



Qualità Sono sei le aree di performance da considerare per valutare l'assistenza

Un modello di misurazione

Sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità d'accesso alle prestazioni, efficienza: ecco i parametri in base ai quali procedere al check

di Antonino Cartabellotta *
e di Marcello Cellini **

Il presente modello identifica la performance della qualità in sei dimensioni parallele e cinque aree trasversali, e fornisce le basi e gli strumenti per la loro misurazione. Rimandando ai prossimi numeri l'approfondimento delle aree trasversali, secondo quanto richiesto dal lettore, discuteremo delle sei aree di performance:

- **Sicurezza dell'assistenza.** Uno degli obiettivi principali di una sistema sanitario è la sicurezza degli utenti in tutte le parti del sistema: in altre parole, dovrebbero essere minimizzati rischi e danni, sia causati dai professionisti (per omissione o commissione) sia determinati dal setting in cui è erogato il processo assistenziale.
- **Efficacia dell'assistenza.** Si riferisce al grado con cui un intervento sanitario ottiene l'esito considerato: infatti, gli utenti si aspet-

Il quesito

Negli articoli dedicati al clinical audit e all'introduzione aziendale delle linee guida (Il Sole 24 Ore Sanità-Management n. 12/2000 e 4/2001), si accennava alla misurazione dei processi e degli esiti assistenziali. Considerato che gli esempi riportati in letteratura prendono in esame singolarmente i vari aspetti della qualità (efficacia, efficienza ecc.), vorrei sapere se esistono modelli di valutazione multidimensionali che forniscano anche gli indicatori da misurare. (Lettera firmata)

tano che i trattamenti ricevuti producano benefici misurabili;

- **Appropriatezza dell'assistenza.** È essenziale che gli interventi

Le "dimensioni della qualità"

		Aree trasversali
Aree di performance	Sicurezza	Competenza dei professionisti Gestione delle informazioni Continuità assistenziale Educazione e training Accreditamento strutture e servizi
	Efficacia	
	Appropriatezza	
	Partecipazione degli utenti	
	Equità d'accesso	
	Efficienza	

* Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze

** Ufficio pianificazione e controllo dei ricoveri - azienda Usl di Ferrara



erogati per la diagnosi-trattamento di una determinata condizione clinica vengano selezionati per il "paziente giusto, nel momento giusto, nel setting adeguato e dal professionista giusto": ciò massimizza la probabilità di ottenere gli effetti desiderati;

- Partecipazione degli utenti. Oltre al fatto che gli utenti hanno il diritto di partecipare alle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, il loro coinvolgimento può apportare considerevoli vantaggi;

- Equità d'accesso al sistema sanitario va garantita a tutti i cittadini in relazione ai loro bisogni di salute, indipendentemente da provenienza geografica, livello socio-economico, etnia, religione, età e sesso.

- Efficienza nell'erogazione dei servizi, per ottenere il massimo beneficio, in termini di salute, dalle risorse economiche impegnate.

Le aree di performance della qualità assistenziale

Di seguito sono analizzate, nei dettagli, le sei dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, ed elencate nei box corrispondenti un certo numero di indicatori utili per la misurazione sia dei processi, sia degli esiti assistenziali.

Sicurezza

È definita come «Il grado con cui sono evitati i potenziali rischi e minimizzati gli eventuali danni nel processo di erogazione dell'assistenza sanitaria». Oltre al fatto che tutte le procedure diagnostiche-terapeutiche possono causare danni al paziente, il ri-

schio di malattie iatrogene è particolarmente elevato negli ambienti ospedalieri per acuti.

Anche se negli ultimi anni la ricerca sui servizi sanitari ha posto particolare enfasi sui danni iatrogeni, le attuali contromisure di riduzione-prevenzione si concentrano quasi esclusivamente sul singolo professionista e quasi mai sullo sviluppo di strategie di sistema in grado di monitorare e minimizzare il profilo di rischio globale. Infatti, per migliorare il livello di sicurezza dei pazienti

assistiti in un sistema sanitario, oltre a conoscere nei dettagli i meccanismi e le cause dell'errore, è indispensabile mettere a punto un sistema di rilevazione e strategie di prevenzione.

