .0001	-0.11	.38	-0.37	< .0001
Responsiveness of medical staff	-0.35	< .0001	-0.05	.71	-0.23	< .001
Discharge information	-0.22	< .001	-0.27	.05	0.08	.29

Correlation coefficients and p-values were calculated using hierarchical models. Bold indicates statistically significant correlations ($p < .05$).

Da: *The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital Quality and Safety* (Thomas Isaac, Alan M. Zaslavsky, Paul D. Cleary, and Bruce E. Landon), 2010, *HSR: Health Services Research* 45:4.

Stabilita questa correlazione è quindi ancora più opportuno utilizzare in maniera estensiva gli indicatori e le misure basate sull'esperienza dei pazienti, le quali sono più chiaramente comprese dall'opinione pubblica e dai cittadini rispetto alle misure tecniche. Inoltre mentre le misure tecniche hanno obiettivi e copertura limitati, e studi internazionali hanno dimostrato che indicatori validi in un contesto possono non essere validi se traslati in altri, quelli rilevati dai pazienti sono trasferibili in qualsiasi contesto. Inoltre, poiché molti indicatori di tipo tecnico quali ad esempio i *Patine Safety Indicator* (indicatori per la sicurezza del paziente, messi a punto dalla agenzia americana per la qualità e la ricerca in sanità e ripresi e validati in parte anche dal report OCSE) sono spesso misure criticate la cui validità e correlazione con i livelli di qualità delle cure è ancora controversa (Isaac and Jha 2008), il dimostrare una loro correlazione positiva con l'esperienza di cura dei pazienti può dare maggiore credibilità a tali misure. È importante quindi da una parte monitorare in maniera integrata misure e indicatori sull'esperienza di cura dei

pazienti e cittadini con quelli relativi alle *performance* di qualità e sicurezza rilevabili dalla documentazione clinica e dall'osservazione diretta dei comportamenti degli operatori sanitari; e dall'altra considerare entrambi come misure strategiche per orientare le attività di miglioramento della sicurezza del paziente.

Misure di anticipazione del rischio per valutare gli aspetti positivi della sicurezza e resilienza delle organizzazioni sanitarie

Risulta evidente inoltre la necessità di sviluppare maggiormente le misure positive della sicurezza del paziente, che si focalizzano sul misurare come le organizzazioni anticipino il rischio ed accrescono la sicurezza del paziente. Ad oggi i sistemi di valutazione della qualità e sicurezza delle cure, in particolare per quanto riguarda la sicurezza, si concentrano ancora sulla dimensione negativa del fenomeno ponendo il focus sul concetto di rischio clinico e eventi avversi. Per cui si monitorano ad esempio le segnalazioni relative a cose che non sono

andate come dovevano, o il numero di denunce e reclami che ci indicano di nuovi aspetti di conflittualità fra sanitari e cittadini. A livello nazionale poi ma anche a livello internazionale si contano gli eventi che hanno provocato grave danno o morte del paziente, ovvero gli eventi sentinella, e gli eventi minori con i sistemi di *reporting* e apprendimento. Si effettuano ricerche ad hoc per comprendere l'incidenza degli eventi avversi in ogni Paese europeo e a livello mondiale. Sono invece molto poche le esperienze europee di sistemi che monitorano gli aspetti positivi della sicurezza, identificando elementi dell'attività clinico-assistenziale che possano rendere resiliente il sistema e aumentare così i livelli di sicurezza. Queste misure sono segnalate come importanti nei *report* internazionali in particolare nel *report* OCSE che premia ad esempio il sistema Agenas (www.agenas.it) che monitora la corretta applicazione delle pratiche per la sicurezza del paziente. Un'esperienza sicuramente positiva in questo senso è il progetto PASQ che monitora e rende disponibili a livello europeo i dati relativi all'applicazione delle pratiche per la sicurezza *evidence based* (www.pasq.eu). Sarà importante nel futuro infatti promuovere l'utilizzo, insieme agli indicatori per la sicurezza già consolidati centrati sulla capacità di controllo del rischio, anche di misure centrate sulla capacità di anticipare il rischio (Braithwaite and Wears, 2013) elemento fondante di organizzazioni sanitarie più sicure e resilienti.

