

# LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ NEI SERVIZI SOCIO-SANITARI

**Maria Pia Fantini**

Professore Ordinario Igiene e Sanità Pubblica e Direttore Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie – Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

## Introduzione

In Italia negli anni Novanta, prima con Cassese e poi con Bassanini, Ministri della Funzione Pubblica, fu fatto un grande sforzo per introdurre la cultura del risultato e quindi della valutazione dei risultati nella nostra Pubblica Amministrazione. Ci si lamentava da tempo della cultura legalistica e della esenzione da ogni responsabilità da parte delle Istituzioni Pubbliche, con l'esigenza invece di fare emergere l'azione al di sopra dei singoli atti e la valutazione della gestione e dei risultati sia all'interno di ciascuna amministrazione, sia in sede di controllo esterno.

Sembrò l'alba di un nuovo mondo che ancora però stenta a manifestarsi appieno o almeno quanto vorremmo. Anche la sanità rientra a pieno diritto in questo "nuovo" processo, anche se le difficoltà non sono poche proprio per la complessità del bene salute in termini di misurazione e valutazione della qualità. Dobbiamo d'altra parte ricordare che la valutazione della "performance dei servizi sanitari" è oggetto di una letteratura scientifica consolidata.

Disponiamo di modelli multidimensionali che si possono bene adattare anche al settore pubblico sanitario nel quale sono sempre molteplici i punti di vista dai quali il risultato viene valutato: qualità tecnica della prestazione (efficacia, appropriatezza), tempistica, risorse utilizzate (efficienza), soddisfazione del paziente (qualità percepita) [1].

A questo proposito occorre fare riferimento anche alla recente letteratura che prende in considerazione per la qualità tecnica- professionale, non solo gli esiti clinicamente hard, quali ad esempio mortalità e complicanze, ma anche gli esiti funzionali e gli esiti valutati dal punto di vista del paziente (PROMs: Patient Referred Outcomes) e l'esperienza di cura del paziente (PREMs: Patient Experience Measures). Perché però tali modelli di monitoraggio e valutazione diventino concretamente operativi, bisogna investire non solo nella loro ideazione e nella ricerca applicata per perfezionare metodi e strumenti, ma anche nella loro realizzazione ed implementazione. La cultura della valutazione è quella che dovrebbe in questo senso diventare la cultura della implementazione.

## Perché misurare?

Misurare è necessario per mettere le organizzazioni e le persone di fronte a una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nelle loro performance, per attivare il cambiamento ed eliminare la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato.

Misurare le performance è un elemento indispensabile per fissare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire e creare benessere organizzativo. Quando aumenta il benessere organizzativo aumenta la produttività e di conseguenza anche la performance complessiva aziendale compresa la qualità dei servizi erogati [2]. Misurare serve per un'assunzione di responsabilità nei confronti della collettività, ma perché questo avvenga, occorre passare dalla **misu-**



Figura 1.

**razione** (i numeri per analizzare e capire) alla **valutazione** (i numeri per giudicare e responsabilizzare sui risultati). Per superare l'autoreferenzialità e per imparare, il confronto deve essere sistematico e comparativo (**valutazione comparativa** rispetto a un benchmark o standard fissato o performance media o performance dei migliori).

**Dai dati alle informazioni e alla costruzione di indicatori:** i professionisti sanitari devono condividere gli indicatori su cui viene misurata la loro performance. Solo se c'è condivisione dei criteri e valutazione condivisa dei risultati, si può realizzare l'apprendimento, il cambiamento dei comportamenti e quindi ci si può avviare al miglioramento continuo.

## Gli indicatori: cosa stiamo cercando?

Secondo la definizione classica di A. Donabedian (1980) la misura dell'esito fa parte di un sistema di valutazione di qualità che include anche indicatori di struttura e di processo. Con il termine esito nell'ambito della valutazione dei servizi e degli interventi sanitari intendiamo infatti il risultato finale di un processo" che nel caso specifico è il miglioramento dello stato di salute della persona o della popolazione.

Gli esiti possono essere confrontati tra gruppi di popolazione, categorie di pazienti, specifici trattamenti o procedure, modelli organizzativi, soggetti erogatori, periodi temporali.

Le tipologie di esito e le modalità di definizione e misura variano a seconda delle finalità e del contesto specifico dei diversi studi, del livello di assistenza oggetto di valutazione, della patologia o condizioni clinica in studio nonché delle fonti dei dati disponibili [3].

Nella **figura 1** è rappresentato il modello concettuale della relazione fra qualità delle cure ed esito.

Per quanto riguarda la scelta di indicatori di struttura e/o di processo e/o di esito per la valutazione della performance dei servizi sanitari rimandiamo alla lettura di due articoli [4,5] di cui riportiamo la sintesi nella **tabella 1** e **tabella 2**.

Tabella 1.

