

LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE CLINICHE

ROBERTO GRILLI



Ministero della Salute

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale della Regione Emilia-Romagna



Grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
nell'ambito dell'Azione A del settore
"Programma nazionale per lo sviluppo del governo clinico
e della qualità del Servizio sanitario nazionale"
"Produzione di un manuale di riferimento per il governo clinico
e la qualità in forma integrata nonché la sperimentazione dello stesso"



**Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento
del Servizio sanitario nazionale**
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
EX UFFICIO III

In collaborazione con l'Azienda USL di Imola



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

PRESENTAZIONE GENERALE

I contributi presentati in questi sette volumi hanno avuto storia e genesi diversa, ma sono accomunati dall'aver il ruolo dei professionisti nelle aziende sanitarie come oggetto di interesse. Alcuni sono stati elaborati nel contesto di un progetto finanziato dal Ministero della Salute e finalizzato alla produzione di un "manuale per il governo clinico", fornendo, nel contesto di quel progetto, i documenti di riferimento per la produzione di materiale utilizzato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e da Ipasvi in iniziative di formazione a distanza. Altri sono l'esito di specifici progetti di ricerca, alcuni finanziati dalla Regione Emilia-Romagna nel suo Programma di Ricerca Regione-Università, altri sviluppati nel contesto delle iniziative della Agenzia Sanitaria e Sociale di quella stessa Regione.

Tutti vedono, sia pure partendo da prospettive diverse, il ruolo dei professionisti nelle organizzazioni sanitarie come centrale, sia esaminando alcuni dei problemi principali su cui i professionisti dovrebbero poter dare il proprio contributo nell'esercizio delle loro responsabilità cliniche ed organizzative, sia indagando empiricamente con specifiche iniziative di ricerca alcuni dei molteplici aspetti che attengono alla partecipazione professionale, a quei processi decisionali che nelle aziende sanitarie riguardano la qualità dei servizi ed il loro sviluppo. In questo senso, questi contributi nel loro insieme intendono riproporre la questione del governo clinico cogliendone l'aspetto essenziale.

Probabilmente il riproporre oggi la questione del governo clinico merita una qualche giustificazione. Questo concetto si è rapidamente diffuso anche nel nostro contesto a partire dalla fine degli anni '90 per poi eclissarsi progressivamente.¹ Nel frattempo, ha avuto modo di vedersi assimilato rapidamente a tematiche limitrofe e pure, in qualche modo almeno, ad esso collegate, delle quali è diventato una sorta di elegante sinonimo. In questo modo, negli scorsi anni, parlare di governo clinico ha voluto dire parlare di audit clinico e *quality assurance*, di linee-guida e di *evidence-based medicine*, di *technology assessment*. In breve, ha significato parlare essenzialmente di strumenti e metodi. Di fatto, varie comunità specialistiche hanno “preso possesso” del governo clinico assimilandolo alle proprie specifiche metodologie ed al proprio ambito di interesse e quel termine ha finito per essere un modo diverso, ed almeno in quella fase più “a la page”, per parlare delle “solite cose”, piuttosto che rappresentare la ricerca di un modo diverso ed innovativo per affrontare i problemi di sempre (quelli della qualità e della sicurezza delle cure, dell’appropriatezza, di un cambiamento tecnologico, ma anche clinico ed organizzativo dentro le aziende da stimolare e governare).

In questo modo, come chi scrive ha già avuto modo in passato di segnalare,² si è finito per concentrare l’attenzione su strumenti e metodi (quelli della valutazione della qualità e della sicurezza delle cure, quelli della EBM o del *technology assessment*, a seconda dei casi), ma non sulle condizioni necessarie per fare penetrare efficacemente quegli strumenti nella quotidiana operatività delle organizzazioni sanitarie, tanto meno sulle condizioni necessarie per ottenere che il loro impiego fosse l’esito di un processo di acquisizione di responsabilità da parte dei professionisti clinici, rendendoli soggetto elaborante politiche aziendali a presidio della qualità dei servizi ed efficacemente propositivo relativamente allo sviluppo innovativo. Eppure, il senso del governo clinico e delle sue possibilità innovative stava esattamente nel cercare di cogliere il tema della partecipazione professionale allo sviluppo strategico delle organizzazioni sanitarie, nella ricerca di forme e modalità che stimolassero una diretta responsabilizzazione delle professionalità cliniche nella formulazione delle politiche aziendali direttamente rilevanti per la qualità delle cure, per indirizzare

lo sviluppo delle professionalità e le scelte di innovazione clinica, organizzativa e tecnologica di cui le organizzazioni sanitarie hanno costantemente bisogno.^{2 3}

Oggi, a più di un decennio di distanza dal momento in cui il governo clinico è stato introdotto nel dibattito italiano ed ha cominciato ad essere seriamente considerato dalle politiche, i problemi sembrano altri ed apparentemente molto distanti da queste questioni. Il SSN si trova a dover affrontare significativi problemi di sostenibilità e di riduzione delle risorse a cui si cerca di dare risposta anche con politiche finalizzate ad una robusta razionalizzazione nella struttura dell'offerta assistenziale, ad una revisione complessiva della rete dei servizi ospedalieri e territoriali. Tutte questioni assolutamente cogenti ed urgenti nella contingenza della crisi che investe il Paese e che riduce le risorse disponibili per la sanità, al punto da far apparire il tema della partecipazione professionale nelle aziende sanitarie come non particolarmente rilevante, alla luce dei problemi di sostenibilità dei servizi che il contesto odierno pone alla nostra attenzione.

Tuttavia, crediamo che anche in queste specifiche circostanze il tema della partecipazione professionale mantenga intatta, anzi per certi aspetti veda rafforzata, la propria attualità e rilevanza. Infatti, qualità delle cure ed innovazione sono, in estrema sintesi, le dimensioni della vita di un'organizzazione sanitaria su cui si esprime il governo clinico. Ora, se oggi la preoccupazione principale è rappresentata dalla sostenibilità dei servizi, possiamo ben dire che quelle dimensioni hanno davvero molto a che vedere con il fondamentale problema del mantenere, ed anzi per molti aspetti migliorare, i servizi sanitari in un contesto di risorse limitate. Queste ultime pongono la necessità di profondi e radicali cambiamenti finalizzati alla ricerca di forme più avanzate di razionalizzazione ed efficienza nel modo in cui sono affrontati bisogni assistenziali più complessi ed aspettative dei cittadini più elevate. Si tratta di cambiamenti che riguardano la riconfigurazione delle reti ospedaliere e territoriali, il ridisegno degli ospedali in funzione dell'intensità dei bisogni assistenziali dei pazienti, come pure l'elaborazione e l'implementazione di politiche di concentrazione delle casistiche chirurgiche in funzione dei volumi di attività dei punti di erogazione, per citare solo alcuni degli esem-

più possibili. Ebbene, tutti questi cambiamenti, per essere possibili ed avere gli effetti desiderati, hanno bisogno di essere supportati da un elevato livello di partecipazione professionale, pongono la necessità di acquisire la loro attiva partecipazione al ridisegno dei servizi che questi cambiamenti richiedono, ad esempio in termini di ridefinizione di percorsi assistenziali dei pazienti, di riformulazione dei ruoli e delle competenze professionali.

In questo senso, parlare di partecipazione professionale oggi significa parlare di uno dei determinanti della sostenibilità del SSN, almeno nella misura in cui la partecipazione professionale viene riconosciuta come uno degli ingredienti indispensabili per attivare e sviluppare quei cambiamenti richiesti da una migliore e più sostenibile configurazione delle reti dei servizi.

Non solo. La contingenza attuale finisce per rendere, per così dire, più vistosi i problemi di sempre, quelli che riguardano le concrete modalità di erogazione di servizi e prestazioni. Pensiamo ai temi della variabilità e inappropriatezza nel ricorso a procedure ed interventi nella pratica clinica, a quello di una maggiore sicurezza nei contesti clinico-assistenziali. In altri termini, il tema della qualità, l'esigenza di indirizzare i comportamenti professionali contrastando il ricorso ad interventi, laddove non siano clinicamente giustificati, sono oggi, in un quadro di riduzione delle risorse, se possibile ancora più acuti e di fatto mantengono come centrale la questione del come fare in modo che i comportamenti professionali, le decisioni e le scelte concretamente adottate dai clinici nelle modalità di assistenza siano pienamente coerenti con le finalità istituzionali di assicurare benefici di salute ai pazienti, attraverso interventi efficaci ed appropriati, in condizioni di sicurezza e di efficienza operativa.

Oggi, anche questi “vecchi problemi” sono alla ricerca di nuove possibili soluzioni, o quantomeno di strade innovative. Da questo punto di vista, una riflessione su come alcuni problemi – la variabilità della pratica clinica, l'inappropriatezza – siano stati sin qui affrontati e con quali risultati appare necessaria.^{4,5} In questo contesto, nel corso degli ultimi due decenni almeno è stata dispiegata una pluralità di approcci diversi, non necessariamente mutualmente esclusivi, che, riassumendoli in modo sin troppo schematico e sintetico, possiamo

dire essere stati rappresentati dal ricorso a forme di incentivazione economica, dalla comunicazione al pubblico di informazioni sulla qualità dei servizi nel tentativo di stimolare una maggiore attenzione alla qualità facendo leva sul patrimonio reputazionale degli operatori e delle organizzazioni o indirizzando le scelte dei cittadini. Da questo punto di vista è significativo che siano proprio quei sistemi sanitari che più intensamente e con maggiore determinazione sono ricorsi in questi anni agli approcci citati a manifestare oggi un esplicito interesse verso il ricorso al coinvolgimento ed alla partecipazione professionale, come ulteriore possibile percorso per costruire e consolidare nelle organizzazioni sanitarie un'attenzione sistematica e continuativa alla qualità, interesse che si esprime nell'attenzione elaborativa ed analitica rivolta al tema di quello che viene oggi definito come "clinical engagement".⁶⁻²⁰ Questo concetto si riferisce ad un attivo e positivo contributo fornito dai clinici nell'esercizio delle loro responsabilità al miglioramento delle performance delle organizzazioni, le quali a loro volta riconoscono questo impegno nel sostenere ed incoraggiare un'assistenza di alta qualità.¹¹ Rimanda quindi ad un'idea di partecipazione professionale fortemente propositiva verso i processi decisionali di un'organizzazione che attengono alla qualità ed allo sviluppo dei servizi, una partecipazione pienamente disponibile all'assunzione di responsabilità, che trova il proprio presupposto anche in uno spiccato senso di appartenenza all'organizzazione stessa.⁹ L'interesse per il tema del *clinical engagement*, che, come si vede, ha un'evidente affinità con un'idea di governo clinico fortemente orientata alla partecipazione professionale, trova la propria giustificazione nella consapevolezza che la varietà di strumenti e politiche sin qui adottata per controllare/orientare i comportamenti professionali (ricorrendo al monitoraggio attraverso indicatori, a motivazioni economiche, reputazionali, ecc.) ha inevitabili limiti di applicabilità, effetti collaterali negativi e risultati in generale non risolutivi. Sono quindi strumenti certamente impiegabili e persino imprescindibili oggi per molti aspetti, ma necessitano di un ulteriore ingrediente, per così dire, rappresentato appunto dalla capacità di acquisire la disponibilità delle professioni cliniche a riconoscere i temi della qualità come propri, come parte integrante del proprio ruolo dentro un'azienda, ed a mette-

re in gioco le proprie capacità e competenze al servizio dello sviluppo delle proprie organizzazioni.

In questo senso, quindi, parlare oggi di governo clinico può essere ancora decisamente attuale, a patto che il tema venga riproposto cogliendone l'essenza e spostando l'attenzione dagli strumenti ai contesti in cui tali strumenti dovrebbero essere impiegati, vedendolo quindi come problema non di strumenti e metodologie, magari da perfezionare e sviluppare ulteriormente, ma di *governance*, vale a dire di relazioni interne alle organizzazioni sanitarie, in particolare di relazioni tra clinici e manager o, se si preferisce, tra i clinici e le loro aziende. Diciamo questo evidentemente non per negare o sminuire il valore e le potenzialità di quegli strumenti, ma soltanto per sottolineare come quelle potenzialità rischino di restare largamente inespresse in assenza di una contestuale riflessione sulle aziende sanitarie, sulle loro concrete modalità di funzionamento per quanto riguarda mantenimento e miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure, sul tipo di competenze che sono in grado di mettere in campo su questi temi, su come sono allocate le responsabilità per quanto attiene al *quality management* e sul ruolo dei clinici in questo contesto.

Una simile riflessione potrebbe probabilmente portarci a ragionare su alcuni significativi aspetti problematici. Pur tenendo conto della variabilità esistente anche su questi aspetti a livello nazionale, possiamo affermare che, in generale, le nostre aziende sanitarie sono caratterizzate dalla presenza di una significativa articolazione di tecnostutture dedicate a presidiare ambiti definiti e relativamente circoscritti (la qualità e l'accreditamento, la formazione professionale, la gestione del rischio e, almeno in alcune realtà come quella dell'Emilia-Romagna, la ricerca e l'innovazione). Una almeno apparente, quindi, ricchezza di dotazione specialistica cui spesso non pare corrispondere un'effettiva efficacia operativa e, soprattutto, un'effettiva pervasività nei contesti clinico-assistenziali delle attività direttamente finalizzate a monitorare e migliorare la qualità dei servizi. In larga misura, qualità e sicurezza delle cure, nelle loro diverse sfaccettature, permangono come temi di interesse delle specifiche tecnostutture di riferimento, con un coinvolgimento dei clinici relativamente limitato, per intensità e continuità, e generalmente passivo.

Questa tipologia di assetto aziendale sul *quality management* rende particolarmente pertinente la constatazione che una delle principali contraddizioni che caratterizzano i sistemi sanitari moderni è rappresentata dall'essere contesti spesso avanzatissimi per quanto riguarda la dotazione tecnologica disponibile, ma assolutamente antiquati per quanto attiene invece ai loro assetti organizzativi e di management.²¹ Infatti, non soltanto la parcellizzazione delle tecnostutture sopra citata rimanda alla necessità di una capacità di sintesi e di *governance* complessiva – generalmente affidata alla direzione sanitaria aziendale – ma risulta fortemente evocatrice di assetti tipici della tradizionale impresa fordista, una delle caratteristiche della quale è rappresentata dalla presenza di una netta separazione tra la linea produttiva e gli ambiti che su tale linea esercitano funzioni di sviluppo, verifica e controllo.