Riferimenti bibliografici

- Black Ashly D. et al. (2011), The Impact of eHealth on the Quality and Safety of Health Care: A Systematic Overview, *PLoS Medicine* 2 January, Volume 8, Issue 1, e1000387.
- Braithwaite J, Wears RL (2013), Resilient healthcare, Ashgate.
- DIXON-WOODSM., BOSK C. L., AVELING M., GOESCHEL C and PRONOVOST P. (2011), *Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program*, The Milbank Quarterly, Vol. 89, No. 2, (pp. 167–205)
- McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. (2003), *The quality of health care delivered to adults in the United States*. *N Engl J Med*; 348:2635–45.
- Isaac T., Alan M. Zaslavsky, Paul D. Cleary, and Bruce E. (2010), *Landon The Relationship between Patients' Perception of Care and Measures of Hospital, Quality and Safety* Health Services Research 45:4.
- Isaac, T., and A. K. Jha (2008), *Are Patient Safety Indicators Related to Widely Used Measures of Hospital Quality?*, *Journal of General Internal Medicine* 23 (9): 1373–8.
- Pronovost P., Nolan T., Zeger S., Miller M., Rubin H. (2004), *How can clinicians measure safety and quality in acute care?*, *THE LANCET* • Vol 363 • March 27.
- Shekelle P. G., Pronovost P. (2013), *The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption*, *Annals of Internal Medicine* Volume 158, Number 5 (Part 2).
- Romano P.S. et al. (2009), *Validity of Selected AHRQ Patient Safety Indicators Based on VANational Surgical Quality Improvement Program Data*, *Health Services Research* 44:1.

Gli indicatori e la prospettiva dei cittadini

Antonella Pizzimenti, Francesca Ierardi, Andrea Vannucci

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Abstract

Per offrire una valutazione complessiva dell'assistenza sanitaria si deve rivolgere l'attenzione sia all'osservazione di criteri oggettivi sia soggettivi. Tra questi ultimi, particolare rilievo è riconosciuto alla percezione che i cittadini hanno del servizio sanitario. La valutazione della qualità del sistema sanitario secondo la prospettiva dei cittadini e il livello di soddisfazione che essi hanno maturato nei confronti delle prestazioni ricevute e dei rapporti intessuti durante le cure stanno gradualmente ricoprendo un ruolo sempre più rilevante nella valutazione del sistema sanitario. Attraverso i riferimenti a rapporti nazionali ed internazionali, approfondiamo quali sono gli aspetti a cui i cittadini riconoscono valore nella definizione del loro livello di soddisfazione, ritenendo che far crescere la soddisfazione equivale a migliorare le caratteristiche del sistema sanitario.

Valutare significa determinare il valore di qualcosa, il pregio, la qualità, l'importanza di un oggetto o di una prestazione; ponderare al fine di attribuire un giudizio complessivo o un voto; in altre parole, la valutazione è "un giudizio che assegna ad una cosa un determinato valore" (Cipolla 1997). La valutazione può seguire criteri oggettivi, definiti e concordati, e criteri soggettivi, legati alla percezione e all'interpretazione individuale. In particolare per valutare un servizio, piuttosto che un oggetto, è opportuno utilizzare entrambi i criteri: questo rende il processo più complesso.

La valutazione del servizio sanitario non fa eccezione per complessità della concettualizzazione e della misurazione della qualità. La complessità di misurare la qualità dei servizi sanitari si può facilmente riscontrare pensando a tre caratteristiche tipiche dei servizi: intangibilità, eterogeneità e indivisibilità del prodotto dal consumo.