Tutto ciò configura il concetto di gestione del rischio (risk management), che de-

ve rientrare tra gli obiettivi di qualunque organizzazione sanitaria, anche se necessita di sostanziali progressi culturali e organizzativi. In particolare, tutti gli erogatori di assistenza devono accettare che l'errore è parte integrante della natura umana, anche tra professionisti con standard elevati; pertanto, solo considerando l'errore come "difetto del sistema e non del singolo professionista" è possibile mettere in atto le contromisure necessarie a ridurre il rischio di errori e di conseguenze per i pazienti. Pertanto, molta attenzione dovrebbe essere prestata al finanziamento e allo sviluppo del risk management, tra gli strumenti di attuazione della clinical governance.

Dal punto di vista strettamente tecnico, l'analisi e l'epidemiologia degli eventi avversi da assistenza sanitaria (che cosa è successo e perché) forniscono le basi strategiche per pianificare adeguate strategie di minimizzazione: in particolare, gli indicatori di even-

.....
La gestione del rischio è un elemento che deve rientrare tra gli obiettivi di ogni organizzazione sanitaria
.....

Indicatori di Sicurezza

- Percentuale di pazienti
 - con cadute accidentali
 - che sviluppano piaghe da decubito
 - che sviluppano batteriemia in ospedale o con infezione della ferita chirurgica dopo cinque o più giorni dall'intervento
 - Re-interventi chirurgici non programmati nel corso dello stesso ricovero
 - Re-ospedalizzazioni non programmate entro quattro settimane dalla dimissione
 - Percentuale inaspettata di ricoveri in terapia intensiva
 - Reazioni avverse da farmaci prevedibili
 - percentuale di decessi

- ospedalieri
 - percentuale di pazienti ricoverati per morbilità
 - Percentuale di eventi sfavorevoli in certe categorie di pazienti:
 - amputazione dopo intervento di chirurgia vascolare,
 - in pazienti diabetici morte o stroke successivi a intervento cardiocirurgico
 - Percentuale di "incidenti mancati" (errori di processo che non determinano esiti sfavorevoli)
 - Percentuale di eventi avversi (di qualunque natura)
 - Percentuale di clinici coinvolti in un processo strutturato di gestione del rischio



ti avversi, utili per migliorare la qualità dell'assistenza, sono quelli che forniscono la miglior misura di accountability per tutti gli attori del sistema sanitario.

Efficacia

Misurare l'efficacia dell'assistenza sanitaria richiede la valutazione del grado con cui i trattamenti o gli interventi hanno ottenuto gli esiti desiderati. Nonostante le critiche e il grado di penetrazione nelle politiche sanitarie internazionali, è indubbio che soste-

nuti miglioramenti della qualità assistenziale richiedono l'erogazione d'interventi di efficacia documentata da consistenti evidenze scientifiche, la cui sintesi strutturata (revisioni sistematiche) e lo sviluppo di linee guida (Lg) costituiscono proprio gli aspetti essenziali dell'evidence-based healthcare.

Rimandando agli specifici contributi già ospitati in questa rubrica (Il Sole 24 Ore Sanità-Management n. 5/2000 e n. 4/2001) ricordiamo che le linee guida devono essere prodotte con metodi sistematici da autorità credibili; devono essere sottoposte a un processo di adattamento locale; la loro disseminazione

.....
Tra i criteri da seguire per l'applicazione delle linee guida, rientra il monitoraggio dei cambiamenti
.....

Indicatori di Efficacia

- Numero di linee guida (nazionali, regionali, locali) utilizzate nei processi assistenziali
- Chronic care management: indicatore composto di ammissione ospedaliera standardizzato per età e sesso in varie patologie (asma, diabete, epilessia, scompenso cardiaco, cirrosi epatica ecc.)
- Copertura screening (carcinoma mammella, carcinoma cervice uterina)
- Mortalità evitabile: indicatore composto delle morti potenzialmente evitabili da:
 - ulcera peptica (età 25-74)
 - trauma cranico (età <1 anno)
 - parto (età 15-44)
 - ipertensione e malattie cerebrovascolari (età 35-64)
 - asma (età 5-44)
 - appendicite, ernia addominale, litiasi della colecisti (età 5-64)
- malattia coronarica (età <65)
- Percentuale di pazienti visitati in un dipartimento d'emergenza o dimessi dall'ospedale, il cui medico di famiglia riceve, entro una settimana, una relazione esaustiva.
- Tassi di sopravvivenza per le 10 neoplasie più frequenti
- Disponibilità di una strategia di comunicazione con la medicina del territorio.