Tuttavia, questo assetto è da tempo già stato messo in discussione e superato nel mondo delle imprese, in particolare laddove l'impresa si confronta con processi produttivi poco o nulla standardizzabili, per la cui realizzazione è indispensabile l'apporto di competenze – anche sofisticate – da parte degli operatori e che richiedono un'azione di costante sorveglianza e manutenzione, esercitata non da soggetti collocati al di fuori del processo, ma direttamente dagli operatori “in linea”.²² Queste caratteristiche generali che hanno portato al superamento del tradizionale modello fordista sono esattamente alcuni dei connotati che caratterizzano la peculiarità delle organizzazioni sanitarie, sotto il profilo della complessità e dell'elevato grado di specializzazione delle competenze degli operatori, dell'elevato grado di flessibilità dei processi di cura, della necessità di una continua azione di sorveglianza, “non delegabile”, almeno non completamente, a soggetti esterni alla linea produttiva. Tuttavia, questo è proprio quel che in larga misura è accaduto nei nostri contesti assistenziali, con la “delega” ad occuparsi di qualità, formazione, gestione del rischio, ricerca&innovazione, attribuita a tecnici, relativamente “distanti” dagli ambiti di produzione, vale a dire dai dipartimenti. Queste considerazioni peraltro acquisiscono un ulteriore significato alla luce delle evidenze empiriche che segnalano come, nel nostro contesto nazionale, siano ancora largamente prevalenti nelle aziende sanita-

rie culture organizzative di tipo gerarchico ascrivibili a quel tipo di paradigma produttivo.²³ Il governo clinico, così come l'abbiamo sin qui conosciuto, non è di fatto riuscito a sanare questa contraddizione tra caratteristiche dei processi produttivi e rigidità delle modalità di management adottate.

Ora, se il governo clinico viene visto a partire dalle premesse che ci siamo dati, non si tratta solo di fornire istruzioni sull'uso di tecniche, ma di rendere possibile e praticabile una responsabile partecipazione professionale. Quest'ultima non è una tecnica, codificabile e trasmissibile con un manuale. È il risultato di relazioni che devono essere costruite e di ruoli e responsabilità che devono essere esercitati. Per questo i contributi di questa collana non si limitano ad illustrare tecniche e metodologie, ma si sforzano di affrontare problemi ed esaminare alcuni temi centrali per le politiche di sviluppo dei servizi ed il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Detto questo, va anche detto che se il tema è il perseguimento di una responsabile partecipazione dei professionisti clinici ai processi aziendali di mantenimento e sviluppo della qualità dei servizi, questi volumi sono di certo vistosamente insufficienti allo scopo. La partecipazione richiede una molteplicità di condizioni per potersi realizzare, il cui determinarsi è evidentemente al di fuori delle possibilità di semplici contributi scritti. Tuttavia, la partecipazione professionale ha anche la necessità di avere come premessa un sufficiente grado di condivisione e consapevolezza circa le questioni potenzialmente rilevanti per lo sviluppo di un'organizzazione sanitaria ed i principi ed i valori generali con cui tali questioni dovrebbero poter essere affrontate. È a questo livello che si posizionano i contributi di questa raccolta, con l'auspicio che possano essere di una qualche utilità, immaginando il loro impiego anche nel contesto di iniziative di formazione e discussione da avviare nelle aziende sanitarie, come pure come materiale didattico a supporto di iniziative formative rivolte agli studenti di medicina e ai giovani medici in formazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Walshe K. Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *Int J Qual Health Care* 2009; 21: 153-9. [Link alla risorsa]
2. Grilli R, Taroni F. *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
3. Grilli R. Le opportunità offerte dal governo clinico. Il difficile rapporto tra discrezionalità clinica ed autorità manageriale. *Salute e Territorio* 2005; 152: 306-12. [Link alla risorsa]
4. Moynihan R, Heneghan C, Godlee F. Too much medicine: from evidence to action. *BMJ* 2013; 347: 7141. [Link alla risorsa]
5. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. *Variations in health care: the good, the bad and the inexplicable*. London: The King's Fund, 2011. [Link alla risorsa]
6. Bethune R, Soo E, Woodhead P, Van Hamel C, Watson J. Engaging all doctors in continuous quality improvement: a structured, supported programme for first-year doctors across a training deanery in England. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 613-7. [Link alla risorsa]
7. Denis JL, Baker GR, Black C et al. Exploring the dynamics of physician engagement and leadership for health system improvement. Prospects for Canadian healthcare systems. Ottawa: Canadian Institute of Health Research, 2013. [Link alla risorsa]
8. Brown B, Ahmed-Little Y, Stanton E. Why we cannot afford not to engage junior doctors in NHS leadership. *J R Soc Med* 2012; 105: 105-10.
9. Clark J. *Medical engagement. Too important to be left to chance*. London: The King's Fund, 2012. [Link alla risorsa]
10. The King's Fund. *Leadership and engagement for improvement in the NHS: together we can*. London: The King's Fund, 2012. [Link alla risorsa]
11. Spurgeon P, Mazelan PM, Barwell F. Medical engagement: a crucial underpinning to organisational performance. *Health Serv Manage Res* 2011; 24: 114-20.
12. Taitz JM, Lee TH, Sequist TD. A framework for engaging physicians in quality and safety. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 722-8. [Link alla risorsa]
13. The Health Foundation. *Are clinicians engaged in quality improvement? A review of the literature on healthcare professionals' views on quality*

- improvement initiatives. London: The Health Foundation, 2011. [Link alla risorsa]
14. Parand A, Burnett S, Benn J, Iskander S, Pinto A, Vincent C. Medical engagement in organisation-wide safety and quality-improvement programmes: experience in the UK Safer Patients Initiative. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: e44. [Link alla risorsa]
 15. Macleod D, Clarke N. *Engaging for success: enhancing performance through employee engagement*. London: Department for Business, Innovation and Skills, 2009. [Link alla risorsa]
 16. Conway J. Getting boards on board: engaging governing boards in quality and safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34(4): 214-20. [Link alla risorsa]
 17. Dickinson H, Ham C. *Engaging doctors in leadership: review of the literature*. Academy of Medical Royal Colleges, University of Birmingham, Institute for Innovation and Improvement, 2008. [Link alla risorsa]
 18. Spurgeon P, Barwell F, Mazelan P. Developing a medical engagement scale (MES). *International Journal of Clinical Leadership* 2008; 16: 213-23.
 19. Reinertsen JL, Gosfield AG, Rupp W, Whittington JW. *Engaging physicians in a shared quality agenda*. IHI Innovation Series White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement, 2007. [Link alla risorsa]
 20. Neale G, Vincent C, Darzi SA. The problem of engaging hospital doctors in promoting safety and quality in clinical care. *J R Soc Promot Health* 2007; 127:87-94. [Link alla risorsa]
 21. *Doctor innovation. Shaking up the health system*. London: The Economist Intelligence Unit Limited, 2009. [Link alla risorsa]
 22. Fumagalli A. *Bioeconomia e capitalismo cognitivo*. Roma: Carocci Editore, 2007.
 23. Calciolari S, Prenestini A, Lega F, Grilli R. Possono i “valori” fare la differenza? Evidenze sull’influenza della cultura organizzativa sul governo clinico. *Mecosan* 2012; 21(82): 9-24.

CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO

Collana a cura di Roberto Grilli

**Roberto
Grilli**

LA VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE CLINICHE

Volume 4



Il Pensiero Scientifico Editore

Roberto Grilli

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
Regione Emilia-Romagna

Progetto editoriale realizzato da Il Pensiero Scientifico Editore
per conto dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale
della Regione Emilia-Romagna,
grazie a un finanziamento del Ministero della Salute
e in collaborazione con l'Azienda USL di Imola

Prima edizione: dicembre 2014
© 2014 Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale,
Ministero della Salute e Azienda USL di Imola

Prodotto editoriale liberamente fruibile per fini non commerciali;
chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici,
a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione,
purché ne venga citata la fonte

Progetto editoriale: Il Pensiero Scientifico Editore,
Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma
Tel. (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250
pensiero@pensiero.it - www.pensiero.it
www.facebook.com/PensieroScientifico

Impaginazione: Doppiosegno, Roma
Progetto grafico: Studio Rosa Pantone, Roma
Illustrazione di copertina: Josef Albers, *Omaggio al Quadrato*
Coordinamento redazionale: Silvana Guida

ISBN 978-88-490-0506-6

INDICE

INTRODUZIONE	V
1 • PRINCIPI E CARATTERISTICHE GENERALI	1
Le dimensioni della qualità dell'assistenza e gli strumenti di valutazione	1
Il processo di definizione degli indicatori ed il legame con le linee-guida	6
La valutazione come confronto	10
I problemi nella scelta degli indicatori	12
2 • MODELLI DI GOVERNANCE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE	21
La rendicontazione: dal privato al pubblico	21
La valutazione e le policy	27
CONCLUSIONI	37
BIBLIOGRAFIA	41

INTRODUZIONE

Lo sviluppo e l'utilizzo di strumenti e metodologie in grado di rendere misurabili e documentabili le modalità adottate dai professionisti nell'ambito delle organizzazioni sanitarie nell'affrontare i problemi assistenziali posti dai pazienti e i risultati di salute ottenuti non è certo tema nuovo e di recente acquisizione.

Si potrebbe infatti facilmente risalire fino alla metà del 1800 o agli inizi del secolo scorso per rintracciare significativi esempi di esercizi valutativi con la specifica finalità di documentare i risultati ottenuti dalle pratiche assistenziali. Basti pensare a Florence Nightingale o al chirurgo americano Ernest Codman che, addirittura, avviò un meccanismo di continuativa registrazione dei pazienti operati presso il suo ospedale e di rilevazione dei loro esiti clinici ad un anno dall'intervento,¹ incoraggiando i colleghi a fare altrettanto.

Tuttavia, è anche vero che da allora molte cose sono cambiate e non soltanto sotto il profilo delle tecniche e delle metodologie utilizzate. Certamente queste ultime si sono fatte particolarmente complesse e raffinate, anche se ancora ampiamente perfettibili, grazie ai sostanziali contributi offerti su questo versante dalla statistica e dall'epidemiologia. Inoltre ed ancora più significativamente, la valutazione delle performance cliniche ha trovato un proprio formale inquadramento concettuale dentro il contesto più generale della valutazione dei servizi e dei sistemi sanitari, grazie ad un compiuto (anche se necessariamente ancora in evoluzione) riconoscimento delle diverse

dimensioni che compongono quella che possiamo definire come la qualità dell'assistenza.

Tuttavia, non è principalmente su questi aspetti che in questa sede vogliamo concentrare la nostra attenzione. Quelli appena richiamati sono elementi rilevanti, ma non rappresentano gli unici cambiamenti intervenuti dalle esperienze pionieristiche sopra citate ai giorni nostri e che hanno caratterizzato l'evolversi delle attività di valutazione delle performance cliniche nel corso dei decenni.

Il punto su cui vorremmo concentrare l'attenzione è infatti il diverso significato acquisito nel corso del tempo dalla pratica della valutazione delle attività assistenziali, caricandosi progressivamente quest'ultima di significati ed implicazioni. È la ricchezza e la rilevanza di queste implicazioni e di questi significati a marcare più significativamente la connotazione attuale della valutazione delle performance ed a segnare più nettamente la differenza con il passato. Inoltre, è acquisendo questa prospettiva che dovrebbero emergere più chiaramente i legami tra il tema della valutazione delle performance cliniche e quello della *governance* clinica.

Più precisamente, se in origine la valutazione delle attività cliniche rappresentava in modo pressoché esclusivo una delle forme con cui la professione medica esprimeva il meglio delle proprie energie morali ed intellettuali, dedicandole al perseguimento del miglioramento della qualità dei propri comportamenti professionali, queste stesse attività non sono più "soltanto" l'esercizio di quell'autocontrollo e autogoverno che una comunità di professionisti esercita nel proprio ambito. Queste attività oggi rappresentano una delle modalità con cui sistemi complessi, quali quelli sanitari, sostengono ed alimentano le relazioni tra i diversi soggetti e le diverse organizzazioni che operano al loro interno, indirizzandone e condizionandone i comportamenti e le decisioni. In questo senso, la valutazione delle performance cliniche ha cessato ormai da tempo di essere qualcosa che attiene, anche sotto il profilo delle responsabilità assunte per la sua conduzione, esclusivamente ai professionisti. Ha un carattere sistemico, in quanto elemento fondamentale per il funzionamento del sistema e componente essenziale, anche se non esclusiva, del tessuto connettivo che sostiene i rapporti e le relazioni tra diverse componenti di un sistema sanitario.

Da questo punto di vista, l'attenzione che si concentra oggi sul tema della valutazione delle attività cliniche ha ragioni persino più profonde di quelle più immediatamente percepibili ed ascrivibili alla crescente necessità di valutare l'effettiva resa delle risorse investite in ambito sanitario, alla diffusione di una cultura ispirata ai principi della *evidence-based medicine*, alla maggiore consapevolezza dei cittadini ed alle loro aspettative. Gli esercizi valutativi non solo sono sempre più parte integrante dei processi di elaborazione, sviluppo ed implementazione delle politiche sanitarie, ma sono organici al disegno ed al funzionamento dei modelli di *governance* che tali politiche definiscono, dal momento che è anche su di essi che si basano le forme concrete delle relazioni di *accountability* che caratterizzano un sistema sanitario.

In questo contributo, dopo aver analizzato le caratteristiche generali della valutazione applicata alle performance cliniche (capitolo 1), cercheremo appunto di analizzare il tema della valutazione nelle sue implicazioni per il governo dell'assistenza sanitaria (capitolo 2).