Un ulteriore elemento che contribuisce ad incrementare tale complessità è dato dalla definizione della prospettiva da cui si effettua la valutazione. Se cambia il soggetto che deve fornire il giudizio di qualità, cambiano le variabili con cui si realizza la valutazione stessa: è lapalissiana la differenza che intercorre tra una valutazione effettuata dalla prospettiva di un medico, piuttosto che di un paziente, di un rappresentante istituzionale, di un manager sanitario o di un operatore del sistema sanitario.

Donabedian, tra i primi ad occuparsi di valutazione della

qualità dell'assistenza sanitaria, nel suo paradigma proposto in "The definition of quality and approaches to its assessment" (1980) ha previsto tre parametri su cui basarsi per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria:

- **Struttura:** caratteristiche degli amministratori e operatori sanitari, degli strumenti e delle risorse di cui dispongono e degli ambienti fisici e organizzativi in cui operano.
- **Processo:** insieme delle azioni che gli operatori eseguono a favore dei propri assistiti, ovvero insieme di attività assistenziali, determinate dall'interazione che si sviluppa tra il paziente e la struttura.
- **Esito:** risultato che si riesce ad ottenere a favore di ciascun assistito, l'esito nell'ottica del paziente si traduce nel grado di conoscenza e percezione del proprio stato di salute, del cambiamento di comportamento favorevole al miglioramento della salute stessa e della soddisfazione provata rispetto all'assistenza ricevuta.

Più recentemente invece Ovretveit (1998) ha distinto tre tipi di qualità:

- **Qualità organizzativa e gestionale:** uso efficace e produttivo di risorse per soddisfare le richieste del cittadino-utente, per dare ai pazienti ciò che vogliono, senza sprechi, errori o ritardi, nel rispetto delle norme e delle regole delle politiche e delle leggi.
- **Qualità professionale:** è connessa alle competenze possedute dal personale che lavora nei servizi valutati e attribuisce importanza all'aggiornamento professionale.

SALUTE e Territorio

- *Qualità valutata dal lato del cittadino-utente*: attiene alle opinioni dei cittadini sul servizio che viene loro fornito. Non riguarda solo gli aspetti più tecnici della salute-malattia, ma si riferisce alla capacità relazionale degli operatori di rispondere alle esigenze dei fruitori.

Quest'ultima tipologia di qualità può anche essere definita come *qualità percepita*, che tra i criteri di valutazione della qualità proposti da Shaw (1986) corrisponde a quello della soddisfazione, o *responsiveness*. Efficacia, efficienza, equità, appropriatezza, accessibilità, produttività, tempestività, accettabilità, sicurezza sono gli altri criteri utilizzati per la valutazione della qualità.

La dimensione della qualità percepita dagli utenti permette di vagliare l'attendibilità di riferimenti puramente quantitativi e di indicare le leve su cui agire per favorire un clima di collaborazione e fiducia nel settore, in grado di aumentare l'efficacia percepita dagli utenti in un'ottica di razionalizzazione e miglioramento del sistema di offerta di servizi sanitari. I feedback degli utilizzatori dei servizi sono fondamentali per ottenere una valutazione della qualità del sistema sanitario più aderente alla realtà, in quanto provengono dai diretti fruitori che, avendo vissuto le esperienze in prima persona, forniscono un quadro maggiormente veritiero. La qualità dei servizi percepita dagli utenti viene misurata attraverso valutazioni che coinvolgono aspetti quali:

- professionalità e competenza
- atteggiamento e comportamento
- accessibilità e flessibilità
- capacità di rimediare
- reputazione e credibilità

Le variabili misurabili che ne derivano possono, a loro volta, essere così classificate:

- aspetti tangibili
- affidabilità
- capacità di risposta
- competenza
- cortesia
- credibilità
- sicurezza
- accesso
- comunicazione
- comprensione del paziente.

Nella più ampia definizione di *qualità in sanità* è compreso il concetto di *soddisfazione* che i pazienti percepiscono nei confronti del sistema sanitario. Quando i cittadini definiscono il proprio livello di soddisfazione verso il sistema sanitario sono influenzati, oltre che ovviamente

dall'esito delle cure, anche dalle caratteristiche del servizio ricevuto, dalla qualità delle relazioni intessute, ed infine dalle proprie aspettative.