Beyond health outcomes: the advantages of measuring process.
Crombie IK, Davies HT. J Eval Clin Pract. 1998 Feb; 4(1):31-8.
The use of process measures in the assessment of the quality of care has been neglected of late. The outcomes movement has gathered momentum and process measurement appears to have been left trailing in the wake. Yet process measures can be sensitive indicators of the quality of care and have many advantages over outcomes. They are readily measured and can easily be interpreted; comparisons are not essential (as they are with outcomes monitoring) but even if used they are little bothered by the case-mix arguments which bedevil outcomes assessment. Further, the direct measurement of process can directly indicate deficiencies of care which need to be remedied. Finally, there are some aspects of care which are only amenable to study using measures of process. These benefits come at a price: first there must be good evidence that links the processes of care to desirable outcomes. This paper explores the advantages of measuring processes of care in quality assessment and advocates a balanced approach to the process vs. outcome debate.

Tabella 2.

Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes?
Birkmeyer JD, Dimick JB, Birkmeyer NJ. J Am Coll Surg. 2004 Apr;198(4):626-32.
In this article, we consider the relative merits of these different approaches to measuring and ultimately improving the quality of surgical care. Adopting the Donabedian paradigm, we consider quality measurement in three domains: structure, process, and outcomes. Although each of these three approaches has unique advantages, each has its own conceptual and practical limitations.

Tabella 3.

Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls.

A E Powell, H T O Davies, R G Thomson. Qual Saf Health Care. 2003 Apr; 12(2):122-8.

Measuring the quality of health care has become a major concern for funders and providers of health services in recent decades. One of the ways in which quality of care is currently assessed is by taking routinely collected data and analysing them quantitatively. The use of routine data has many advantages but there are also some important pitfalls. Collating numerical data in this way means that comparisons can be made—whether over time, with benchmarks, or with other healthcare providers (at individual or institutional levels of aggregation). Inevitably, such comparisons reveal variations. The natural inclination is then to assume that such variations imply rankings: that the measures reflect quality and that variations in the measures reflect variations in quality. This paper identifies reasons why these assumptions need to be applied with care, and illustrates the pitfalls with examples from recent empirical work. It is intended to guide not only those who wish to interpret comparative quality data, but also those who wish to develop systems for such analyses themselves.

**Table 1.** Using Structure, Process, and Outcomes to Measure Surgical Quality, with Examples, Advantages, and Disadvantages of Each

	Structure	Process	Outcomes
Examples	Procedure volume	Perioperative $\beta$ -blockers in high-risk surgical patients	Morbidity and mortality rates
	Fellowship-trained surgeons	Use of internal mammary graft during coronary artery bypass graft	Functional health status
	“Closed” intensive care units		Patient satisfaction Cost
Primary advantage(s)	Expedient, inexpensive proxies of surgical outcomes	Reflect care that patients actually receive—may seem “fairer” to providers Actionable from provider perspective, clear link to quality improvement activities	Buy-in from surgeons—the “bottom line” of what they do Outcomes measurement alone may improve outcomes
Disadvantages	Most variables not actionable from provider perspective	Little information about which processes are important for specific procedures	Numbers too small to measure with adequate precision procedure-specific outcomes for most hospitals and procedures
	Imperfect proxies for outcomes—reflect average results for large groups of providers, not individuals		Outcomes measures that are not procedure-specific less useful for purposes of quality improvement

Per quanto riguarda invece l'utilizzo delle diverse **fonti informative**, e i loro punti di forza e punti di debolezza, si rimanda alla lettura e al commento di un lavoro del 2003 di Powell et al. [6] di cui si riporta una breve sintesi nella **tabella 3**.

In questo lavoro viene discusso il tema se e quando usare flussi amministrativi correnti e/o database clinici ad hoc, evidenziando i punti di forza e i punti di debolezza delle diverse fonti informative.

Un'altra questione ben presentata nel lavoro e che deve essere oggetto della nostra attenzione è il tema del controllo del confondimento che emerge quando, utilizzando il disegno di studio epidemiologico di tipo osservazionale, si opera un confronto in cui non è applicabile la randomizzazione. Diventa di fondamentale importanza aggiustare per il case mix dei pazienti e per altri eventuali rilevanti fattori

Tabella 3.

Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians.
Purdy S1, Griffin T, Salisbury C, Sharp D. Public Health. 2009 Feb; 123(2):169-73.
<p><b>OBJECTIVES:</b> Ambulatory or primary care sensitive conditions (ACSCs) are those conditions for which hospital admission could be prevented by interventions in primary care. At present, different definitions of ACSCs are used for research and health policy analysis. This study aimed to explore the impact of different definitions of ACSCs and associated disease codes on analysis of health service activity.</p> <p><b>STUDY DESIGN:</b> Retrospective cross-sectional study using Hospital Episode Statistics (HES).</p> <p><b>METHODS:</b> All ACSCs identified by a literature search were documented. Conditions and codes were standardized using International Classification of Diseases (ICD) 10. A subset of ACSCs commonly used in England was compared with all 36 ACSCs identified by the search in a retrospective cross-sectional study using HES.</p> <p><b>RESULTS:</b> In total, 36 potential ACSCs were identified, which contained numerous subcategories. The most frequently used subset of ACSCs in the NHS only contains 19 ACSCs. There were 4,659,054 emergency admissions in England in 2005/6, of which 1,900,409 were ACSCs using the full set of 36 conditions. The proportion of these admissions attributable to the NHS subset of 19 ACSCs was 35%. The underlying ICD10 codes used to define ACSCs vary widely across subsets of ACSCs used in the NHS. This impacts on rates of admission, length of stay and costs attributable to ACSCs.</p> <p><b>CONCLUSIONS:</b> Rates of hospital admission for ACSCs are increasingly used as a measure of the effectiveness of primary care. However, different conceptual interpretations of the term 'ACSC' and use of differing definitions and diagnostic codes impact on the proportion of admissions that are attributed as ACSCs. Some resolution of these inconsistencies is required for this measure to be more useful to decision makers.</p>

che possono agire come confondenti (si può fare riferimento al modello concettuale presentato dalla figura 1).

In Italia esperienze rilevanti di valutazione della performance delle organizzazioni sanitarie e degli esiti sono rappresentate dal **Sistema Bersaglio** della Regione Toscana, esteso ad un Network di Regioni italiane a cura del laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ed il **Progetto PNE** di Agenas.

## Misurare nell'ambito dei Servizi Socio-Sanitari

Per quanto riguarda la valutazione nell'ambito delle Cure Primarie si sottolinea che il Sistema PNE analizza la performance delle strutture ospedaliere e solo indirettamente, con dati relativi ai ricoveri, la performance delle cure territoriali, con particolare riferimento alle ospedalizzazioni per complicanze del diabete e per asma e gastroenterite in età pediatrica.

Il presupposto concettuale è che l'accessibilità dei servizi territoriali e la buona gestione sempre a livello territoriale di questi pazienti dovrebbero evitare l'ospedalizzazione. Siamo nell'ambito di quelle condizioni definite **Ambulatory Care Sensitive Conditions** (ACSC) [7] su cui c'è un'ampia letteratura. Complessivamente possiamo osservare che la valutazione della qualità dell'assistenza in ambito territoriale presenta problemi concettuali e metodologici del tutto specifici e maggiore complessità. Le problematiche fondamentali riguardano la carenza di informazioni raccolte in maniera sistematica

e in formato elettronico (a differenza di quello che accade per l'assistenza ospedaliera), la complessità dei percorsi dei pazienti attraverso setting ed operatori e la difficile attribuibilità dei risultati. Fonti informative importanti possono essere le banche dati dell'attività specialistica ambulatoriale e quelle delle prescrizioni farmaceutiche. Un ulteriore punto da sottolineare è rappresentato dal fatto che gli **MMG** sono libero professionisti a contratto con il servizio sanitario regionale e informazioni importanti nelle loro cartelle cliniche non sono disponibili in maniera sistematica come accade invece in altri paesi in cui i medici di famiglia sono dipendenti (Spagna, Portogallo) o vengono remunerati sulla base dei risultati raggiunti (cfr modello Inglese del Pay For Performance). Per quanto riguarda l'ambito territoriale della **Salute Mentale** è attivo un sistema informativo proposto obbligatoriamente ai servizi dal Ministero a partire dal 2010. I flussi informativi per la Salute Mentale sono attualmente in vario grado di implementazione nelle diverse Regioni italiane con differente qualità dei dati. Si tratta di un ambito di assistenza dove la definizione di esiti è ancora più complessa e dove in maniera ancora più cogente degli altri ambiti di assistenza la valutazione dovrebbe avere un approccio di percorso[8].

## Bibliografia

- [1] Nuti S. La Valutazione della Performance in Sanità. Bologna: Il Mulino; 2008.
- [2] Lega F. La valutazione delle performance per il governo strategico nelle aziende sanitarie, pagg. 11-23. Milano: EGEA, Biblioteca dell'economia d'azienda; 2013.
- [3] Agabiti N., Davoli M., Fusco D., Stafoggia M., Perucci C. Valutazione comparativa di esito degli interventi sanitari. *Epidemiol Prev* 2011; 35 (2), marzo-aprile.
- [4] Crombie I.K., Davies H.T. Beyond health outcomes: the advantages of measuring process. *J Eval Clin Pract.* 1998 Feb; 4(1): 31-8.
- [5] Birkmeyer J.D., Dimick J.B., Birkmeyer N.J. Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? *J Am Coll Surg.* 2004 Apr; 198(4): 626-32.
- [6] Powell A. E., Davies H. T.O., Thomson R. G. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care.* 2003 Apr; 12(2): 122-8.
- [7] Purdy S., Griffin T., Salisbury C., Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health.* 2009 Feb; 123(2): 169-73.
- [8] Nuti S., Fantini M.P., Murante M. Valutare i percorsi in sanità. Bologna: Il Mulino; 2008.