1 • PRINCIPI E CARATTERISTICHE GENERALI

LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Quella che definiamo come “qualità dell’assistenza” è un insieme di diverse dimensioni che attengono a vari aspetti dell’attività dei professionisti e delle organizzazioni sanitarie nel loro insieme. Alcune di queste dimensioni hanno direttamente a che vedere con le performance cliniche propriamente dette, vale a dire con le decisioni adottate a livello clinico nella gestione di specifici pazienti e con i risultati clinici effettivamente ottenuti (tabella 1.1). Altre riguardano l’operatività dei servizi più in generale e la loro effettiva capacità di assicurare ai cittadini e ai pazienti condizioni riconosciute come necessari requisiti per una buona qualità dell’assistenza.

Tra gli strumenti per la valutazione della qualità dell’assistenza il primo è rappresentato dai *criteri di valutazione*, vale a dire dalla esplicitazione delle modalità di assistenza che si ritiene dovrebbero essere realizzate in specifiche circostanze cliniche e/o per determinate categorie di pazienti.²⁻⁴ Un esempio pratico di criterio di valutazione potrebbe quindi essere: “I pazienti con infarto miocardico acuto ricoverati entro 3 ore dalla comparsa dei sintomi dovrebbero essere sottoposti ad angioplastica coronarica”. A questo proposito, emerge in tutta la sua evidenza il legame tra linee-guida e valutazione della qualità dell’assistenza. Infatti, le raccomandazioni di comportamento clinico contenute in una linea-guida altro non sono se non l’esplici-

TABELLA 1.1 - ALCUNE DIMENSIONI DELL'ASSISTENZA SANITARIA CHE CONCORRONO A DEFINERNE LA QUALITÀ

- *Accessibilità*: facilità con cui i pazienti accedono all'assistenza necessaria in funzione dei propri bisogni.
- *Continuità*: grado di coordinamento ed integrazione tra servizi ed operatori coinvolti nella gestione di determinate categorie di pazienti.
- *Efficacia*: capacità di un intervento sanitario di ottenere i risultati clinici desiderati.
- *Efficienza*: capacità di ottenere i risultati clinici desiderati con il minimo consumo di risorse.
- *Appropriatezza clinica*: utilizzo di un intervento sanitario efficace in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche.
- *Appropriatezza organizzativa*: erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell'intervento erogate e con quelle cliniche del paziente.
- *Sicurezza*: erogazione dell'assistenza in contesti organizzativi che minimizzano le condizioni di rischio o pericolo per i pazienti e per gli operatori.
- *Tempestività*: erogazione di un intervento in tempi congrui con il bisogno assistenziale del paziente.
- *Centralità del paziente*: capacità di tenere conto, nella definizione dei percorsi assistenziali, dei bisogni, delle aspettative e delle preferenze del paziente e dei suoi familiari, rispettando la sua cultura, la sua autonomia decisionale e la sua dignità.
- *Sviluppo delle risorse umane*: capacità di conservare e sviluppare le competenze dei professionisti, offrendo opportunità di continuo apprendimento ed addestramento, in un ambiente consono a mantenere la soddisfazione dei professionisti per il contesto lavorativo in cui operano.

tazione di altrettanti criteri di valutazione, applicabili non soltanto prospetticamente per indirizzare i comportamenti clinici futuri, ma anche retrospettivamente per valutare le modalità di assistenza erogata a singoli o gruppi di pazienti.^{2 3 5-8}

Facendo riferimento alla tradizionale⁹ (ma pur sempre valida) distinzione tra criteri di struttura,^a processo^b ed esito,^c sono evidentemente in particolare queste ultime due tipologie ad avere rilevanza per quanto attiene alla valutazione delle performance cliniche, potendo fare riferimento a loro volta a diverse dimensioni della qualità dell'assistenza (accessibilità, efficacia, efficienza, ecc.), piuttosto che alle specifiche caratteristiche dell'aspetto assistenziale affrontato.

I criteri di valutazione dovrebbero avere la caratteristica di riferirsi ad aspetti assistenziali che siano misurabili/quantificabili.⁶ In altri termini, dovrebbero poter essere tradotti in indicatori, a loro volta distinguibili in indicatori di struttura, processo ed esito, che rappresentano la misura quantitativa del grado di adesione ad un certo criterio di valutazione.¹⁰ In questo senso, un indicatore è rappresentato sempre da una percentuale, da una proporzione o da altri tipi di misure quantitative, con lo scopo fondamentale di documentare quanto un certo criterio sia stato rispettato.

Talvolta possono venire utilizzati criteri intermedi (o proxy) per quegli aspetti dell'assistenza correlati all'esito, ma più facilmente misurabili di quest'ultimo. Ad esempio, nell'ambito di una valutazione retrospettiva della qualità delle cure erogate ai pazienti operati di bypass aortocoronarico in un determinato periodo, in assenza di informazioni relative alla presenza di complicanze nei singoli pazienti, si potrebbe ricorrere all'identificazione dei casi che presentino un'anomala lunghezza della degenza ospedaliera, oppure dei ricove-

^a Si tratta di quelli riferiti alla disponibilità di risorse tecniche, organizzative, strutturali necessarie ad una appropriata espletazione dell'assistenza. Rientrano in questa classe anche i requisiti che fanno riferimento alle competenze dei professionisti ed al loro grado di integrazione e coordinamento. Ad esempio, dal momento che una delle caratteristiche delle *stroke unit* è la multidisciplinarietà, un criterio per valutare in che misura quest'ultima sia effettivamente presente potrebbe essere la frequenza con cui vengono organizzate riunioni tra le diverse competenze e figure professionali.

^b Si tratta dei criteri che si riferiscono alle azioni intraprese dagli operatori clinici e dai pazienti, quali ad esempio prescrizioni, interventi chirurgici, indagini diagnostiche, ecc. Un tipico criterio di processo potrebbe quindi essere rappresentato, ad esempio, dalla proporzione di pazienti con infarto miocardico acuto e tratto ST elevato che accedono all'angioplastica primaria.

^c Si riferiscono tipicamente alla risposta ottenuta da un intervento: lo stato di salute, la mortalità, la morbilità, la qualità della vita e la soddisfazione del paziente. Un esempio di criterio di questo tipo potrebbe essere rappresentato dall'affermazione che la mortalità per i pazienti operati di bypass aortocoronarico isolato non dovrebbe superare il 2%.

ri ripetuti. In questo caso, questi ultimi due indicatori rappresentano appunto indicatori proxy che suggeriscono la verosimile occorrenza di eventi avversi nel corso di quello specifico episodio assistenziale. Gli indicatori proxy vanno comunque sempre interpretati con grande cautela, dal momento che il loro legame con il fenomeno che si intende rilevare (le complicanze in questo caso) potrebbe rivelarsi meno saldo del previsto.

Anche gli indicatori dovrebbero poter rispondere ad alcuni requisiti essenziali¹⁰⁻¹² che ne connotano la validità a partire dagli strumenti che ne hanno consentito la rilevazione. In generale, è utile immaginare l'indicatore come qualcosa di analogo ad un test diagnostico, in questo caso utilizzato per distinguere episodi assistenziali in cui il criterio di valutazione sia stato rispettato da quelli in cui invece sia stato disatteso per ragioni effettivamente attinenti alla qualità dei servizi e non per fattori di contesto e/o per circostanze cliniche specifiche.

Nel caso, ad esempio, di indicatori di processo, possono esservi fattori, clinici (le caratteristiche dei pazienti) o organizzativi, che influenzano la concreta possibilità da parte degli operatori di adottare una determinata modalità assistenziale prevista da uno specifico criterio di valutazione. In pratica, questo significa che un buon indicatore di processo raramente può limitarsi a rilevare semplicemente la frequenza di utilizzo (o non utilizzo) di uno specifico intervento, ma deve invece essere sufficientemente contestualizzato ed articolato. Esattamente come le raccomandazioni di comportamento clinico di una buona linea-guida specificano in modo dettagliato quali siano le caratteristiche dei pazienti eleggibili ad un determinato intervento, un buon indicatore deve essere costruito in modo tale da includere nel suo denominatore solo i pazienti effettivamente eleggibili.

Da questo punto di vista, ad esempio, la rilevazione della proporzione di pazienti con infarto miocardico acuto sottoposti ad angioplastica primaria (indicatore di processo) dovrebbe poter essere fatta attraverso strumenti che non rilevino semplicemente quanti, di tutti i pazienti con infarto acuto, siano stati effettivamente sottoposti a questo trattamento, ma anche la presenza di quelle caratteristiche cliniche che qualificano il paziente con infarto acuto come effettivamente eleggibile a questo trattamento.

Un discorso simile vale per la valutazione di aspetti inerenti agli esiti dell'assistenza, pure influenzati da fattori diversi e non necessariamente relativi all'effettiva qualità delle prestazioni erogate. Questa è la ragione della particolare rilevanza, ad esempio, delle procedure statistiche di aggiustamento delle analisi di mortalità, tenendo conto delle caratteristiche cliniche, in termini di gravità e complessità, dei pazienti assistiti.¹³

Una menzione particolare merita la categoria dei cosiddetti “eventi sentinella”. Questo concetto è stato originariamente introdotto¹⁴ per definire una serie di condizioni (malattia, morte, stato fisico) la cui occorrenza poteva essere ragionevolmente attribuita alla mancata adozione di interventi sanitari di natura preventiva, diagnostica, terapeutica o riabilitativa. Si tratta in sostanza di indicatori di esito, secondo la tassonomia adottata, che indicano, in funzione della frequenza della loro occorrenza, l'effettiva adozione di processi assistenziali di riconosciuta efficacia. A livello macro, indicatori di mortalità evitabile (calcolati sulla base delle cause di morte) sono frequentemente impiegati nel confrontare le performance di sistemi sanitari diversi.¹⁵⁻¹⁷

In epoca relativamente più recente, la nozione di evento sentinella è stata poi utilizzata per connotare, nell'ambito delle iniziative di valutazione della sicurezza delle cure, l'occorrenza nelle organizzazioni sanitarie di singoli eventi di particolare criticità in cui o il paziente si trova a soffrire di conseguenze normalmente non attribuibili al naturale decorso/evoluzione della sua condizione patologica o i processi assistenziali deviano in modo significativo da quella che avrebbe dovuto essere la loro ovvia realizzazione. Includono quindi indicatori di esito e di processo che identificano circostanze che, per il fatto stesso di accadere, segnalano vistosamente un problema di qualità delle cure (come ad esempio la morte neonatale inattesa, l'intervento chirurgico eseguito sul lato errato o sul paziente sbagliato, ecc.) che rimanda ad una tempestiva attivazione di tutte le procedure di verifica e controllo all'interno dei contesti assistenziali.

Infine, le misure quantitative degli indicatori devono essere interpretate, nel senso che devono consentire di formulare un esplicito giudizio sulla qualità dell'assistenza erogata. Questa valutazione dovrebbe poter essere basata su elementi espliciti o, per meglio dire, su

standard di riferimento, valori misurabili di performance che indicano la qualità delle cure da raggiungere sulla base delle migliori evidenze disponibili o, nel caso queste ultime non lo siano, quanto meno sulla base dell'opinione degli esperti. Essi possono rappresentare il livello minimo accettabile di performance o risultato, il livello di eccellenza di performance (o risultato), il *range* di performance o di esiti ritenuti accettabili.¹⁸

IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI ED IL LEGAME CON LE LINEE-GUIDA

Un aspetto importante è la metodologia con cui i criteri di valutazione vengono definiti, dal momento che questa condiziona la capacità dei criteri di soddisfare i requisiti che questi ultimi dovrebbero avere (tabella 1.2).

Infatti, se i criteri devono rappresentare il parametro di riferimento rispetto al quale confrontare la pratica clinica corrente, allora evidentemente è essenziale che la loro definizione avvenga secondo modali-

TABELLA 1.2 - ALCUNI REQUISITI IDEALI DEI CRITERI DI VALUTAZIONE

1. Riflettere le conoscenze scientifiche disponibili acquisite (*evidence-based*).
2. Essere condivisi (ad esempio recepiti da linee-guida).
3. Essere pertinenti agli aspetti assistenziali che si intende valutare.
4. Essere traducibili in indicatori sufficientemente validi, essendo:
 - misurabili in modo riproducibile (inter ed intra-rilevatori);
 - accurati, cioè rilevati secondo modalità che assicurino che effettivamente l'indicatore misuri il fenomeno che si intendeva valutare, con una sensibilità e specificità tale da discriminare correttamente tra assistenza di buona e cattiva qualità, analogamente a quanto dovrebbe fare un test diagnostico, minimizzando falsi positivi e falsi negativi;
 - sensibili al cambiamento, cioè in grado di rilevare variazioni del fenomeno misurato nel corso del tempo e nello spazio (cioè tra soggetti diversi);
 - di facile comprensione;
 - di semplice e poco costosa rilevazione.

tà metodologiche che garantiscano che il loro contenuto rifletta il più possibile fedelmente le conoscenze scientifiche disponibili relativamente al “cosa dovrebbe essere fatto” nell’assistenza di specifiche categorie di pazienti. In questo senso, l’analogia tra criteri valutazione e raccomandazioni di comportamento clinico, che già prima abbiamo sottolineato, emerge ulteriormente in tutta la sua chiarezza.

Infatti, esattamente come dovrebbe essere per raccomandazioni di comportamento clinico definite nell’ambito dell’elaborazione di linee-guida, anche i criteri di valutazione dovrebbero essere derivati da un esame critico completo della letteratura scientifica disponibile, condotto sulla base di revisioni sistematiche o metanalisi.³ Anzi, proprio per le ragioni sin qui proposte, la fonte più appropriata di criteri di valutazione da adottare nell’ambito di iniziative di audit clinico è rappresentata proprio da linee-guida di buona qualità scientifica.^{2,3,5,8}

Il processo di traduzione di linee-guida in percorsi diagnostico-terapeutici locali è anche il contesto in cui dovrebbe emergere chiaramente il legame tra le raccomandazioni contenute in una linea-guida e le conseguenti modalità operative di valutazione dell’impatto clinico ed organizzativo derivato dalla loro adozione. Vi è, in sostanza, un legame concettuale ed operativo tra linee-guida, indicatori di performance ed audit clinico.