A sua volta, la soddisfazione è costituita tra le altre cose, da quella che in altri Paesi è definita "*generosità del sistema sanitario*" ovvero ciò che risponde alla domanda "*che cosa è incluso nell'offerta del servizio sanitario?*" e "*come si sente il cittadino rispetto a questa offerta?*".

Per comprendere come un cittadino percepisce la generosità del sistema sanitario a cui si rivolge, gli indicatori da considerare riguardano specificamente l'ampiezza del ventaglio dei servizi offerti, dato oggettivo, e la percezione che ha a proposito di tale offerta, dato personale e pertanto più difficilmente misurabile.

In Europa all'abbondanza di informazioni sugli input delle risorse, corrisponde una tradizionale scarsità di dati sugli output qualitativi e quantitativi. Infatti, mentre esiste un nutrito numero di rapporti che descrivono quantitativamente la situazione della salute pubblica, c'è una minore disponibilità di dati e documenti sull'attuale performance dei sistemi sanitari vista dalla prospettiva dei cittadini-consumatori. In altre parole difficilmente si accede ad un'analisi che valuti il sistema sanitario con gli occhi del paziente.

Effettuare una ricerca qualitativa per capire quanto un cittadino consideri "*generoso*" il proprio sistema sanitario richiede sforzi maggiori e a quanto pare non sempre rientra nelle priorità di chi commissiona le ricerche.

In Italia il D.lgs. 502/1992 *Riordino della disciplina in materia sanitaria* ha affermato che valutazione dei servizi e delle prestazioni erogate considera il punto di vista dell'utente come necessario e irrinunciabile; inoltre il decreto indica precisi impegni per le Aziende sanitarie, che devono orientare le azioni di miglioramento e le verifiche di performance anche in funzione della qualità percepita dagli utenti del servizio. Ciò nonostante, nella pratica non sempre e dappertutto in Italia se ne ha un concreto riscontro.

Mentre la ricerca in letteratura di termini quali *patient's satisfaction* ed *healthcare's quality* produce risultati copiosi, quelli che trattano di *health care's generosity* sono esigui. La Fondazione Censis, su incarico del Ministero della Salute, ha redatto e pubblicato nel 2010 la ricerca intitolata "*Cittadini e salute. La soddisfazione degli italiani per la sanità*". L'obiettivo consisteva nel mettere a punto un sistema di valutazione della qualità in cui le opinioni dei cittadini siano parte integrante di un sistema di monitoraggio per costruire indicatori ed elaborare metodologie capaci sia di intercettare segnali di malfunzionamento

che di individuare margini di miglioramento. Si tratta di un'indagine su un campione rappresentativo della popolazione italiana di 1184 soggetti a cui è stato somministrato telefonicamente un questionario strutturato, da cui riprendiamo alcune domande che mirano ad investigare¹:

- la qualità percepita dei servizi sanitari pubblici sul territorio (buona, sufficiente, mediocre o scarsa);
- il livello di soddisfazione per il proprio medico considerando la sua capacità professionale, relazionale, il suo modo di intendere la professione, la sistemazione dell'ambulatorio, l'organizzazione del servizio, gli orari di apertura e la reperibilità fuori orario, la disponibilità a fare visite fuori orario (molto soddisfatto, abbastanza soddisfatto, poco o per nulla soddisfatto);
- il livello di soddisfazione per i vari aspetti della degenza in ospedale in base alla qualità delle terapie e degli interventi medici ricevuti, alla disponibilità e gentilezza del personale medico, alla chiarezza delle informazioni ricevute, alla qualità dell'assistenza infermieristica ricevuta, alla qualità dell'ospitalità e delle strutture, alla chiarezza delle informazioni amministrative e organizzative (molto soddisfatto, abbastanza soddisfatto, poco o per nulla soddisfatto);
- il tempo d'attesa per le cure;
- le opinioni circa la diffusione dei servizi sanitari sul territorio (laboratori di analisi pubblici-privati, assistenza sanitaria domiciliare pubblica, strutture di riabilitazione pubbliche - private) (eccessivamente presenti, sufficientemente presenti, scarsamente presenti);
- le opinioni circa l'accessibilità dei servizi sanitari sul territorio (ospedali, MMG, farmacie, ambulatori specialistici pubblici, laboratori di analisi pubblici, strutture di riabilitazione pubbliche) (sì; no, soprattutto per la scarsità di strutture; no, soprattutto per i tempi di attesa; no, soprattutto per gli orari di apertura);
- l'opinione sulla frequenza di casi di "malasanità" (molto, abbastanza, poco, per nulla);
- la valutazione dell'accesso al pronto soccorso in base all'organizzazione dell'accettazione, la disponibilità e la gentilezza del personale, la professionalità e scrupolosità, il tempo di attesa prima di essere visitato (buona, sufficiente, mediocre, scarsa).