Indicatori di Appropriatezza

- Stima del grado di appropriatezza-inappropriatezza di:
 - prestazioni diagnostico-terapeutiche (angioplastica coronarica, by-pass aortocoronarico, taglio cesareo, colecistectomia, tonsillectomia, prostatectomia transuretrale, isterectomia, interventi per cataratta, esofagogastroduodenoscopia, colonscopia, artroscopia)
 - ricovero ospedaliero (polmonite, insufficienza cardiaca, diabete, ipertensione)
 - prime visite e controlli nell'ambito delle prestazioni specialistiche
 - ricoveri ripetuti per patologie con stessa Mdc e finestre temporali entro i 30 giorni
 - Percentuale di pazienti:
 - con infarto del miocardio che assumono aspirina, beta-bloccanti e Ace-inibitori
 - a rischio tromboembolico elevato che effettuano adeguata profilassi farmacologica
 - con emorragia gastrointestinale che effettuano una gastroscopia entro ventiquattrore ore
 - con polmonite acquisita in comunità che iniziano trattamento antibiotico entro otto ore
- Onnicomprensività della tariffa: esprime la percentuale di ricoveri chirurgici preceduti da ricovero medico breve (<4 giorni o accessi di Dh) nello stesso presidio e con finestra temporale fino a 15 giorni.
- Drg complicati: esprime la percentuale di Drg complicati sul totale delle dimissioni per Drg "omologhi"
- Monitoraggio dei Drg "mal definiti".



deve essere sempre accompagnata da strategie d'implementazione e da sistemi di monitoraggio in grado di documentare il cambiamento. Infine, i professionisti devono sempre esercitare un adeguato giudizio clinico per determinare l'applicabilità delle raccomandazioni al paziente individuale.

Per molti interventi assistenziali una valutazione difficoltosa richiede di applicare metodi come il "Rand"

Appropriatezza

Si riferisce alle condizioni di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie che massimizzano la probabilità di ottenere gli effetti desiderati. Infatti, un'intervento-procedura-prestazione sanitaria si definisce appropriato quando i benefici attesi in termini di salute-benessere (aspettativa di vita, riduzione del dolore, riduzione di uno stato ansioso, migliorata capacità funzionale, prevenzione di eventi vascolari) eccedono, con un margine di probabilità sufficientemente ampio, le conseguenze negative dell'intervento stesso (mortalità, morbilità, ansia da anticipazione diagnostica, dolore-discomfort, perdita di

giornate lavorative). Considerato che la valutazione dell'appropriatezza viene effettuata con riferimento esplicito alle evidence-based guidelines, essa è condizionata dalla natura stessa delle evidenze: infatti se per molti interventi sanitari esistono standard di riferimento che ci permettono di de-

finirli con certezza appropriati o inappropriati, per molti altri la valutazione d'appropriatezza può essere più complessa perché riguarda una zona grigia. In questi casi vengono in aiuto tecniche di consenso formali, quali il metodo Rand. In generale, la valutazione dell'appropriatezza viene effettuata sulla singola prestazione diagnostico-terapeutica in una specifica condizione clinica, e può riguardare sia il sovrautilizzo di prestazioni inappropriate, sia il sottoutilizzo

di quelle appropriate. Più in particolare, possono essere effettuate valutazioni di appropriatezza di setting assistenziale (ricovero ordinario, day hospital, assistenza ambulatoriale), di timing (momento della storia naturale della malattia in cui l'intervento ha la massima efficacia), di professional (team multidisciplinare, specialista, medico di base, nursing).

Coinvolgimento degli utenti

Parallelamente alla proliferazione e al miglioramento delle tecniche per misurare la qualità dell'assistenza, i professionisti hanno imparato a conoscere che i pazienti, insieme ai loro familiari, assistenti e amici, rappresentano un nodo cruciale per la valutazione dell'assistenza sanitaria. Pertanto, oggi si ritiene che il coinvolgimento degli utenti sia fondamentale per:

I pazienti e le loro famiglie sono protagonisti determinanti del check sulla bontà delle prestazioni

- stabilire un linguaggio comune tra servizio sanitario e cittadini;
- identificare priorità, aspettative e bisogni;