Se il ruolo delle linee-guida in un contesto di governo clinico è rappresentato essenzialmente dal consentire una valutazione di quella che è stata la qualità media dell’assistenza erogata a specifiche categorie di pazienti, valutata a fronte di standard di riferimento nel contempo basati sulle prove di efficacia e condivisi dagli operatori, allora si tratta di fare in modo che dalle raccomandazioni possano essere derivati gli strumenti che consentano operativamente questa valutazione.

Come illustrato nella figura 1.1, dalle raccomandazioni contenute nelle linee-guida possono quindi essere derivati criteri di valutazione ed indicatori di performance corrispondenti.¹⁹

Se le linee-guida sono comportamenti clinici raccomandati, i corrispondenti criteri di valutazione rappresentano l’applicazione retrospettiva di tali raccomandazioni alla valutazione dei processi assistenziali effettivamente erogati ai singoli pazienti. In questo senso, i

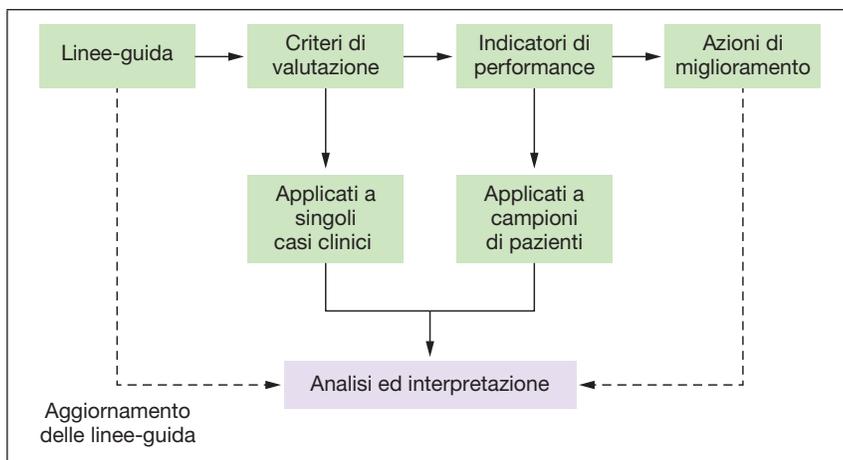


Figura 1.1 • Legame tra linee-guida, criteri di valutazione ed indicatori di performance

corrispondenti indicatori di performance da essi derivati rappresentano la misurazione della frequenza con cui i criteri di valutazione sono stati effettivamente applicati ad un campione di pazienti.

Il legame tra linee-guida, criteri di valutazione ed indicatori di performance è ulteriormente descritto, attraverso un esempio, nella tabella 1.3.

La consapevolezza di questo legame tra linee-guida e valutazione della qualità dell'assistenza, grazie al quale lo stesso strumento – le linee-guida appunto – finisce con l'essere, se visto prospetticamente, un indirizzo per le decisioni cliniche che dovranno essere adottate in specifiche circostanze e, se visto retrospettivamente, un criterio per valutare l'appropriatezza delle decisioni cliniche già adottate nei pazienti assistiti, è cresciuta negli ultimi anni, al punto che oggi le modalità di elaborazione di linee-guida prevedono, come parte delle caratteristiche che qualificano la buona qualità di queste ultime,²⁰ la traduzione delle raccomandazioni di comportamento clinico in criteri di valutazione ed in corrispondenti indicatori, corredati da specifiche indicazioni relative alle modalità di audit clinico in cui possano trovare concreta applicazione. Come è stato evidenziato in alcuni studi,²¹

TABELLA 1.3 - LINEE-GUIDA, CRITERI DI VALUTAZIONE ED INDICATORI DI PERFORMANCE A PARTIRE DA UNA LINEA-GUIDA SUL CONTROLLO DEL DOLORE POST-OPERATORIO (MODIFICATA DA HUTCHINSON ET AL. 2003⁴)

Linea-guida

Il dolore dovrebbe essere valutato e documentato ad intervalli regolari dopo l'intervento, sulla base del tipo di intervento e della severità del dolore (ad esempio, ogni 2 ore a paziente sveglio nelle 24 ore successive all'intervento)

Criterio di valutazione

Il dolore è stato valutato ogni 2 ore a paziente sveglio nelle 24 ore successive all'intervento

Indicatore

Numero di pazienti in cui il dolore sia stato effettivamente valutato ogni 2 ore nelle 24 ore successive all'intervento, sul totale dei pazienti operati

uno dei limiti principali delle modalità pratiche di adozione a livello locale delle linee-guida è stato appunto rappresentato dal mancato utilizzo di questo strumento come base per attività di audit.

Se è vero quindi che una delle principali caratteristiche della qualità di un criterio di valutazione è rappresentata dal suo essere *evidence-based*,⁶ la relazione tra criteri di valutazione ed evidenze empiriche merita alcune ulteriori specificazioni, relativamente alle particolari situazioni in cui linee-guida di buona qualità scientifica non siano disponibili, le evidenze empiriche siano particolarmente scarse e/o controverse o, come talvolta ancora accade, le raccomandazioni di comportamento clinico siano formulate in modo troppo generico per poter essere tradotte in criteri di valutazione.

Queste circostanze rimandano in generale al ruolo che hanno in questi specifici contesti le metodologie di lavoro finalizzate all'identificazione di un consenso tra opinioni diverse.²²⁻²⁴ Queste tecniche, nel merito delle caratteristiche delle quali non entriamo, rimandando altrove il lettore interessato,^{22 23 25-27} consentono di arrivare alla definizione di criteri di valutazione condivisi, attraverso un processo strutturato di confronto tra opinioni diverse. Probabilmente, in questo ambito la tecnica più frequentemente utilizzata è rappresentata da

quello che è diventato noto come il metodo RAND per la valutazione dell'appropriatezza dell'uso di interventi sanitari.²⁶ Questa metodologia consente la definizione di criteri di valutazione molto specifici, nel senso che riescono a tenere conto di tutti i fattori clinici che caratterizzano una determinata circostanza clinica in cui si ponga l'eventualità di utilizzare un certo intervento o tecnologia sanitaria, attraverso un metodo di lavoro che, pur avendo come riferimento le conoscenze scientifiche disponibili, si pone il problema di tenere conto adeguatamente anche dell'opinione degli esperti e della loro esperienza clinica.

LA VALUTAZIONE COME CONFRONTO

L'esercizio valutativo applicato alle performance cliniche ha quasi sempre una finalità comparativa, nel senso di mettere a confronto, attraverso specifici indicatori, le prestazioni erogate da un team clinico con standard di riferimento. Infatti, vi sono davvero relativamente poche circostanze in cui siano disponibili indicatori (come i cosiddetti "indicatori sentinella") universalmente accettati come non ambigue misure di qualità.

In tutte le altre circostanze si tratta essenzialmente di valutare come la misura attribuita ad un servizio si collochi nel contesto di una distribuzione di un certo indicatore, attraverso un confronto tra le prestazioni erogate da più servizi/strutture,²⁸ con l'obiettivo di individuare i provider qualificabili – in senso positivo o negativo – come *outlier*, vale a dire con prestazioni e/o risultati clinici che si discostano significativamente dal pattern prevalente della distribuzione osservata.

Uno dei primi problemi da affrontare a questo proposito è quello rappresentato dall'effetto del *case mix*, vale a dire del fatto che i singoli centri assistono pazienti di diversa gravità e quindi diversamente suscettibili di sperimentare l'esito valutato (la morte) a prescindere dalla qualità del processo assistenziale loro offerto.

La rilevanza dell'aggiustamento per *case mix* è largamente documentata dalla vastissima letteratura statistica esistente e rappresenta la condizione preliminare ad ogni possibile valutazione delle perfor-

mance istituzionali, al fine di minimizzare il rischio di indicare erroneamente un singolo centro come *outlier* (positivo o negativo).²⁹⁻³⁴

Questo può essere chiaramente compreso assumendo che la differenza eventualmente osservata negli esiti clinici ottenuti da due ipotetici servizi (ad esempio, due ospedali) sia il risultato di fattori diversi:

$$\text{Differenza in performance} = \text{Errore casuale} + \text{Errore sistematico} + \text{Reale differenza nella qualità dell'assistenza erogata}$$

Detto in altri termini, abbiamo l'esigenza di isolare la reale differenza qualitativa (ammesso che esista) da:

- errore casuale, vale a dire un errore di precisione della stima dovuto alla (casuale) variabilità di specifici fattori (eterogeneità della casistica, errori di misurazione dell'indicatore, ecc.); questo tipo di errore, che non influenza la direzione della differenza osservata nella performance dei due ipotetici servizi, ma solo la precisione della sua stima, può essere ridotto aumentando la numerosità della casistica sulla base della quale la stima è stata ottenuta;
- errore sistematico (o bias) rappresentato da una distorsione introdotta nel confronto, dovuta alla mancata considerazione (controllo) nell'analisi comparativa di fattori che influenzano la direzione della differenza osservata. Tali fattori sono detti "di confondimento" e sono, nel contesto di questo tipo di analisi, essenzialmente rappresentati dalle differenze esistenti nella tipologia dei pazienti assistiti dai nostri ipotetici due ospedali.

Soltanto eliminando (o minimizzando) il ruolo di questi fattori possiamo essere relativamente fiduciosi che la nostra comparazione misuri effettivamente differenze qualitative di performance.

Per fare questo esistono numerose tecniche statistiche consolidate di standardizzazione e/o di *risk adjustment* che consentono di ridurre il peso di questi fattori di confondimento, per le quali si rimanda il lettore interessato ad altre fonti.¹³ Tuttavia, nessuna delle tecniche disponibili può considerarsi perfetta e ciascuna di esse è inevitabilmente

condizionata, nella sua applicazione, dalle caratteristiche, in termini di qualità e quantità delle fonti di informazione utilizzate per l'analisi.

I PROBLEMI NELLA SCELTA DEGLI INDICATORI

Il decidere di quali indicatori avvalersi, vale a dire lo scegliere cosa misurare e come, rappresenta evidentemente un aspetto critico, da affrontare tenendo presente le seguenti considerazioni.

1. *Il numero degli indicatori.* La qualità, come già accennato, è multidimensionale. Limitare molto il numero di indicatori da adottare da questo punto di vista espone al rischio di offrire una lettura eccessivamente semplificata e banalizzante di una realtà, quella della qualità dei servizi appunto, inevitabilmente complessa ed articolata. D'altro canto, un numero eccessivamente ampio di indicatori espone al rischio di generare confusione e rendere decisamente più complessa l'analisi e la lettura critica della qualità assistenziale. Per consentire un lettura sintetica della qualità laddove si ricorra a molteplici indicatori, oggi viene posta grande attenzione ai cosiddetti indicatori compositi, che rappresentano una sintesi di diverse altre misure.^{35 36} Tuttavia gli indicatori compositi pongono problemi concettuali e statistici particolarmente complessi e possono ostacolare, piuttosto che facilitare, l'interpretazione. Non esiste quindi in sostanza un criterio che consenta di definire a priori quale sia il "numero giusto" di indicatori da adottare, ma occorrerà di volta in volta una riflessione critica che individui il numero appropriato di misure, scelte tra quelle dotate dei requisiti tecnici di validità precedentemente ricordati, funzionale a descrivere le dimensioni della qualità ritenute di interesse.

2. *Il tipo di indicatori.* Come ricordato, possiamo avere indicatori di struttura, processo ed esito e sono principalmente le ultime due tipologie ad essere chiamate in causa nel contesto della valutazione delle performance cliniche.

Le misure di processo hanno generalmente una maggiore sensibilità al cambiamento, essendo di fatto rappresentative di decisioni

adottate in ambito clinico nella gestione di specifiche categorie di pazienti. Questi indicatori misurano direttamente l'assistenza erogata al paziente, sono quindi un indicatore più diretto e immediato di quanto effettivamente è stato fatto. Inoltre sono generalmente di più facile attribuzione (è, in altri termini, chiaro, chi, quale professionista o quale team ne sia responsabile) e generalmente pongono il problema del *risk adjustment* in termini relativamente meno rilevanti di quanto non accada per quelli di esito. Di contro, hanno lo svantaggio di richiedere, per le loro rilevazioni, informazioni spesso difficili da recuperare, se non avvalendosi direttamente della cartella clinica.

Gli indicatori di esito hanno l'indubbio pregio di parlare direttamente dei risultati ottenuti, tipicamente rappresentati dalla mortalità conseguente a specifiche procedure. Sono, in questo senso, di più facile comprensione per i non addetti ai lavori, anche se il tema dell'accuratezza e dell'affidabilità delle tecniche statistiche adottate nel *risk adjustment* qui è particolarmente rilevante. Anche la facilità della loro attribuzione può non essere semplice, in particolare in quelle circostanze in cui l'esito clinico di una prestazione possa essere legittimamente attribuito non soltanto a chi l'abbia materialmente eseguita, ma ad un insieme di servizi che concorrono all'individuazione ed alla selezione dei pazienti che vi vengano sottoposti. Un esempio in questo senso potrebbe essere rappresentato dalla mortalità per angioplastica coronarica eseguita in pazienti con infarto miocardico acuto, in cui l'esito clinico osservato è di fatto il risultato finale della funzionalità di una intera rete di servizi, cardiologici e di emergenza. Problematica è poi la loro applicazione in contesti in cui la mortalità non sia un appropriato indicatore di risultato, ed in cui gli effetti degli interventi sanitari abbiano un impatto atteso non tanto (o non solo) sullo stato vitale, ma soprattutto su altri aspetti rilevanti, quali ad esempio il recupero funzionale o altre dimensioni di qualità della vita, la cui rilevazione routinaria e sistematica è quanto mai difficile. A questo proposito è interessante per i suoi potenziali sviluppi l'esperienza inglese di rilevazione dei PROMs³⁷ (*Patient Reported Outcome Measures*), misure di esito rilevate mediante questionari somministrati ai pazienti prima e dopo l'esecuzione di specifici interventi chirurgici la cui qualità non sia rappresentabile in termini

di mortalità, ma piuttosto sotto il profilo dell'impatto su aspetti di qualità della vita, come ad esempio gli interventi di protesi d'anca. Come rilevato nella sperimentazione condotta in Inghilterra, la loro applicazione presuppone il consolidamento nei contesti clinici di robuste capacità organizzative in grado di sostenere gli oneri di una sistematica raccolta di dati di questo tipo.³⁷

3. *Le fonti informative da utilizzare.* I dati che rendono possibile il calcolo degli indicatori possono essere derivati da almeno tre tipologie di fonti informative principali: la documentazione clinica, i database amministrativi, i database clinici. Ciascuna di queste fonti presenta vantaggi, potenzialità ed aspetti problematici.