Dalla ricerca si evince che il sistema sanitario italiano si dimostra capace di rispondere alle aspettative dei cittadini, nonostante permangano sacche di problematicità. Nel documento si riportano le opinioni dei cittadini utenti in

merito alla diffusione e all'accessibilità dei servizi sanitari, alla qualità percepita, al sistema delle cure primarie, all'assistenza farmaceutica e alla distribuzione di farmaci. Emerge che gli italiani ritengono che le inefficienze della sanità siano imputabili ai livelli amministrativo e politico, alle pressioni ed agli interessi dei privati piuttosto che all'incapacità dei medici o dei dirigenti delle strutture. Quest'ultima affermazione conferma l'opinione comune secondo cui sarebbe opportuno escludere i politici dalle decisioni e dalla gestione del sistema sanitario per lasciare spazio a chi ha le adeguate e necessarie competenze. La soddisfazione dell'utente può essere misurata come scostamento tra aspettative (qualità attesa) e percezioni (qualità percepita) del servizio erogato. Pertanto l'obiettivo di migliorare la soddisfazione degli utenti si potrebbe raggiungere minimizzando l'eventuale gap tra qualità attesa e qualità percepita, attraverso la comprensione delle dimensioni che si dimostrano rilevanti nell'influenzare la soddisfazione dell'utente, che possono essere così classificate:

- accessibilità dei servizi, mobilità, equità degli accessi;
- tempi d'attesa, flessibilità degli orari di visita;
- livello di ospitalità delle strutture;
- atteggiamento di comprensione e accoglienza del personale;
- qualità di attrezzature e tecnologie;
- contenuti delle informazioni ricevute, esaustività e chiarezza;
- livello di coordinamento dei reparti e del personale;
- qualità stimata dei risultati clinici;
- ripetitività ed eventuali sprechi nelle prestazioni;
- appropriatezza stimata delle cure ricevute;
- costi sostenuti;
- continuità assistenziale;
- coinvolgimento del care-giver;
- percezione ed esperienze rispetto ai rischi delle cure;
- soddisfazione generale;
- reputazione del servizio;
- contenuti dell'eventuale passa-parola, raccomandabilità.

Negli anni si è assistito ad un cambiamento intervenuto nei cittadini-pazienti che hanno maggiori aspettative nei confronti del proprio sistema sanitario: esigono di ricevere informazioni più dettagliate e lungo tutta la durata del percorso sanitario, di partecipare al processo decisionale, di sperimentare relazioni gratificanti nei tempi opportuni e che il processo di cura porti a buoni risultati in termini di salute.

Una prospettiva diversa viene affrontata in "Patient safety

¹ Tra parentesi le modalità di risposta previste dal questionario.

SALUTE e Territorio

and quality of care”, un’indagine richiesta dalla Commissione Europea e pubblicata a luglio 2014. L’obiettivo della ricerca consiste nel verificare quali cambiamenti sono intervenuti in Europa in seguito all’entrata in vigore della Direttiva 2011/24/EU concernente l’applicazione dei diritti dei pazienti relativi all’assistenza sanitaria transfrontaliera. La ricerca ha coinvolto 28 Paesi e quasi 28.000 cittadini di diversa provenienza socio-demografica.