Indicatori di Coinvolgimento degli utenti

- Preparazione e distribuzione di materiale informativo su specifiche condizioni patologiche
- Esistenza di una strategia di comunicazione con gli utenti
- Partecipazione dei rappresentanti degli utenti alla pianificazione-sviluppo dei servizi
- Dimostrazioni di coinvolgimento degli utenti nella valutazione del feedback relativo

- all'erogazione dei servizi
- Conduzione di revisioni attive da parte del sistema sulle potenziali aree di compliance
- Sviluppo di sistemi per facilitare un ampio coinvolgimento degli utenti, delle associazioni di pazienti e altri gruppi
- Percentuale di pazienti che percepiscono di aver ricevuto adeguate informazioni sulle modalità di gestione

- della propria malattia
- Evidenze di strategie efficaci per il coinvolgimento di gruppi di utenti socialmente svantaggiati
- Implementazione di una misura di soddisfazione del paziente e risultanti evidenze di sostanziale miglioramento
- Valutazione strutturata, almeno ogni 2 anni, dei meccanismi di coinvolgimento degli utenti.



● rendere consapevoli i servizi sanitari dell'impatto dell'assistenza che hanno i cittadini;

● fornire informazioni sugli esiti a breve e lungo termine;

● offrire opportunità per risolvere i problemi in partnership;

● sviluppare la conoscenza della percezione sociale di salute sia dell'individuo sia della comunità.

Il coinvolgimento dei cittadini (utenti) nelle iniziative di miglioramento della qualità dovrebbe essere guidato da una serie di principi, nel pieno rispetto dei diritti degli stessi utenti (privacy, confidenzialità e consenso);

● gli utenti devono essere incoraggiati e istruiti a partecipare sia alla pianificazione-sviluppo delle strategie di erogazione dei servizi sanitari sia alla loro valutazione continua, attraverso varie modalità;

● identificazione delle aspettative degli utenti;

● coinvolgimento degli utenti sia nella definizione delle priorità e

nella conseguente allocazione delle risorse sia nello sviluppo e nella valutazione continua dei

meccanismi di feedback e nella definizione degli indicatori di qualità dell'assistenza e di erogazione delle prestazioni;

● gli utenti hanno il diritto di partecipare alle decisioni che riguardano la gestione della propria salute; in particolare, di conoscere le evidenze scientifiche che supportano le decisioni dei professionisti della Sanità;

● gli utenti devono essere coinvolti nella produzione dell'informazione sulla salute, con particolare riguardo alle cause di malattia, alla loro storia naturale, all'efficacia/rischio delle procedure diagnostiche e degli interventi terapeutici;

● gli utenti hanno il diritto-dove-

Il coinvolgimento degli utenti nella valutazione deve presupporre il pieno rispetto della privacy

L'accessibilità delle prestazioni deve essere "equa" al di là di provenienza geografica e culturale dei pazienti

re di fornire un feedback continuo sulla qualità dei servizi sanitari, in qualunque momento, senza timori, pregiudizi o favoritismi. Esistono varie modalità attraverso cui costruire strategie di partecipazione attiva degli utenti, in particolare:

● l'informazione degli utenti e delle comunità;

● la messa a punto di strumenti che permettano di "ascoltare" e di "rispondere" al singolo utente che chiede informazioni;

● il coinvolgimento dell'utente nell'erogazione dei servizi e prestazioni sanitarie.

Equità d'accesso

Si riferisce al grado con cui un individuo o una popolazione accede ai servizi sanitari: questa dimensione della qualità tiene conto sia dell'appropriatezza dell'assistenza richiesta sia della capacità dell'utente a raggiungere le sedi di erogazioni dei servizi sia delle varie forme di rimborso di

Indicatori di Accesso

- Tasso di ospedalizzazione (grezzo e standardizzato)
- Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture
- Analisi della mobilità sanitaria
- Tempo di clearance
- Tempi medi d'attesa
- Ritardi nelle ammissioni urgenti
- Tempi lunghi di attesa per i pazienti urgenti e per quelli prenotati, espressi come percentuale sul totale
- Tempo di triage nei diparti-

- menti d'emergenza
- Blocco dell'accesso
- Tempi d'attesa per:
 - chirurgia in elezione
 - trasferimento in lungodegenza post-acuzie
 - trasferimento in residenze sanitarie assistenziali
 - attivazione dell'assistenza domiciliare integrata
- Indicatori di strategie appropriate per la priorità di accesso ai servizi
- Capacità di ammissione alle unità di terapia intensiva:

