

# Valutare per risparmiare e per curare meglio?

*Toscana, Liguria, Piemonte e Umbria sono le prime Regioni ad avere sperimentato un sistema comune di valutazione delle proprie prestazioni sanitarie. Il modello adottato è stato messo a punto dal laboratorio Management e sanità (Mes) della Scuola Superiore Sant'Anna*

*di Pisa e di recente è stato presentato a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità. Tale modello potrebbe consentire a tutti i sistemi locali di tenere d'occhio la propria spesa e controllare meglio gli investimenti pubblici in continua contrazione. Ma c'è chi esprime perplessità.*

Monica Di Sisto

**P**ositivo il giudizio del vicesegretario del Welfare, **Ferruccio Fazio**, per il quale il sistema di valutazione delle prestazioni sanitarie, presentato a Roma dal Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, è lo strumento ottimale per "costruire un sistema nazionale che sia continuamente aggiornabile" e che "utilizzi le esperienze di ogni Regione, prendendo il meglio da tutte". Il nostro Ssn "è il miglior sistema concepibile, è una sanità buona che ha delle disomogeneità - ha osservato Fazio. In passato Regioni come Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Lombardia hanno messo la sanità a sistema, ora dobbiamo aiutare le Regioni meno virtuose a raggiungere lo stesso obiettivo". Ma non tutti i Governatori aderiscono con entusiasmo ai sistemi di valutazione. Da uno studio finanziato dalla Fondazione Lilly emerge, infatti, che altre nove Regioni, più le Province autonome di Trento e Bolzano, sono disposte ad adottare sistemi di valutazione. Restano fuori, per il momento, Lazio, Molise, Abruzzo, Emilia Romagna, Calabria e Valle d'Aosta. Secondo la responsabile dello studio, la direttrice del laboratorio Mes **Sabina Nuti**, "proprio le Regioni sottoposte ai piani di rientro della spesa sanitaria da parte del governo nazionale avrebbero più bisogno di ricorrere al sistema di valutazione per definire gli obiettivi da perseguire nel tempo e misurare la capacità di raggiungerli.

Misurare le *performance* e usare i dati ottenuti è importante. Occorre usare di più i numeri e la trasparenza. Attraverso la misurazione sistematica del funzionamento dei servizi sanitari e la percezione che deriva ai malati e al personale, le Regioni potranno programmare gli interventi necessari, migliorare l'assistenza, razionalizzare i costi, ridurre sprechi e inefficienze e verificare se ogni struttura ha centrato o meno gli obiettivi".

Ma a livello internazionale c'è qualche dubbio che la "tirannia degli indicatori", soprattutto se utilizzata per capire quanto pagare i medici, risulti davvero efficace a qualificare la spesa sanitaria.

## Il modello "a bersaglio"

Il Laboratorio Management e Sanità ha intrapreso da qualche anno un percorso complesso con l'obiettivo di progettare e implementare un sistema di *governance* integrato a supporto della programmazione e la valutazione dei servizi socio sanitari a livello di zona, di azienda e per il sistema nel suo complesso. Nello schema proposto gli *outcome*, che comunque sono oggetto di monitoraggio da parte sia dell'agenzia sanitaria regionale che della Direzione Generale regionale stessa, sono preceduti dai risultati di *output*, che concorrono fortemente a determinarli e che sono classificati in quattro ambiti:

- la soddisfazione dell'utente e del cittadino per il livello di qualità dei

servizi ricevuti, comprensiva della sua possibilità a partecipare attivamente ai processi di erogazione dei servizi come soggetto centrale e protagonista dei percorsi di cura e di assistenza;

- la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- l'appropriatezza e la continuità di cura nei percorsi assistenziali, come risultati strategici in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico finanziario nella gestione del sistema aziendale.

Nel modello proposto, questi risultati sono raggiungibili con modalità e azioni assai differenti in base al contesto aziendale specifico. Le determinanti, quindi, necessitano di un'analisi specifica per i vari livelli assistenziali presenti nelle Ausl, per esempio ospedale, territorio, prevenzione (livelli che caratterizzano le Ausl toscane).

In questi tre contesti, le dimensioni più rilevanti da monitorare nel processo di erogazione del servizio sono molteplici e così sintetizzabili:

- l'efficacia strutturale, intesa come livello di adeguatezza della struttura (edifici, attrezzature, spazi, arredi), rispetto alla missione e alla tipologia di servizi che l'istituzione sanitaria è chiamata ad assolvere nell'ambito del sistema sanitario regionale;
- l'efficienza operativa, relativa alle modalità con cui le risorse disponibili sono utilizzate; l'attenzione è ri-

volta all'analisi della produttività del sistema e dei suoi fattori;

- l'accesso, inteso come l'insieme delle modalità con cui è garantito e facilitato l'accesso ai servizi sanitari con logiche di equità e trasparenza;
- la sicurezza e il *risk management*; intesi come capacità di operare, garantendo la sicurezza di tutti i soggetti del sistema, sia degli operatori sia degli utenti.