Tra gli argomenti affrontati, il documento indaga la percezione degli europei e le informazioni di cui essi dispongono relativamente al sistema sanitario. Le risposte alla domanda “A quali fattori attribuisce maggiore importanza nella definizione di un sistema sanitario di qualità? Ovvero quali sono gli elementi che aumentano il livello di soddisfazione per un sistema sanitario?” sono state, in ordine decrescente, le seguenti:

- staff medico qualificato
- cure efficienti
- attrezzatura medica moderna
- rispetto per la dignità del paziente
- prossimità dell’ospedale e del medico
- pulizia delle strutture sanitarie
- assenza di liste d’attesa
- sistema sanitario che tenga al sicuro dai danni
- libera scelta del medico
- libera scelta dell’ospedale
- ambiente accogliente.

Nel documento emerge una particolarità che merita di essere riportata: sono proprio i cittadini dei Paesi dell’Europa settentrionale e occidentale, ovvero i Paesi in cui il sistema sanitario ottiene una valutazione migliore, i più numerosi a riportare di essere stati vittime di eventi avversi e pertanto a temere di esserlo nuovamente. Paradossalmente quindi aver esperito eventi avversi non impedisce di avere una buona percezione della qualità del sistema sanitario.

Le risposte alla domanda “Cosa succede dopo aver denunciato di aver subito un evento avverso?” non sono assolutamente incoraggianti perché dimostrano che il cittadino non percepisce la protezione da parte del sistema sanitario. Solo il 12% dei casi pensa che a fronte di un errore la struttura sanitaria si adopererà per prevenirlo in futuro, mentre la maggioranza del campione si spacca tra chi pensa che non accadrà “nulla” e chi si aspetta solo una giustificazione verbale dell’accaduto; addirittura l’11% si aspetta la deresponsabilizzazione della struttura rispetto all’evento avverso.

La ricerca “Corruption, inequality and population percep-

tion of healthcare quality in Europe” sottolinea che la percezione della qualità del sistema sanitario è influenzata, oltre che dalle variabili socio-demografiche, da due macro-variabili, la *corruzione* e la *ineguaglianza di reddito*. I risultati della ricerca mostrano l’esistenza di un’associazione positiva tra trasparenza e qualità del sistema sanitario e, allo stesso tempo, l’impatto negativo della povertà sulla percezione della qualità e della sicurezza. Nei Paesi con un alto livello di trasparenza nel settore pubblico e con bassi tassi di corruzione, i cittadini appaiono più soddisfatti della qualità del servizio sanitario. Inoltre, la percezione della probabilità di essere danneggiati da errori medici aumenta nei Paesi dove è presente una maggiore ineguaglianza di reddito.

Conseguentemente, aumentare la trasparenza e combattere la corruzione nel settore pubblico potrebbe migliorare la percezione dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Inoltre favorire l’accesso alle cure dei gruppi socio-economici più in difficoltà li aiuterebbe, non solo a migliorare la loro percezione della qualità, ma anche ad esigere il rispetto del proprio diritto a godere di buone cure, richiedere che siano sicure e che non si verifichino eventi dannosi.

Stando a questa lettura della realtà, per ottenere i risultati desiderati sarebbe necessario riformare l’intero settore pubblico, rivolgere l’attenzione al solo settore sanitario si rivelerebbe insufficiente.

Prima di concludere, dobbiamo necessariamente trattare due importanti fenomeni causati dalla crisi economica che hanno indebolito la percezione di fiducia e sicurezza dei cittadini nei confronti del sistema sanitario italiano: l’impoverimento per accedere alle cure o la rinuncia alle stesse per mancanza di denaro.