In generale, sarebbe ovviamente desiderabile poter utilizzare indicatori che non solo siano sufficientemente esaustivi, ma siano anche facilmente rilevabili dai dati già disponibili nell'ambito dei servizi sanitari. Se le basi dati correntemente utilizzate per scopi amministrativi, come ad esempio le schede di dimissione ospedaliera, consentissero nel contempo la costruzione di una serie di indicatori di performance di sufficiente validità, il sistema potrebbe avere a disposizione, a basso costo, strumenti importanti per il monitoraggio di aspetti assistenziali rilevanti. Sotto questo profilo, non sorprende l'impegno profuso in numerosissimi contesti per valorizzare le potenzialità offerte da queste fonti informative nel rendere possibile, minimizzando costi ed impegno operativo, la stima di indicatori.

A questo proposito, vale la pena citare, come esempio di indicatori rilevati dai flussi informativi correnti, quelli elaborati dall'agenzia federale statunitense per la qualità dell'assistenza (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ), appositamente pensati per poter essere implementati con relativa facilità utilizzando come base informativa le schede di dimissione ospedaliera. Si tratta di indicatori che hanno la finalità di rilevare gli esiti clinici (come il decesso intra-ospedaliero per interventi chirurgici in elezione che dovrebbero essere gravati da bassissima mortalità, o come le complicanze da interventi chirurgici), i tassi di utilizzo di specifici interventi chirurgici (con l'obiettivo di far emergere una eventuale variabilità nel loro impegno clinico, variabilità assunta come indicatore di possibile utilizzo

clinicamente inappropriato, per eccesso [sovrautilizzo] o per difetto [sottoutilizzo]), ed infine la qualità dell'assistenza primaria, valutata sulla base dei tassi di ospedalizzazione per condizioni cliniche (diabete, asma pediatrica) in cui la frequenza di ricorso all'ospedale può essere assunta come indicatore di (scarsa o insufficiente) qualità del sistema di cure primarie (tabella 1.4). Inoltre, più recentemente l'Agency for Healthcare Research and Quality ha messo a punto un ulteriore set di indicatori pensato per il monitoraggio della sicurezza dei pazienti ricoverati in ospedale, attraverso la rilevazione di eventi che siano ascrivibili alla tipologia degli eventi avversi.

TABELLA 1.4 - ALCUNI DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE CLINICA RILEVABILI DALLE SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERE (MODIFICATA DA AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - WWW.AHRQ.GOV)

Indicatori di esito

- Mortalità ospedaliera nelle comuni procedure di: isterectomia, laminectomia, colecistectomia, prostatectomia transuretrale (TURP), protesi d'anca, protesi del ginocchio
- Complicanze: ostetriche, infezione da ferita, effetti avversi e complicanze iatrogene
- Complicanze dopo chirurgia maggiore: polmonari, IMA, emorragie o ulcere gastrointestinali, trombosi venosa/embolia polmonare, infezione urinaria durante il ricovero, polmonite
- Complicanze dopo procedure invasive vascolari: trombosi venosa/embolia polmonare, polmonite

Indicatori di utilizzo

- in Ostetricia: parto cesareo, parto vaginale dopo parto cesareo
- in Chirurgia: appendicectomia incidentale in soggetti anziani, isterectomia, laminectomia prostatectomia transuretrale (TURP), prostatectomia radicale, colecistectomia laparoscopica, bypass aorto-coronarico

Indicatori di accesso alle cure primarie

- Ostetricia: basso peso alla nascita, peso molto basso alla nascita
- Pediatria: attacchi asmatici
- Ambito preventivo: immunizzazione a carattere preventivo nei confronti di influenze e polmoniti nei soggetti più anziani
- Medicina interna: complicanze a breve e a lungo termine del diabete
- Chirurgia: perforazione dell'appendice.

Indicatori come questi, derivati dai dati amministrativi, possono certamente fornire delle indicazioni importanti, relativamente almeno ad alcuni aspetti delle prestazioni sanitarie. Tuttavia occorre che siano interpretati con cautela.^{28 38} In primo luogo, proprio per il fatto di essere rilevati attraverso database finalizzati a scopi diversi dal monitoraggio della qualità delle prestazioni, questi indicatori possono risentire pesantemente delle modalità di codifica adottate nell'ambito dei servizi, modalità orientate in modo specifico a soddisfare le finalità amministrative di questi sistemi, piuttosto che la segnalazione di specifici eventi di interesse ai fini della valutazione della qualità dell'assistenza.

Non solo, in generale questo tipo di database non offre una descrizione accurata delle caratteristiche cliniche dei pazienti e spesso nemmeno dei processi assistenziali effettivamente adottati, essendo tipicamente questi ultimi principalmente focalizzati sulla rilevazione di quegli atti assistenziali (interventi chirurgici ed altre prestazioni) che abbiano una qualche implicazione economico-tariffaria.

Queste fonti informative soffrono dunque di importanti limitazioni, soprattutto qualora la valutazione della qualità richieda necessariamente un'accurata considerazione delle differenze nelle caratteristiche cliniche dei pazienti, per esempio ai fini di un confronto della mortalità osservata in centri diversi. Un'altra circostanza in cui i limiti dei database amministrativi emergono con maggiore evidenza è rappresentata dalla valutazione dell'appropriatezza dell'uso di interventi sanitari. Infatti, per essere attendibile e credibile, la valutazione della congruenza tra il bisogno assistenziale di un paziente ed il ricorso nel suo specifico caso ad un intervento richiede necessariamente una esaustiva e dettagliata descrizione delle caratteristiche cliniche di quel paziente,^{25 26} ben al là delle informazioni solitamente disponibili nei database amministrativi.

Sono soprattutto queste le circostanze in cui emerge con maggiore nettezza la necessità di ricorrere direttamente alla documentazione clinica come primaria fonte informativa, come avviene tipicamente nel contesto di iniziative di audit clinico, fondamentale strumento di autovalutazione delle performance di singole unità operative.

Una nota particolare meritano i database clinici, piattaforme informative con l'obiettivo di raccogliere informazioni sui pazienti che

accedono ad un determinato servizio o prestazione/procedura, dunque non con finalità amministrative, ma proprio con lo scopo di documentare la qualità dei processi assistenziali erogati e dei loro esiti.^{39 40} In questo senso, i database clinici finiscono per configurare un vero e proprio flusso informativo *ad hoc*, pensato e realizzato per monitorare una specifica area assistenziale che ovviamente, per giustificare in simile impegno, deve essere di particolare rilevanza. La realizzazione di un database clinico implica il coinvolgimento di più servizi pertinenti all'area assistenziale di interesse ed anzi, nella gran parte dei casi, simili esperienze tendono ad acquisire la forma di veri e propri registri che coinvolgono tutti i servizi relativi ad una determinata area geografica o giurisdizione.⁴⁰⁻⁴² Lo sviluppo e la conduzione di un database clinico è quindi impresa non semplice e pone spesso significative difficoltà tecniche ed organizzative.

Un'altra importante potenzialità dei database clinici è rappresentata dall'offrire l'opportunità di costituire una piattaforma utile non solo alla valutazione della qualità, ma anche per la conduzione di attività di ricerca di tipo "pragmatico", vale a dire con disegni di studio e protocolli il più possibile aderenti alle condizioni di assistenza assicurate ai pazienti nella pratica clinica routinaria.⁴³ I database clinici possono sia integrare le conoscenze scientifiche prodotte dalla ricerca clinica sperimentale (verificando nella pratica clinica routinaria l'effettiva applicabilità dei risultati ottenuti) sia surrogarne la mancanza, laddove si sia in presenza di aree cliniche in cui studi randomizzati non siano disponibili o addirittura non siano fattibili. Per queste ragioni, spesso i database clinici nascono come registri di pazienti sottoposti a specifiche procedure, in particolare quelle che implicano il ricorso a tecnologie innovative di rilievo.^{44 45} In questi contesti offrono l'opportunità di valutare congiuntamente la loro efficacia clinica e l'appropriatezza del loro impiego.

4. *Le finalità della valutazione.* Questo aspetto è particolarmente rilevante in quanto oggi la valutazione è un esercizio che rende disponibili informazioni sulla qualità dei servizi sanitari a molteplici destinatari e con finalità spesso diverse. Schematicamente, e precisando

do che non si tratta in alcun modo di finalità mutualmente esclusive, possiamo riconoscere:

- valutazioni finalizzate ad informare coloro che rivestono specifiche responsabilità nel governo e nella amministrazione dei servizi sanitari;
- valutazioni che sono preliminari all'avvio di iniziative di miglioramento della qualità nel contesto di una organizzazione sanitaria;
- valutazioni finalizzate ad informare i cittadini e gli utenti dei servizi, affinché possano orientare le proprie scelte.

Da questo punto di vista, è possibile classificare le attività di valutazione sulla base dei destinatari delle informazioni da esse derivate (interni al sistema o esterni, come nel caso dei cittadini), oltre che sulla base dei loro obiettivi, potendosi riconoscere contesti in cui la finalità principale dell'esercizio valutativo è di carattere formativo (come nel caso di circostanze in cui la valutazione sia condotta nel contesto di iniziative di audit clinico per il miglioramento della qualità), rispetto ad altre in cui l'enfasi è soprattutto sulla rendicontazione e sulla verifica (da parte di soggetti interni o esterni) (tabella 1.5).⁴⁶ Un'altra chiave di fondamentale distinzione tra le diverse forme di valutazione concerne la natura delle azioni adottate in conseguenza del giudizio espresso in sede di valutazione. Laddove la finalità della valutazione è la formale rendicontazione, le implicazioni potranno essere varie forme di ricompensa o sanzione. Qualora lo scopo della valutazione sia di stimolo al miglioramento, le azioni conseguenti avranno la connotazione di indirizzo e supporto al cambiamento necessario.⁴⁷

TABELLA 1.5 - UNA TASSONOMIA DEI DIVERSI POSSIBILI MODELLI DI VALUTAZIONE (MODIFICATA DA VEILLARD ET AL. 2005⁴⁸)

COLLOCAZIONE DEI DESTINATARI DELLE INFORMAZIONI	TIPO DI AZIONI CONSEGUENTI	
	DI SUPPORTO E FORMAZIONE	DI RICOMPENSA/SANZIONE
Interna all'organizzazione	Miglioramento continuo della qualità	Valutazione interna alle organizzazioni sanitarie
Esterna all'organizzazione	Accreditamento	Rendicontazione

Come si vede, la valutazione nei suoi possibili significati e nelle sue implicazioni, è decisamente plasmata dalla natura delle relazioni che tengono insieme coloro che operativamente la conducono e quelli a cui le informazioni da essa derivate sono in ultima istanza destinate. Su questi aspetti, particolarmente rilevanti, avremo modo di tornare più avanti.

In questa sede è importante ricordare come le diverse finalità abbiano un impatto anche sulle caratteristiche degli strumenti e delle modalità tecnico-scientifiche adottate per la conduzione dell'esercizio valutativo. In estrema sintesi, infatti, a seconda del grado di coerenza delle implicazioni derivanti dalle informazioni rese disponibili dalla valutazione, varia il grado di incertezza (o, se si preferisce, il margine di errore) ragionevolmente ritenuto accettabile nella misurazione della qualità attraverso specifici indicatori. A questo proposito, la tabella 1.6 riporta le caratteristiche desiderabili delle valutazioni a seconda della finalità ad essa attribuita.

In conclusione, la tabella 1.7 riporta i diversi passaggi da affrontare nella definizione di un modello di valutazione delle performance cliniche.

TABELLA 1.6 - CARATTERISTICHE DESIDERABILI DEGLI INDICATORI IN FUNZIONE DELLE FINALITÀ DELLA VALUTAZIONE (MODIFICATA DA RALEIGH E FOOT 2010.⁴⁹)

INDICATORI CON FINALITÀ DI VERIFICA/CONTROLLO	INDICATORI CON FINALITÀ DI STIMOLO AL MIGLIORAMENTO
Interpretabilità univoca e non ambigua	Diverse interpretazioni possibili sono accettabili
Univoca attribuzione	Possibilità di ambiguità nell'attribuzione sono accettabili
La qualità dei dati deve essere ottimale	Un'imperfetta qualità dei dati è tollerabile
Le procedure di risk-adjustment devono essere ottimali	Imperfette procedure di risk-adjustment sono tollerabili
Rilevazione principalmente trasversale (cross-sectional)	Rilevazioni longitudinali per l'individuazione di trend sono auspicabili

TABELLA 1.7 - PASSAGGI PER LA DEFINIZIONE DI UN MODELLO DI VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE CLINICHE (MODIFICATA DA RUBIN ET AL. 2001⁵⁰)

1. INDIVIDUARE CON CHIAREZZA I DESTINATARI DELLE INFORMAZIONI E LE FINALITÀ DELL'ESERCIZIO VALUTATIVO	I destinatari potranno essere: clinici, manager, decisori politici, pazienti, cittadini. Le finalità potranno comprendere: miglioramento della qualità a livello locale; accreditamento; rendicontazione interna alla singola organizzazione o esterna (nei confronti di amministratori e <i>decision makers</i> , piuttosto che nei confronti dei cittadini); orientamento delle scelte dei cittadini.
2. SCEGLIERE LE AREE CLINICHE CHE DEVONO ESSERE OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	Prioritizzare i contesti che possono essere relativamente più rilevanti, potenzialmente più problematici, in cui vi sia maggiore disponibilità di dati che consentano di descrivere la qualità delle prestazioni.
3. COINVOLGERE LE COMPETENZE NECESSARIE	Cliniche, clinico-organizzative, statistico-epidemiologiche.
4. INDIVIDUARE LE DIMENSIONI DELL'ASSISTENZA ED I PROCESSI ASSISTENZIALI DI INTERESSE	Concentrarsi sugli ambiti in cui: siano disponibili evidenze scientifiche (ad esempio, linee-guida) che consentano una chiara definizione dei comportamenti professionali attesi e dei loro risultati; sia attesa (o già documentata) una significativa variabilità dei comportamenti professionali; sia possibile avvalersi di informazioni complete ed attendibili.
5. DEFINIRE LE SPECIFICHE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE E DEGLI INDICATORI	Specificare l'unità di osservazione (ad esempio, pazienti assistiti dall'unità operativa, dal dipartimento, dall'ospedale); definire il criterio ed il relativo indicatore; definire numerosità e modalità di individuazione del campione su cui l'indicatore sarà rilevato ed eventuali criteri di esclusione; esplicitare modalità di risk adjustment adottate e le fonti informative di cui avvalersi.
6. ESEGUIRE UNA VALUTAZIONE PILOTA PRELIMINARE	Testare sul campo la fattibilità della rilevazione.