- dall'ospedale
- dal dipartimento d'emergenza
- Dimissione ritardata per i soggetti con 75 anni o più
- Tempo necessario per ricevere l'assistenza richiesta, standardizzato per l'urgenza della necessità
- Indicatori relativi alle distanze chilometriche da percorrere per accedere ai servizi
- Percentuale di residenti sul totale dei ricoverati



Indicatori di Efficienza

- Degenza media
- Degenze medie per i primi 20 Drg prodotti
- Indice di occupazione (% di posti letto occupati nell'anno)
- Indice di rotazione (numero medio di degenti per posto letto)
- Indice di turn over (giorni trascorsi mediamente tra

una dimissione e la successiva ammissione)

- Indice di case mix (rapporto tra il peso medio dei Drg prodotti nella struttura e un valore di riferimento che può essere regionale o nazionale)
- Indice di day surgery (% di Drg effettuati in day surgery e in regime ordinario

rispetto a. un set standard di interventi effettuabili in day surgery)

- Indice di dipendenza della struttura dalla popolazione
- Numero medio di ricoveri per paziente
- Costo/punto: costi sostenuti per punto Drg (somma dei pesi Drg) prodotto nella struttura

prestazioni sanitarie disponibili. Accesso, tuttavia, non significa fornire a chiunque tutte le possibili prestazioni sanitarie, ma piuttosto la disponibilità di un ragionevole ed equo accesso a servizi necessari, indipendentemente dalla provenienza geografica, età, sesso, razza, religione, livello d'istruzione.

Costi e benefici degli interventi sanitari vanno ponderati attentamente per una scelta ottimale

Efficienza

Il concetto economico di efficienza implica che le scelte nell'erogazione di prestazioni e servizi sanitari dovrebbero ottenere il massimo beneficio dall'investimento delle risorse impegnate.

La necessità di effettuare delle scelte è la logica conseguenza del fatto che nessun sistema sanitario potrà mai disporre di risorse illimitate per soddisfare tutte le domande di salute di una popolazione.

La definizione delle priorità nell'allocatione delle risorse basata sul criterio di efficienza economica - uno dei terreni di scontro tra professionisti e policy makers - richiede numerose considerazioni su costi e benefici di interventi sanitari alternativi. In questa sede, senza entrare nel

merito di tali modalità, ricordiamo solo che esistono due dimensioni dell'efficienza economica: quella tecnica e quella di allocazione.

L'efficienza tecnica, che ha l'obiettivo di fornire la massima qualità dei servizi al costo più basso, viene definita come la «combinazione meno costosa di risorse necessarie per l'erogazione

di un particolare servizio».

Ovviamente, l'efficienza tecnica non fornisce sufficienti informazioni sulla priorità nell'erogazione dei servizi, né sull'opportunità di scegliere un'opzione diagnostico-terapeutica piuttosto che un'altra.

L'efficienza allocativa, invece, definisce le modalità su come ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni sanitarie per massimizzare i benefici.

Esistono due aspetti dell'efficienza allocativa: il primo consente di scegliere tra varie condizioni

patologiche (a esempio, aumentare il numero di chirurgie ortopediche, piuttosto che di cardiocirurgie); il secondo di vagliare le possibili alternative di allocazione di risorse all'interno della stessa condizione (a esempio, investire maggiori risorse nella prevenzione, piuttosto che nel trattamento, dei tumori polmonari). In alternativa, è possibile effettuare una scelta tra l'allocatione delle risorse a modalità assistenziali diverse (a esempio, prevenzione piuttosto che assistenza per acuti) e, successivamente, tra varie condizioni patologiche (a esempio, malattie cardiovascolari, piuttosto che respiratorie).

In altre parole, se l'efficienza allocativa concerne le decisioni sui servizi e sulle prestazioni sanitarie da fornire, l'efficienza tecnica concerne la minimizzazione dei costi.

Purtroppo, anche se l'efficienza rappresenta solo una delle sei dimensioni della qualità assistenziale, ancora oggi costituisce il

principale riferimento da parte dei decisori che tendono ad "appannare", con variabile intensità, le altre cinque dimensioni. ●

L'alternativa da considerare è assegnare in maniera differente le risorse alle singole patologie