

Dall'*output* all'*outcome*: qualità percepita ed esiti delle cure come strumento di *governance*

(Carla Collicelli)

Uno dei pilastri fondamentali delle strategie di adattamento della sanità pubblica italiana alle esigenze della situazione attuale è quello della capacità del sistema di adeguare l'offerta ai bisogni essenziali sottesi alla dilagante domanda di salute e benessere, secondo criteri di equità e sostenibilità. Ciò appare con evidenza nel dibattito internazionale e nazionale, ed è anche alla base del Libro Bianco del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, sul futuro del modello sociale del paese.

A tale scopo si è lavorato negli ultimi anni, e si sta lavorando a livello centrale e regionale:

- sia attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- che attraverso gli strumenti di buona pratica clinica;
- che quelli della rimborsabilità;
- che con i numerosi ulteriori interventi relativi alla formazione degli operatori;
- alla informazione degli utenti;
- alle linee-guida diagnostico-terapeutiche.

Una lacuna evidente nel processo in corso sta nella discrasia tra l'impegno dispiegato nella definizione, sia pure oculata e mediata, delle caratteristiche dell'offerta, da un lato, e la capacità di monitorare e valutare ciò che sta a monte ed a valle del processo di produzione dei servizi offerti, sia in termini di domanda che in termini dei risultati finali ed effettivi dell'azione di cura, dall'altro lato.

In una parola è lo iato tra *output* ed *outcome* a richiedere uno sforzo maggiore di adeguamento delle capacità di *governance*, nel senso che, mentre si può dire che siamo a buon punto nella definizione e nei controlli sull'*output* (sia pure con le lacune ben note), rispetto alla capacità di misurare l'*outcome*, e di tarare il sistema in funzione dei risultati ottenuti, e non solo e non tanto delle prestazioni erogate, la strada da compiere è ancora molto lunga. Ed è evidente, e l'intera letteratura di settore degli ultimi anni lo conferma, che:

A. Non si dà buona *governance* laddove non si punta a determinare guarigioni e /o miglioramenti significativi dello stato di salute, al di là della correttezza tecnica e formale dei servizi prestati.

B. Una corretta considerazione dell'*outcome*, ed una conseguente taratura del sistema su di essi, permette di ottenere anche significativi risultati in termini di rapporto costi/benefici.

Un problema di obiettivi

Non si può certo disconoscere il fatto che il Servizio Sanitario Nazionale sia orientato, nelle definizioni di massima come nei principi che orientano l'operatività, al raggiungimento di positivi risultati di *outcome* "stabili e a distanza", il che significa nel caso specifico:

- alla diminuzione della mortalità;
- alla guarigione del maggior numero possibile di patologie;
- ed alla qualità della vita dei malati cronici.

E ciò anche perché il contesto istituzionale nel quale la questione della *governance* sanitaria si colloca attualmente, è di per sé un contesto mobile e dinamico, caratterizzato negli ultimi anni dai continui aggiustamenti di un processo di aziendalizzazione lungo e complesso e di un più recente ed incisivo trasferimento delle responsabilità dal centro alla periferia nell'ambito della *devolution* sanitaria.

L'aziendalizzazione, che ha investito il settore negli anni 90, è fortemente legata al tentativo di sostituire nella gestione dei servizi sanitari i risultati alla correttezza formale ed al rispetto delle regole, in coerenza con il movimento internazionale ispirato dal principio del *value for money*, dalle Unità di efficienza e dalle Agenzie esterne della Gran Bretagna di Margaret Thatcher, al *Reinventing Government* di Bill Clinton in Usa, ai concetti di quasi - mercato, di *contracting - out* e *voucher* della moderna economia sanitaria, al *Redefining Health Care, Creating a Value -based Competition on Results* di Michael Porter ed Elisabeth Olmsted Teisberg.¹

La stessa devoluzione degli anni 2000 prende le mosse dall'obiettivo della sussidiarietà verticale ed orizzontale, nello spirito di un avvicinamento sempre maggiore delle strategie ai destinatari, e degli obiettivi operativi ai risultati finali attesi dalla popolazione di riferimento, rispetto ai quali si è diffusa una fiducia crescente nel trasferimento di sempre maggiori competenze dal Centro alle Regioni.