2 • MODELLI DI GOVERNANCE NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

LA RENDICONTAZIONE: DAL PRIVATO AL PUBBLICO

Come accennato nel capitolo precedente, la valutazione delle performance dei servizi sanitari, di cui quella delle attività cliniche rappresenta una componente di rilievo, è oggi elemento costitutivo delle politiche sanitarie in quanto l'esercizio valutativo rappresenta una dimensione importante dei modelli di *governance* adottati nelle organizzazioni e nei sistemi sanitari.

Questi ultimi sono, come è noto, sistemi complessi sotto molteplici punti di vista, ma anche e soprattutto per il fatto che al loro funzionamento concorre una varietà di soggetti, diversi per culture, ruoli, responsabilità, attitudini, ecc., tra i quali intercorrono relazioni definite appunto dagli assetti di *governance* adottati. Anche se rappresenta probabilmente una fin troppo facile semplificazione della realtà, non è comunque sbagliato, almeno in prima istanza, caratterizzare queste relazioni nel loro insieme come fortemente connotate dalla necessità di una qualche forma di rendicontazione. In altri termini, sia pure in forme e con modalità tra loro anche significativamente diverse, queste relazioni hanno in comune il fatto di mettere alcuni soggetti nella condizione/necessità di dover rendicontare ad altri il proprio operato. Vi è in sostanza un intreccio di relazioni principale-agente, in cui il secondo deve appunto rendicontare al primo spiegando, motivando e documentando le azioni intraprese (ed eventualmente anche i risultati conseguiti) sulla base di specifiche informazioni che sono rese di-

sponibili ad una valutazione. Relazioni di questo tipo possono essere riconosciute tra manager e medici nel contesto di un'organizzazione sanitaria, tra decisori politici e manager, tra cittadini e politici. Decisori politici ed amministratori, manager, professionisti, si trovano di fatto tutti nella condizione di dover "rendicontare" le proprie decisioni e il proprio operato, gli uni verso gli altri e, alcuni, direttamente nei confronti dei cittadini. Sempre è riconoscibile una relazione in cui qualcuno si trova (o si sente) nella condizione di dovere spiegare, giustificare, motivare la propria condotta nei confronti di qualcun altro.⁵¹ In questo senso, *l'accountability* è una componente intrinseca alle relazioni che si instaurano nelle organizzazioni sanitarie e tra queste ultime ed il contesto politico e sociale di comunità in cui operano.

Ovviamente, ciascuno degli esempi sopra riportati fa riferimento a relazioni di diversa natura, come diversa è la caratteristica del mandato che intercorre tra i soggetti, potendosi di volta in volta riconoscere un'*accountability* politica (quella che contraddistingue le relazioni tra il politico ed i cittadini che lo eleggono) ed un'*accountability* tecnica, a sua volta scindibile in varie articolazioni (manageriale, economico-finanziaria, professionale).⁵²

Nel contesto delle relazioni sopra delineate, la valutazione (con gli strumenti tecnici attraverso i quali si realizza – indicatori, standard, ecc.) rappresenta la base materiale della rendicontazione e costituisce la premessa a quelle azioni conseguenti, di ricompensa o sanzione, che danno sostanza all'*accountability*.

Da questo punto di vista non è sorprendente constatare come la rilevanza della valutazione e delle sue tecniche sia andata crescendo di pari passo con l'espandersi all'interno delle pubbliche amministrazioni (per certi aspetti in particolar modo in ambito sanitario) sia di procedure di rendicontazione interne alle singole organizzazioni, sia di forme di rendicontazione pubblica, aperte o almeno accessibili ai cittadini.⁵² Questa specifica dimensione dell'*accountability*, quella della rendicontazione pubblica, ha in particolare conosciuto negli ultimi decenni una progressiva espansione, acquisendo caratteristiche di peculiare pervasività sotto la spinta dei processi di complessiva trasformazione, sul piano ideologico oltre che organizzativo e gestionale, che hanno attraversato la pubblica amministrazione in generale,

almeno a partire dalla fine degli anni '80, sotto l'egida di quello che è stato definito come il *new public management*.⁵³

La principale caratterizzazione della filosofia del *new public management*, che ha cambiato sostanzialmente i paradigmi di riferimento della pubblica amministrazione ed i cui effetti nella sanità italiana si sono manifestati con il processo di aziendalizzazione delle organizzazioni sanitarie,⁵⁴ è comunemente individuata nell'idea generale di poter migliorare l'amministrazione della cosa pubblica attraverso l'adozione di strumenti gestionali derivati dal privato.

Oltre a comportare l'adozione di nuovi strumenti tecnici gestionali, il *new public management* ha segnato un momento di rottura di alcuni sostanziali paradigmi della tradizionale amministrazione pubblica, inducendo linee di cambiamento che hanno avuto effetti generali anche sulle forme dell'*accountability*.

A questo proposito, possiamo individuare almeno tre fondamentali dinamiche le cui ricadute hanno implicazioni rilevanti per le questioni trattate:

1. Il processo che ha portato da una pubblica amministrazione intesa come organismo burocratico amministrato secondo criteri uniformi ed omogenei definiti centralmente (secondo il principio *one size fits all*) ad un'enfasi specifica sul localismo come valore fondamentale per consentire alla pubblica amministrazione di essere flessibile e capace di adeguarsi ai bisogni e alle specificità dei diversi contesti.⁵⁵ Contestuale e complementare a questo processo è il riconoscimento della necessità di estendere gli spazi di autonomia manageriale alle diverse articolazioni della pubblica amministrazione. Finisce quindi il paradigma di una pubblica amministrazione regolata da modelli unici e da procedure definite una volta per tutte i cui esiti dovevano essere rigorosamente standardizzati. Si afferma invece l'idea che la pubblica amministrazione debba essere una macchina molto più articolata e sofisticata, in grado di erogare servizi diversi in funzione delle caratteristiche dei contesti.

2. Il passaggio dall'attenzione alle sole procedure ed ai processi a quella su obiettivi e risultati. Non è più tanto il rigore nel rispetto

delle procedure l'elemento che dà legittimità all'amministrazione, ma piuttosto la sua capacità di raggiungere specifici obiettivi e, conseguentemente, di dotarsi di indicatori capaci di documentare i risultati effettivamente raggiunti.⁴⁷ Il crescente ricorso ai "target" come strumento nel contempo di indirizzo e di verifica delle politiche sanitarie ne costituisce un esempio significativo.⁵⁶⁻⁵⁸ I target rappresentano in sostanza il ricorso ad indicatori (anche riferiti ad attività cliniche) utilizzati come strumento di verifica e controllo della capacità da parte delle singole organizzazioni sanitarie e di un sistema nel suo insieme di raggiungere gli obiettivi assegnati.⁵⁷⁻⁵⁸ Probabilmente l'Inghilterra rappresenta il contesto in cui il ricorso a questo tipo di strumenti è stato nel corso degli ultimi anni particolarmente intensivo e, soprattutto, dove più intenso è stato il dibattito circa i vantaggi ed i problemi di questi strumenti quando siano applicati all'interno di forme di *accountability* particolarmente cogenti dal punto di vista delle conseguenze – premianti o sanzionatorie – legate alla loro verifica.⁵⁹⁻⁶³

3. Il passaggio dalla programmazione alla competizione, quest'ultima vista come elemento virtuoso che stimola il miglioramento della qualità e, conseguentemente, la prevalente visione dei soggetti destinatari dei servizi come "consumatori", titolari in questa veste, più ancora che di diritti di cittadinanza esigibili, di una libertà di scelta che deve essere progressivamente ampliata ed assecondata, al fine di rendere la competizione effettiva ed il mercato più efficiente.⁶⁴ Va detto che l'idea che la competizione tra servizi sanitari porti ad un miglioramento della qualità delle prestazioni e dei loro risultati clinici è un altro dei tanti miti che sono stati sino ad oggi assai poco supportati da dati empirici. La forte connotazione ideologica del tema ne rende peraltro problematica la valutazione empirica, senza contare le grandi difficoltà di carattere metodologico che la natura stessa della questione pone ai ricercatori che la affrontano. Certamente vi è un generale consenso sul fatto che un assetto pro-competitivo in ambito sanitario abbia necessità di una regolazione particolarmente intensiva e che la qualità dei servizi, per la natura stessa dei problemi assistenziali che deve affrontare, abbia necessità di modelli che promuovano il coordinamento e l'integrazione tra servizi, piuttosto che la competizione tra loro.⁶⁵

Accanto a queste dinamiche generali che hanno attraversato la pubblica amministrazione vi sono altri fenomeni più specificatamente attinenti al mondo della sanità.

Uno di questi ha certamente a che vedere con la crisi delle tradizionali modalità di *accountability* interne alle organizzazioni sanitarie, in larga misura affidate tipicamente alla responsabilità ed all'etica dei singoli professionisti, oltre che alle capacità autoregolatorie delle professioni sanitarie, prima di tutto di quella medica. La generale "crisi di fiducia"⁶⁶ che pare aver investito i sistemi sanitari moderni trova una qualche significativa motivazione nel visibile incrinarsi dei presupposti, teorici e pratici, che portavano ad assumere che quegli elementi fossero in grado di garantire ai cittadini la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. In questo contesto ha avuto un effetto dirompente l'occorrenza di eventi drammatici di grande risonanza mediatica, che hanno portato l'attenzione su aspetti disfunzionali rapidamente riconosciuti come ascrivibili anche ad una non più tollerabile autoreferenzialità del mondo professionale nell'esercizio della propria responsabilità a presidio della qualità dell'assistenza e della verifica dei suoi risultati. Paradigmatico è stato il caso della cardiocirurgia pediatrica di Bristol,^{67 68} particolarmente significativo non solo per la risonanza avuta anche al di fuori dell'Inghilterra, ma soprattutto per il suo essere in qualche modo esemplare per il tipo di problematiche evocate e per le soluzioni adottate sul terreno della politica sanitaria.

Queste dinamiche, generali e specifiche, hanno portato a riconoscere la persistenza di ambiti relazionali caratterizzati da un "deficit di *accountability*" cui si è cercato di porre rimedio ridefinendo i modelli di *governance* interni ed esterni alle organizzazioni sanitarie.⁶⁹

È comunque importante sottolineare come le dinamiche sopra sintetizzate abbiano potuto svilupparsi non solo per l'occorrenza di specifici eventi critici di grande impatto mediatico come quelli citati, ma anche in ragione della presenza di un ormai sufficientemente robusto e consolidato quadro di evidenze empiriche attestanti l'estrema difficoltà incontrata dalla professione medica nel farsi carico direttamente dell'onere della valutazione e del miglioramento della qualità dell'assistenza. Questa difficoltà non è semplicemente ascrivibile al solo prevalere di quelle logiche autoreferenziali (piuttosto

frequenti nelle comunità professionali) che inducono, tra l'altro, una spiccata tendenza alla conservazione dello *status quo* e resistenze e ritrosie nei confronti di iniziative di valutazione dei comportamenti professionali e dei loro risultati. In aggiunta a questi elementi, pur presenti, vi sono motivazioni ulteriori che rimandano alla sostanziale impossibilità da parte della professione medica di affrontare, da sola, per così dire, il tema della valutazione della qualità dei servizi e del loro miglioramento.

Queste ragioni hanno a che vedere innanzitutto con la complessità dei comportamenti professionali e, conseguentemente, con la difficoltà del loro cambiamento.⁷⁰⁻⁷⁴ Da questo punto di vista, l'ormai assai estesa letteratura sull'efficacia di diverse strategie di modifica e miglioramento degli stili di pratica clinica attesta come questi ultimi siano il risultato di una molteplicità di fattori (culturali, attitudinali, economici, organizzativi e strutturali). Questo spiega, in larga misura, la sostanziale inefficacia di strategie di cambiamento semplicemente basate sulla mera messa a disposizione degli operatori di "informazioni" (siano esse le raccomandazioni di una linea-guida, piuttosto che la documentazione empirica dei processi assistenziali adottati e dei loro risultati, come avviene ad esempio nei tipici interventi di audit e feedback). In generale, sono relativamente limitate le situazioni in cui l'unico – o il principale – determinante di un comportamento professionale inappropriato è rappresentato dalla sola mancanza di adeguate conoscenze da parte degli operatori.

Se dunque i comportamenti professionali sono significativamente determinati anche dagli elementi che definiscono il contesto (strutturale, organizzativo, amministrativo, sociale e culturale) in cui avviene una specifica attività assistenziale, una delle implicazioni ovvie è che il tema del cambiamento chiama in causa anche il ruolo di altri soggetti (manager, *policy makers*), esterni alla professione medica, cui spetta il compito di concorrere alla definizione di un contesto che induca verso i cambiamenti auspicati negli stili di pratica clinica.

Inoltre, l'esercizio valutativo è spesso a sua volta complicato. Richiede, nei contesti assistenziali in cui deve essere praticato, la convergenza di sforzi organizzativi orientati alla raccolta ed all'analisi delle informazioni necessarie, oltre che alla loro messa a disposizio-

ne, in forme appropriate, dei professionisti. Anche da questo punto di vista la valutazione della qualità è oggi inevitabilmente un esercizio che non può basarsi semplicemente sulla buona volontà e sul volontarismo dei singoli operatori, ma deve necessariamente configurarsi come impegno di un'organizzazione e di un sistema nel suo insieme, che su questo terreno fa convergere l'insieme delle competenze e delle capacità tecniche di cui dispone.