### ■ Obiettivo raggiunto, a Nord e a Sud

In base a questa griglia si procede ad assegnare un punteggio a indicatori importanti (finora 40, ma l'obiettivo è di arrivare a 130), come tasso di ricoveri, liste d'attesa, qualità clinica, spesa farmaceutica, ecc. Il sistema, nel quale i valori sono collocati nelle fasce concentriche di un bersaglio, è stato adottato da tempo dalla Toscana e recentemente brevettato. Nel frattempo l'esperienza di questa Regione sta crescendo e, secondo quanto affermato dall'assessore alla Sanità della Toscana, **Enrico Rossi**, entro l'anno si passerà a valutare i responsabili delle oltre 1.100 Unità operative della Regione, mentre è già in corso la valutazione finanziaria pluriennale basata sulla contabilità economica, che si avvale di più parametri.

Tra i risultati più significativi riscontrati nella Regione c'è il più basso numero di ricoveri ogni mille abitanti, dato che l'assessore Rossi legge così: "il territorio evita che abbiano acutizzazioni persone con malattie croniche".

Nel corso dell'incontro all'ISS, Fazio ha ribadito l'importanza della medicina del territorio che fa la differenza, quando ben gestita, anche in termini di qualità ed efficienza delle prestazioni. Come dimostrano le Regioni virtuose che prestano particolare attenzione alla medicina di famiglia.

Capire come funzionano davvero i servizi del territorio è fondamentale per premiare le esperienze migliori e per rafforzarle con un

finanziamento adeguato "scaricando" i pesi morti. Ciò passerebbe anche attraverso l'incentivazione dei medici di famiglia più efficienti. Ma la letteratura internazionale comincia a porre qualche dubbio sul fatto che questa sia davvero la strada giusta.

### ■ Paga la performance

In Inghilterra, dal 2003, è stato introdotto un sistema di remunerazione dei medici di famiglia ispirato al principio del *Pay for Performance*, basato sul raggiungimento di obiettivi di appropriatezza ed efficacia clinica, capacità organizzativa e di soddisfazione degli assistiti, denominato *Quality and Outcomes Framework* (QOF). Il sistema è centrato sulla valutazione dei risultati clinici relativi a una serie di malattie croniche tra cui diabete, scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica, ictus, ipertensione, asma, epilessia, BPCO. La scelta delle malattie incluse nel QOF discende dalla misurabilità e dai benefici attesi in termini di salute sulla base delle evidenze scientifiche. La remunerazione è legata alla proporzione di pazienti, arruolati all'interno dei differenti registri di patologia, per i quali sia stato raggiunto un determinato obiettivo di processo (assidua e regolare misurazione della pressione arteriosa) o di risultato (pressione arteriosa all'interno di determinati parametri). L'iniziativa ha registrato un indiscusso successo giacché gli obiettivi sono stati largamente raggiunti; inoltre ciò ha consentito di ridurre i livelli di disuguaglianza - dovuta alla condizione socio-economica - nell'accesso alle cure e nel controllo delle malattie.

Ma c'è qualcuno che comincia a non essere così netto nell'apprezzamento. Il *BMJ*, per esempio, con un articolo firmato da **Iona Heath** (Gp) e da altri tre autori intitolato "*Qualità nelle cure primarie: un approccio multidimensionale alla complessità*" (2009; 338: 1242), ricorda infatti che la qualità delle cure primarie dipende dall'integrazione dell'assi-

stenza verticale e di quella orizzontale. La *vertically oriented care* riguarda la gestione di specifiche malattie dall'assistenza primaria a quella terziaria, mentre la *horizontally oriented care* si basa sull'integrazione dell'assistenza intorno ai bisogni dell'individuo e su una strategia che dà priorità ai bisogni più ampi della comunità e della popolazione.

Un'eccessiva enfasi sull'assistenza verticale può migliorare specifici *outcome*, ma può anche avere delle involontarie e negative conseguenze, come la frammentazione dell'assistenza e il peggioramento della qualità complessiva delle cure.

La maggior parte dei pazienti che si presentano dai medici di medicina generale ha problemi multipli, complessi e interagenti.

Il ruolo "chiave" delle cure primarie è quello di integrare gli apporti di differenti professionisti in modo da rendere l'assistenza coerente e sostenibile, personalizzandola in funzione del contesto e delle capacità del singolo paziente.

Riferendosi al sistema d'incentivazione QOF introdotto in Inghilterra, gli autori affermano: "Non sappiamo se il sistema migliorerà la salute della popolazione inglese". La qualità delle cure primarie - sostengono - deve essere valutata e calibrata a molti e differenti livelli come:

- il livello dell'implementazione di linee guida basate sull'evidenza;
- il livello dei bisogni, dei valori e delle priorità del singolo paziente;
- il livello della famiglia e della comunità coinvolta nell'assistenza e nel supporto di quel paziente;
- i differenti livelli di popolazione;
- il livello complessivo del sistema sanitario, dove l'accessibilità e l'equità diventano i criteri fondamentali.

Un'eccessiva attenzione a un solo livello può impedire il raggiungimento della qualità ad altri livelli e della qualità complessiva. È necessario individuare un sistema di indicatori che valorizzi la relazione col paziente e tenga conto del lavoro multidisciplinare.