Non vi è dubbio che i due processi riformatori abbiano provocato una spinta in avanti ed un dinamismo di stampo innovativo, sia a livello regionale, che a livello sub regionale e statale, legati ai nuovi compiti ed ai nuovi assetti istituzionali. Da un lato infatti il rimescolamento delle responsabilità ha prodotto un risveglio dal torpore per livelli istituzionali precedentemente poco sensibili e "rannicchiati" sotto l'ombrello della normativa nazionale. Dall'altro lato i cambiamenti hanno prodotto un ripensamento ed una riorganizzazione di funzioni precedentemente poco chiare o indefinite.

Aziendalizzazione e *devolution* hanno dunque attivato, o in qualche caso accelerato, processi importanti di responsabilizzazione rispetto ai risultati dell'azione sanitaria, alle metodologie di verifica, alla ricerca della efficienza ed efficacia, dando vita ad una nuova stagione di sviluppo delle

¹ M.Porter, E. Olmsted Teisberg, *Redefining Health Care, Creating Value-based Competition on results*, Harvard Business School Press, Boston 2006.

pratiche e procedure gestionali e valutative, e di ridefinizione del valore della *governance* e dei risultati nei servizi sanitari, intesa come dimensione interdisciplinare e trasversale.

La fase attuale sembra caratterizzata, con riferimento ai contenuti ed alle finalità dell'azione sanitaria, dal passaggio dell'impegno istituzionale dagli obiettivi più tipicamente aziendalistici ed economicistici, propri degli anni 90 e dei primi anni 2000, ad obiettivi più strettamente e direttamente legati al governo clinico ed alla qualità dei servizi in senso ampio.

Con il termine *clinical governance*, entrato nell'uso per indicare l'obiettivo principe della gestione sanitaria e di conseguenza anche il principale punto di condensazione delle azioni valutative, si intende "il complesso dei mezzi attraverso i quali il sistema sanitario assicura la disponibilità di cure cliniche di qualità, rendendo gli operatori responsabili dello stabilire, mantenere e monitorare standard di rendimento"². Attorno alla *clinical governance* sono cresciute negli ultimi anni le esperienze più significative di *governance* e si sono avviati importanti programmi di revisione organizzativa, di formazione degli operatori e di valutazione di impatto. Non vi è dubbio che dal punto di vista della *governance*, tutto ciò significa maggiore attenzione alla dimensione dell'esito dell'attività svolta e una rivalutazione delle competenze specifiche dell'intervento clinico e gestionale rispetto alle competenze amministrative e burocratiche, assieme ad una visuale di più ampio respiro sulla qualità da raggiungere e sui soggetti da coinvolgere.

E non mancano esperienze locali, sia regionali che aziendali o di territorio, di tutto rispetto nel perseguimento degli obiettivi di *clinical governance*, di valutazione degli esiti e di promozione della qualità, ma queste si collocano in un ambito ancora di frontiera e di sperimentazione, una sorta di minoranza che vorrebbe e potrebbe essere trainante. Così le decine di progetti di sperimentazione gestionale condotti nell'ambito del Programma ministeriale di ricerca finalizzata³ hanno dato prova di saper produrre una lunga serie di esperienze particolarmente avanzate di produzione di strumenti gestionali e valutativi, in singole Regioni o in collaborazione tra più Regioni. Ancora relativamente molto poco di quanto fatto in questo ambito è diventato però *routine* e pratica corrente delle istituzioni sanitarie. E siamo ancora lontani in Italia dall'aver messo mano alla strumentazione di un sistema di indicatori completo, che comprenda cioè dati significativi di contesto, *input*, processo, *output* e *outcome*. Indicatori definiti e descritti in numerosi documenti di programmazione nazionale e regionale⁴ ma a tutt'oggi lacunosi ed incerti.