LA VALUTAZIONE E LE POLICY

Guardando le questioni alla luce delle premesse sopra riportate, non è quindi sorprendente constatare come le politiche sanitarie si siano esercitate, in particolare nel corso degli ultimi anni, ad elaborare strategie orientate a “stimolare” non soltanto i singoli operatori ma le organizzazioni sanitarie nel loro insieme a prestare una sistematica attenzione al tema della qualità.

Complessivamente, nel perseguimento dei propri obiettivi queste politiche si caratterizzano per il loro ricorso alla valutazione delle performance cliniche accostandola ad uno o più dei seguenti elementi:

- forme diverse di incentivazione economica e il patrimonio reputazionale dei singoli operatori e delle organizzazioni;
- il comportamento dei cittadini a fronte di informazioni sulla qualità dei servizi;
- il coinvolgimento (*engagement*) dei professionisti nei processi decisionali delle organizzazioni sanitarie.

IL RICORSO AD INCENTIVI ECONOMICI

Che in ambito sanitario, come in ogni altro contesto della vita sociale, del resto, i comportamenti individuali e collettivi siano fortemente condizionati dalla presenza di incentivi economici non è certo sorprendente.⁷⁵ Ma è forse nel corso dell'ultimo decennio circa che abbiamo assistito, soprattutto nel mondo anglosassone, al proliferare

di iniziative di policy orientate a stabilire un diretto legame tra la qualità dei servizi erogati – documentata attraverso specifici indicatori di performance – e remunerazione di professionisti e/o delle organizzazioni sanitarie. Ricomprese nella generale definizione di *pay for performance* (P4P) rientrano una molteplicità di iniziative in cui si adottano schemi di incentivazione economica stabilendo un legame tra il compenso economico erogato e la qualità intrinseca del servizio reso, piuttosto che i volumi di attività svolta⁷⁶⁻⁸⁵ (tabella 2.1). Tra le tante, sono oggi le forme di remunerazione cosiddette *pay for quality* ad attirare maggiormente l'attenzione. Tra queste quella che forse ha più influenzato il dibattito internazionale sul tema ed è stata oggetto di maggiore intensità di valutazione dei suoi effetti è l'esperienza rappresentata dal contratto formalizzato nel 2004 per i *General Practitioners* (GP) britannici, in cui una quota significativa della remunerazione dei professionisti è stata legata a 146 indicatori di aspetti clinici ed organizzativi di qualità dell'assistenza.⁸⁶⁻⁹⁴

Queste iniziative si differenziano sostanzialmente da altre forme di incentivazione, impiegate peraltro anche nel nostro contesto nazionale (ad esempio, nei confronti dei medici di medicina generale),⁹⁵ in cui l'incentivazione economica prende la forma di un bonus, da aggiungersi alla quota di remunerazione fissa, destinato a compensare la partecipazione del professionista a specifiche iniziative/attività. Queste ultime modalità infatti, vanno a remunerare la “partecipazione” del

TABELLA 2.1 - PRINCIPALI FORME DI INCENTIVAZIONE ECONOMICA LEGATE AL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI (P4P) (MODIFICATA DA DUDLEY E ROSENTHAL 2006⁸⁴)

PAY FOR QUALITY	Si ricompensa la qualità dei servizi erogata, documentata da indicatori di struttura, processo, esito
PAY FOR PARTECIPATION	Si ricompensa la partecipazione del professionista (o di gruppi di professionisti) a specifici programmi/iniziative
PAY FOR REPORTING	Si ricompensa la rendicontazione da parte dei professionisti di informazioni sulla qualità dei servizi erogati, documentata da indicatori di struttura, processo o esito

professionista, la sua adesione (*compliance*) a particolari attività,⁹⁵⁻⁹⁷ non i risultati effettivamente ottenuti (*target*) rilevati sulla base di specifici indicatori, come è appunto il caso delle forme di *pay for quality*.

L'incentivazione economica ha senza dubbio un effetto sui comportamenti professionali (ed anche su quelli delle organizzazioni, laddove siano queste ultime ad esserne destinatarie). Anche le analisi condotte per valutare gli effetti del sopra citato contratto per i GP britannici hanno mostrato come i professionisti abbiano risposto agli stimoli introdotti dalla significativa incentivazione economica adottata. Tuttavia, questa ed altre esperienze hanno nel contempo anche evidenziato quali siano gli aspetti problematici del ricorso all'incentivazione, rappresentati in particolare dalla possibilità di indurre comportamenti opportunistici (ad esempio attraverso la selezione dei pazienti, evitando quelli in cui, a causa della complessità clinica, il perseguimento degli obiettivi risulterebbe più difficile), oppure eccessivamente orientati al raggiungimento degli obiettivi funzionali all'acquisizione dell'incentivo (anche a detrimento di altri aspetti rilevanti della qualità dei servizi⁸⁹) fino ad arrivare a forme di vera e propria manipolazione dei dati.

In generale, la relazione tra incentivazione economica e comportamento professionale sembra essere più complessa di quanto si potrebbe supporre, a partire dalla non scontata "linearità" di questa relazione, tale per cui non è necessariamente vero che al crescere dell'incentivo cresca parimenti l'effetto atteso sul comportamento professionale target. Esiste, in altri termini, un livello soglia oltre il quale l'incentivazione perde di efficacia, ad esempio avendo il professionista raggiunto il proprio desiderato livello di remunerazione economica. Inoltre, quella economica è solo una delle tante leve motivazionali che ispirano i comportamenti professionali (tabella 2.2). I professionisti hanno proprie motivazioni "intrinseche" al miglioramento, oltre che un proprio codice morale che induce a "fare la cosa giusta", in qualche misura a prescindere dalla retribuzione economica percepita. Da questo punto di vista, un ricorso troppo intensivo ed indiscriminato all'incentivazione economica produce l'effetto negativo di monetizzare comportamenti che hanno invece una loro radice motivazionale nell'etica di una professione, un effetto noto come *crowding out*, lo

TABELLA 2.2 - MOTIVAZIONI INTERNE ED ESTERNE PER I PROFESSIONISTI
(MODIFICATA DA DUDLEY E ROSENTHAL 2006⁸⁴)

MOTIVAZIONI ESTERNE	MOTIVAZIONI INTERNE
Guadagno economico	Realizzazione di attività (diagnostiche, terapeutiche, ecc.) complesse e sfidanti
Ridurre il carico di lavoro, migliorare le condizioni di lavoro	Apprendere nuove capacità
Evitare gli aspetti burocratici del lavoro	Legame tra l'impegno profuso ed i risultati conseguiti
Carriera	Conseguire autonomia e flessibilità
Status	Relazioni collegiali con i colleghi
Apprezzamento da parte dei pazienti	Contribuire alla comunità ed alla professione

spiazzamento delle motivazioni interne (quelle professionali) da parte di quelle esterne.

LA PUBBLICIZZAZIONE DEI RISULTATI

La messa a disposizione dei cittadini di informazioni sulla qualità delle prestazioni erogate è il carattere distintivo che accomuna di fatto le iniziative di policy che, in modo più o meno esplicito, ambiscono ad orientare i comportamenti professionali ed organizzativi utilizzando, in modo congiunto, sia l'ovvia esigenza (dei professionisti, così come delle loro organizzazioni) di preservare la propria reputazione, sia la possibilità che i destinatari di queste informazioni adottino, sulla base di quanto appreso, comportamenti tali da indurre una complessiva maggiore attenzione nei confronti della qualità dei servizi resi. Parte del rationale di queste iniziative è infatti che le informazioni, una volta rese pubbliche, consentano al singolo cittadino di scegliere dove meglio farsi curare, riducendo quindi l'asimmetria informativa che caratterizza i rapporti tra utenti e servizi sanitari. Co-

rollario non secondario a queste premesse, variamente enfatizzato a seconda dei contesti, è l'idea che la pubblicizzazione comparativa dei risultati induca le strutture a competere tra loro sul piano della qualità dell'assistenza, portando ad un miglioramento di quest'ultima.⁹⁸⁻¹⁰²

Occorre a questo proposito precisare che quello che caratterizza questo genere di iniziative è il loro essere condotte formalmente direttamente da istituzioni che hanno responsabilità di governo ed amministrazione su una giurisdizione sanitaria, o comunque sotto la loro egida. In questo senso, parlando di pubblicizzazione dei risultati di qualità ottenuti dai servizi sanitari non ci riferiamo in questa sede alle iniziative intraprese su questo fronte da organi di comunicazione (quotidiani, riviste, ecc.) attraverso inchieste sulla qualità dei servizi sanitari, talvolta con esplicito carattere comparativo finalizzato alla evidenziazione dei centri "migliori", peraltro spesso con modalità tecnico-scientifiche di analisi e valutazione quanto mai discutibili.¹⁰³ Ciò che rende le iniziative di pubblicizzazione di cui trattiamo peculiari e particolarmente significative è il loro carattere istituzionale, il loro essere una "politica", appunto.

Queste politiche, a partire dalla ormai classica esperienza sviluppata nello Stato di New York,¹⁰⁴ nel corso di questi ultimi anni si sono diffuse in vari Paesi, con la pubblicizzazione di classifiche o graduatorie degli ospedali (o dei singoli professionisti) definite in base a diverse tipologie di indicatori.¹⁰² Si tratta di esperienze sviluppate in contesti anche molto diversi dal punto di vista dei principi generali e dei modelli che stanno alla base delle forme di governo ed amministrazione della sanità adottate.¹⁰⁵

La diffusione di queste politiche è motivata anche dal fatto che al loro interno sono rintracciabili diversi possibili elementi valoriali, tali da renderle "attraenti" per orientamenti culturali e politici anche diversi ed apparentemente distanti tra loro. La pubblicizzazione dei risultati, infatti, trova ascolto in quel generale orientamento culturale che vede nel principio della "trasparenza" nelle relazioni tra istituzioni e cittadini un valore assoluto da privilegiare, in particolare come elemento di rafforzamento e consolidamento della *accountability* tra chi ha la responsabilità di assicurare servizi e chi ne usufruisce. Lo stesso principio, quello della trasparenza, è visto sotto altre prospet-

tive culturali e politiche come garanzia per il buon funzionamento di logiche di mercato applicate al contesto sanitario. In questo contesto, il fine è da una parte indurre i produttori a competere sulla base della loro capacità di rispondere alle esigenze dei consumatori,¹⁰⁶ dall'altra concorrere a ridurre i rischi potenziali per i consumatori derivati dall'uso di servizi o prodotti in condizioni di imperfetta o incompleta disponibilità informativa, attraverso provvedimenti che inducano, anche in forma mandatoria, i produttori (o erogatori di servizi) a mettere a disposizione informazioni che, si assume, ne indirizzeranno positivamente le scelte. Approcci di questo tipo hanno trovato applicazione, in particolare nel mondo anglosassone, in una varietà di ambiti (l'educazione, la sicurezza alimentare, l'inquinamento ambientale, i mercati finanziari).^{107 108}

Se aggiungiamo a questi ingredienti il fatto che queste politiche fanno ovviamente leva sulla motivazione reputazionale dei soggetti erogatori, risulta evidente come sul tema della pubblicizzazione finiscano per convergere orientamenti e finalità diverse, da una parte facilitando la popolarità di queste iniziative, dall'altra, però, rendendole intrinsecamente ambigue. Una recente analisi,¹⁰⁵ condotta su programmi di pubblicizzazione operanti in diversi Paesi europei, ha infatti evidenziato la scarsa chiarezza degli obiettivi e delle finalità di queste iniziative.

Accountability, choice, competizione, reputazione, sono quindi, non necessariamente in questo ordine, le diverse parole chiave di queste politiche e ne determinano gli interlocutori: i cittadini (*accountability*) nella loro veste di contribuenti al sostegno dei servizi pubblici e comunque come titolari di diritti democratici; i consumatori (*choice*) da indirizzare opportunamente in un contesto di mercato; gli erogatori, siano essi organizzazioni o professionisti, da incentivare (con la competizione) nella loro capacità di rispondere alle esigenze dei consumatori e da indurre (reputazione) a tutelare il proprio "buon nome" prendendosi cura della qualità delle loro prestazioni.

Non sorprendentemente, la densità di evocative parole chiave racchiusa in queste politiche è pari ai loro aspetti problematici, aspetti che vanno ben al di là di quelli, pure importanti, di carattere essen-

zialmente tecnico-statistico, implicati dalla formulazione di “classifiche”^{29 99 109-111}.

Ad oggi nessuna delle assunzioni che costituiscono la base razionale per l’avvio di politiche di pubblicizzazione dei risultati dei servizi è stata effettivamente dimostrata. Di fatto, non vi sono robuste evidenze che documentino che i cittadini abbiano potuto scegliere meglio, cioè in modo più razionale, avendo ricevuto questo tipo di informazioni.¹¹²⁻¹¹⁴ Certamente, la letteratura che ha studiato l’effetto di queste iniziative documenta come, in conseguenza della loro adozione, i singoli ospedali abbiano sviluppato al loro interno una maggiore attenzione alla qualità dell’assistenza, o meglio, a quegli aspetti di qualità dell’assistenza che erano specificatamente oggetto della valutazione pubblica.¹¹²⁻¹¹⁶ Da questo punto di vista, l’effetto “reputazione” sarebbe più incisivo di quello della *choice* e della competizione.

Tuttavia, è lecito chiedersi se questo metodo – la pubblicizzazione comparativa dei risultati dei singoli centri – sia l’unico modo per ottenere che nell’ambito dei servizi sanitari si sviluppi la desiderabile attenzione alla qualità. Porsi questa domanda è particolarmente importante, alla luce anche del fatto che – e su questo la letteratura scientifica è piuttosto robusta – la pubblicizzazione dei risultati non è priva di rischi, inducendo effetti negativi rappresentati principalmente dall’adozione, da parte dei professionisti e dei servizi oggetto della valutazione, di comportamenti opportunistici finalizzati a “ben figurare” nelle statistiche rese di pubblico dominio.^{100 117-119} Questi comportamenti opportunistici sono rappresentati essenzialmente da meccanismi di selezione della casistica, ad esempio evitando di operare i pazienti più gravi, quelli che più facilmente potrebbero avere un evento negativo.