Secondo il *Rapporto Sanità* dell’Università Tor Vergata di Roma, nel 2009 circa tre milioni di italiani sono stati costretti a sostenere spese sanitarie molto elevate rispetto ai loro redditi ed un milione di essi si è indebitato per sostenerle. Emerge come la presenza di anziani nel nucleo familiare faccia aumentare notevolmente la probabilità di impoverirsi o di andare incontro a spese catastrofiche e che a causare le spese più impegnative sono gli acquisti di farmaci, le visite specialistiche e odontoiatriche.

Il *Rapporto annuale 2015* pubblicato da ISTAT nel mese di maggio affronta il fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie. Il *foregone care* rivela la domanda di assistenza a cui il sistema non riesce a dare un’adeguata risposta: a causa di motivi economici o per carenze delle strutture di offerta (tempi di attesa troppo lunghi, difficoltà

a raggiungere la struttura oppure orari scomodi), il 9.5% della popolazione non ha potuto fruire di prestazioni che il sistema sanitario pubblico dovrebbe garantire. Questo fenomeno è diffuso in misura più che doppia nel Mezzogiorno rispetto al resto dell'Italia e colpisce i soggetti più fragili della popolazione.

In una sezione dello stesso Rapporto "Eterogeneità territoriali del Sistema sanitario nazionale: equità allocativa e livelli di soddisfazione" emerge che la prospettiva del paziente inizia anche in Italia ad essere riconosciuta come elemento importante per la valutazione della qualità di cura, in quanto consente di considerare aspetti dell'attività assistenziale altrimenti non valutabili, come la comunicazione, la trasparenza, la condivisione sulle decisioni terapeutiche ed il rispetto per la dignità della persona. Infatti alla consistenza del personale sanitario e all'ammontare dei finanziamenti pubblici, elementi tradizionalmente utilizzati per la valutazione del servizio sanitario, vengono affiancati i due criteri di qualità percepita dei cittadini e di accessibilità all'assistenza. La maggioranza della popolazione adulta (60.8%) ha valutato positivamente il servizio sanitario; sono tuttavia presenti diseguaglianze geograficamente polarizzate, con l'aumento dei molto soddisfatti al Nord e dei molto insoddisfatti al Sud. Il 71.5% di chi ha fruito di una visita specialistica ha espresso un giudizio di eccellenza sulla qualità complessiva. La stima si basa su un campione rappresentativo di 25 milioni di persone, pari al 41.2% di quanti nel 2013 hanno usufruito di visite o accertamenti specialistici. Possiamo concludere che gli italiani nonostante gli scandali e gli sprechi riconoscano nel Servizio sanitario nazionale un patrimonio di enorme valore.

Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente costituisco-

no elementi sempre più importanti, anche se rappresentano un obiettivo difficile da raggiungere. La *customer satisfaction* rappresenta l'indicatore più importante della capacità dell'organizzazione di sintonizzarsi con l'utente/paziente, la cui soddisfazione dovrebbe costituire uno dei principali segnali rispetto al raggiungimento degli obiettivi.

La valutazione della qualità percepita da parte dei cittadini utenti del sistema sanitario può costituire una variabile importante nell'individuazione di:

- elementi di spreco
- prestazioni sanitarie non appropriate
- strutture sanitarie non funzionanti o mal funzionanti
- operatori non preparati o non ben organizzati
- coordinamento dei servizi intra ed extra ospedalieri
- mancanza di corretta informazione e comunicazione
- servizi non rispondenti alle reali esigenze.

La qualità percepita si trasforma in un ritorno non monetario di investimento, in una possibilità di verifica dell'efficacia, dell'appropriatezza, dell'efficienza dei servizi, e in uno strumento concreto per valutare il rapporto costi-benefici del servizio e la capacità di risposta del sistema. Quindi per il sistema sanitario la qualità percepita rappresenta una fonte inesauribile di input che integrano quelli finanziari e organizzativi nelle funzioni di governo e regolazione del sistema.

Se alla rilevazione della qualità percepita corrispondesse la capacità dell'organizzazione sanitaria di gestire i processi di miglioramento della performance, si realizzerebbe pienamente l'obiettivo fondamentale delle analisi di qualità.