Il trend di passaggio da una cultura di *governance* centrata sulla efficienza, ad una centrata sulla efficacia e la qualità comporta da un punto di vista applicativo la necessità di non abbandonare i criteri ed i livelli di analisi precedenti ma di inglobarli in un approccio più ampio. Qualità ed efficacia infatti comprendono e non annullano il valore della efficienza, ma vi aggiungono dell'altro, come emerge da numerose analisi che possono essere citate.

²Le parole della nuova sanità, Dizionario per gli operatori del sistema sanitario, Il Pensiero Scientifico Editore, 2002

³Bando annuale riservato alle regioni, agli Irccs ed alle Agenzie ed Istituti governativi, ai sensi dell'art. 12 del dl 502/1992

⁴a partire dal Decreto del 12.12.2001

Il ruolo della tecnologia è in tutto ciò molto importante. Sia per quanto riguarda la possibilità di lavorare sui dati (non solo quelli statistici sulla quantità delle prestazioni e delle strutture, ma anche quelli di flusso, di esito, di percorso individuale); sia per quanto riguarda le questioni dell'ascolto, della comunicazione e dell'informazione. Una attenzione particolare va quindi dedicata allo sviluppo di una tecnologia intelligente, dai siti istituzionali, agli archivi elettronici, anche personalizzati e condivisi, oltre che per funzione e servizio, alla carta magnetica, al telelavoro, ecc.

L'importante è superare l'impasse del combinato disposto di burocratismo ed aziendalismo, quest'ultimo come ripresa acritica dal mondo aziendale di criteri e metodi a dominanza economica, di approcci di *marketing* e di controlli di gestione chiusi in se stessi, per avviarsi nella direzione di un approccio integrato con gli *stakeholder*, sistemico rispetto alla società, flessibile ed aperto all'ascolto.

Lo stato dell'arte

Una analisi dell'*outcome* come strumento di *governance* in sanità non può prescindere dallo stato dell'arte della materia. Il lavoro prenderà quindi le mosse da una verifica dei tratti caratteristici a livello internazionale e dello stato di avanzamento delle esperienze condotte sul campo in Italia rispetto a tre ambiti privilegiati di verifica dell'*outcome* sanitario:

1. La *customer satisfaction*, come uno dei principali segnali provenienti dalla platea dei destinatari rispetto al raggiungimento degli obiettivi.
2. La *qualità percepita*, come insieme delle impressioni e delle conoscenze che i cittadini sviluppano relativamente alla peculiarità e all'efficacia del servizio di cui hanno usufruito gli utenti.
3. Gli *esiti* come insieme dei risultati clinici e sociali dell'intervento terapeutico misurati a distanza di tempo e stabilizzati;
4. La *trasparenza e la diffusione dei dati*, come metodo di lavoro e come strumento utile sia per la traduzione in prassi dei principi enunciati che per i numerosi feed-back conoscitivi e correttivi che può permettere.

Su queste tre aree si presenterà una sintesi di esperienze e risultati raggiunti, che permetta di fare il punto sullo stadio di avanzamento della tematica e sulle criticità emerse.

Verso una proposta

Si procederà quindi a formulare alcune possibili ipotesi di lavoro, che discendano dallo stato dell'arte, e si integrino con le altre prospettive di sviluppo di una corretta *governance* sanitaria con il supporto delle tecnologie.

Le proposte ruoteranno attorno ai seguenti punti, elencati in ordine di priorità e praticabilità nel tempo:

- A. *Eventi avversi*, come primo possibile approccio alla utilizzazione su larga scala di dati di *outcome* per la costruzione di una nuova *governance*, in stretta relazione con lo sviluppo del *Risk Management*.
- B. *Qualità percepita*, come elemento fondamentale sui cui fondare la saldatura tra domanda e offerta in termini di *governance* e come fattore maggiormente collegato con il concetto di efficacia del servizio, perché intrinsecamente costruito sulla prospettiva del cliente/paziente.
- C. *Esito*, come fase più avanzata della verifica e valutazione dei risultati a lungo termine della azione sanitaria allo scopo della revisione delle strategie e modalità di intervento.
- D. *Fascicolo elettronico*, come supporto indispensabile per la raccolta di tutte le informazioni necessarie alla valutazione dell'*outcome*.