Un altro aspetto che non può essere dimenticato è rappresentato dall’effetto che la pubblicizzazione dei risultati può avere sui team clinici. Da questo punto di vista, non mancano le evidenze empiriche che attestano come la diffusione dei risultati attraverso i mezzi di comunicazione di massa rischi di avere sui professionisti un effetto demotivante, effetto ascrivibile al vedersi pubblicamente “etichettati” in senso negativo.¹²⁰

IL COINVOLGIMENTO DEI PROFESSIONISTI NEI PROCESSI DECISIONALI

Diversamente da quanto accade nel contesto delle politiche di incentivazione economica, qui l'obiettivo è quello di sollecitare le motivazioni interne dei professionisti, valorizzandone il ruolo sotto il profilo di detentori di competenze e capacità essenziali per la vita e lo sviluppo di un'organizzazione sanitaria che diventa, in questo senso, non soltanto il luogo fisico dove il clinico opera, ma un elemento costitutivo dell'identità professionale di quest'ultimo. La ricerca di forme appropriate per favorire il coinvolgimento e la partecipazione dei professionisti ai processi decisionali che riguardano la loro organizzazione è l'elemento cruciale su cui si fondano queste politiche, dentro le quali rientrano evidentemente anche quelle definite di "governo clinico",¹²¹ almeno nella misura in cui questa definizione viene opportunamente utilizzata per indicare l'adozione di assetti di *governance* orientati a valorizzare e stimolare la partecipazione professionale allo sviluppo delle organizzazioni sanitarie.

In generale, l'importanza dell'assicurare il coinvolgimento delle diverse competenze che concorrono alle attività complessive di una organizzazione è stata osservata e rilevata in molti contesti, sanitari e no,^{122 123} in alcuni casi evidenziando una positiva relazione tra livelli di coinvolgimento dei professionisti e qualità delle performance cliniche osservate.^{123 124} In ambito sanitario acquisisce una rilevanza ulteriore, in ragione delle caratteristiche di elevata sofisticazione e complessità professionale delle attività che vengono svolte, ed anche per la sistematica "instabilità" dei contesti clinici, sottoposti continuamente alla necessità di cambiamenti clinici ed organizzativi generati dallo sviluppo di nuove tecnologie, dall'evolvere delle conoscenze scientifiche, dai mutamenti nei bisogni assistenziali delle popolazioni di riferimento. Il governo di questi processi di cambiamento richiede livelli di protagonismo e responsabilizzazione da parte dei clinici particolarmente elevati. Inoltre, il coinvolgimento dei professionisti nelle organizzazioni sanitarie ha anche il senso di affrontare il tema del conflittuale e problematico rapporto tra medici e manager.¹²⁵⁻¹²⁸

In questo contesto, la valutazione delle performance cliniche e gli indicatori di cui si avvale acquisiscono il significato di strumenti che devono mettere le competenze cliniche nelle condizioni di esercitare pienamente il ruolo e le responsabilità loro attribuite, in particolare sul terreno del mantenimento e dello sviluppo della qualità dell'assistenza, in una logica in cui le informazioni veicolate dagli indicatori sono elementi che concorrono a sostenere un processo – professionale ed organizzativo – di apprendimento costante (anche dai propri errori), piuttosto che di controllo.

CONCLUSIONI

L'espansione e la pervasività della valutazione delle attività cliniche, nel contesto della ricerca di modelli di *governance* in grado di essere maggiormente incisivi nella loro capacità di orientare i comportamenti dei professionisti e delle organizzazioni, sono dinamiche non prive di effetti collaterali, i cui esiti positivi non possono essere dati per scontati.

Certamente uno degli effetti collaterali più evidenti è il rischio di porre un'eccessiva fiducia negli strumenti tecnici che danno sostanza ai processi sin qui descritti, segnatamente gli indicatori di performance, come mezzo per rendere sempre più trasparenti (e quindi scrutinabili e controllabili) le azioni intraprese dai servizi ed i risultati eventualmente ottenuti.

Sulle possibili distorsioni indotte da un utilizzo troppo estensivo ed intensivo degli indicatori di performance esiste ormai un'ampia letteratura.^{46 129-132} Gli indicatori offrono spesso solo una pallida descrizione dei processi e degli esiti assistenziali, anche a causa dell'incompletezza ed inadeguatezza delle fonti informative da cui sono derivati, finendo inevitabilmente con il documentare solo ciò che è tecnicamente misurabile, piuttosto che ciò che è davvero rilevante. Il loro impiego come strumenti esterni di valutazione per verificare l'effettivo raggiungimento di specifici obiettivi può dare esiti controversi,⁵⁹⁻⁶¹ orientando i comportamenti dei soggetti valutati in modo non necessariamente positivo, finendo per indirizzare le azioni unicamente sugli aspetti di attività rilevate dagli indicatori, scotomizzando

sistematicamente gli altri, non per questo necessariamente meno importanti e rilevanti. Una eccessiva tensione al rispetto degli indicatori finisce quindi per introdurre ed amplificare entro il sistema comportamenti opportunistici, anche ricorrendo a forme di *gaming*, finalizzati al rispetto degli standard predefiniti, anche a detrimento dell'effettiva qualità delle prestazioni erogate.¹³⁰

Queste considerazioni hanno una qualche ulteriore rilevanza per le organizzazioni sanitarie. Infatti, le aziende sanitarie sono organizzazioni complesse, impegnate in diverse tipologie attività, non tutte riconducibili alla sola erogazione di servizi, di prodotti tangibili, visibili e misurabili. Le aziende sanitarie si configurano di fatto anche come luoghi di produzione ed utilizzo di conoscenze, ad esempio operando nell'ambito della ricerca e della formazione professionale (funzioni che peraltro, nel caso del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna, sono formalmente incluse tra i compiti istituzionali delle aziende sanitarie).¹³³ Queste specifiche funzioni, ad esempio, hanno a che vedere con dimensioni spesso difficilmente riconducibili unicamente ad indicatori quantitativi.

Realtà complesse quali quelle rappresentate dalle organizzazioni sanitarie faticano quindi ad essere descritte in modo semplificato, con il solo ricorso ad indicatori quantitativi. Questo espone inevitabilmente da una parte al rischio del riduzionismo, dall'altra al rischio di una ridondanza informativa. Infatti non può essere dato per scontato che un aumento delle informazioni si traduca necessariamente in maggiori conoscenze.¹³⁴ Al contrario, l'effetto possibile di un eccesso di informazioni potrebbe essere semplicemente quello di aumentare la confusione, piuttosto che la chiarezza, come è bene illustrato da alcuni esempi derivati dalla realtà inglese, quella che, forse più di altre, ha fatto un ricorso particolarmente intensivo a strumenti di verifica e monitoraggio quantitativo delle performance dei propri servizi sanitari. Lo stesso ospedale, sottoposto a sistemi di valutazione diversi, pur attinenti alle stesse dimensioni della qualità dei servizi, finisce per vedersi attribuito un giudizio diverso (positivo o negativo) semplicemente a seconda dei parametri utilizzati.¹³⁵

Inoltre, inevitabilmente, questi ultimi finiscono con il diventare strumenti particolarmente sofisticati ed articolati, che implicano una

capacità interpretativa che a sua volta presuppone specifiche competenze tecniche. In questo modo gli indicatori di performance finiscono con l'essere strumenti escludenti,¹³⁴ piuttosto che inclusivi. Questo è di particolare rilievo nel caso delle organizzazioni sanitarie che hanno, tra le loro molte specificità, anche quella di avere una molteplicità di interlocutori nei confronti dei quali essere *accountable*, ed alcuni tra questi (pensiamo al caso delle comunità di riferimento e delle loro rappresentanze istituzionali) certamente non ascrivibili al novero di coloro che possono essere assunti necessariamente come titolari di quell'insieme di competenze tecniche necessario all'interpretazione corretta di indicatori di performance.

Queste ragioni quanto meno concorrono a spiegare perché le esperienze internazionali documentino come la grande quantità di informazioni che vengono rese disponibili sull'operato dei servizi fatichi a trovare il riscontro di un qualche tangibile effetto: semplicemente spesso i destinatari di queste informazioni finiscono per non tenerne conto.¹³⁶ Questo effetto, o meglio questa assenza di effetto, si osserva particolarmente bene nel caso delle esperienze di pubblicizzazione ai cittadini di informazioni relative alla qualità dei servizi erogati dai singoli ospedali.^{112 114 137 138}

Infine, si tratta di considerare criticamente se la generale aspirazione ad una sempre maggiore trasparenza non vada in pratica a confliggere con l'esigenza di mantenere la fiducia come collante fondamentale delle relazioni che si costruiscono entro le organizzazioni sanitarie e tra queste ultime ed il loro contesto di riferimento.¹³⁹

L'enfasi sugli indicatori di performance come base per la rendicontazione interna e pubblica delle organizzazioni sanitarie tende a sostituire alla fiducia (*trust*), la *confidence*^{139 140} (concetto quest'ultimo di più difficile traduzione in italiano, il cui significato si avvicina a termini quali "sicurezza o "affidabilità"). Se la prima è un attributo proprio delle relazioni tra individui e assume incertezza e vulnerabilità rispetto al rischio di vedere deluse le nostre attese sul comportamento altrui, la seconda è attributo delle relazioni tra individui e sistemi complessi che, mediante regole, norme, competenze, professionalità, ci inducono ad assumere con relativa sicurezza che il loro funzionamento sarà coerente con le nostre aspettative ed ot-

terrà gli obiettivi desiderati. La *confidence* presuppone la necessità di documentare, quantificare, misurare, con lo scopo di ridurre, o al limite addirittura eliminare, il rischio dell'incertezza sugli esiti di una relazione con i cittadini. Il punto è quanto sia realisticamente possibile ottenere questa "sicurezza" in contesti che trovano nell'incertezza (sui risultati raggiungibili, sui comportamenti professionali inevitabilmente discrezionali) una parte fondamentale della propria specifica natura e che, quindi, hanno la necessità di non poter fare a meno della dimensione fiduciaria delle relazioni.

In conclusione, la valutazione delle performance cliniche rappresenta ormai un elemento imprescindibile delle modalità di governo dei sistemi sanitari, acquisendo connotazioni diverse a seconda dei contesti di policy in cui viene calata e delle specifiche finalità che si intendono perseguire.

La pervasività degli esercizi valutativi applicati ai processi assistenziali ed ai loro esiti corrisponde in larga misura alle molteplici esigenze dei servizi sanitari che la valutazione si trova a dover sostenere, esigenze che infatti attengono:

- al dover costantemente verificare la qualità delle prestazioni erogate e la loro capacità di raggiungere gli obiettivi di salute auspicati;
- al dover rendicontare il proprio operato ai diversi livelli di responsabilità e governo dei sistemi sanitari;
- al rafforzare relazioni fiduciarie nei confronti dei cittadini, rendendo le proprie azioni e le loro conseguenze maggiormente trasparenti e scrutinabili.

BIBLIOGRAFIA

1. Donabedian A. The end results of health care. Ernest Codman's contribution to quality assessment and beyond. *Milbank Q* 1989; 67: 233-56. [Link alla risorsa]
2. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Durie A, Thapar A, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 125-30. [Link alla risorsa]
3. Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technol Assess* 2002; 6: 1-78. [Link alla risorsa]
4. Hutchinson A, McIntosh A, Cox S, Gilbert C. Towards efficient guidelines: how to monitor guideline use in primary care. *Health Technol Assess* 2003; 7: iii, 1-97. [Link alla risorsa]
5. Baker R, Fraser RC. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality. *BMJ* 1995; 311: 370-3. [Link alla risorsa]
6. Hearnshaw H, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for the improvement of healthcare quality. *Qual Health Care* 2001; 10: 173-8. [Link alla risorsa]
7. Hearnshaw HM, Harker RM, Cheater FM, Baker RH, Grimshaw GM. Are audits wasting resources by measuring the wrong things? A survey of methods used to select audit review criteria. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 24-8. [Link alla risorsa]
8. Jeacocke D, Sprogis A, Lowe J, Heller R. Adopting guideline review criteria as part of a regional project to improve heart failure management

- in general practice. *British Journal of Clinical Governance* 2002; 7: 104-11. [Link alla risorsa]
9. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 2. The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982.
 10. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15: 523-30. [Link alla risorsa]
 11. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 469-74. [Link alla risorsa]
 12. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. Methodology matters. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 489-96. [Link alla risorsa]
 13. Arcà M, Fusco D, Barone AP, Perucci CA. Introduzione ai metodi di risk adjustment nella valutazione comparativa degli esiti. *Epidemiol Prev* 2006; 30 (4-5 Suppl): 5-47. [Link alla risorsa]
 14. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG III, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care. A clinical method. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-8. [Link alla risorsa]
 15. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003; 327: 1129-33. [Link alla risorsa]
 16. Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health Aff* 2008; 27: 58-71. [Link alla risorsa]
 17. Desai M, Nolte E, Karanikolos M, Khoshaba B, McKee M. Measuring NHS performance 1990-2009 using amenable mortality: interpret with care. *J R Soc Med* 2011; 104: 370-9. [Link alla risorsa]
 18. Grimshaw J, Russell I. Achieving health gain through clinical guidelines. I: Developing scientifically valid guidelines. *Qual Health Care* 1993; 2: 243-8. [Link alla risorsa]
 19. Agency for Health Care Policy and Research. Using clinical practice guidelines to evaluate quality of care. Vol 1: Issues 95-0045. Rockville, MD: US Department of Health & Human Services, Public Health Services, 1995.
 20. The AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23. [Link alla risorsa]
 21. Berti E, Grilli R. Practice guidelines and clinical governance: do the means match with the end? A quality appraisal of local practice guide-

- lines. *Clinical Governance: an International Journal* 2003; 8: 312-7. [Link alla risorsa]
22. Murphy MK, Black NA, Lamping DL et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess* 1998; 2: i-iv, 1-88. [Link alla risorsa]
 23. Normand ST, McNeil BJ, Peterson LE, Palmer RH. Eliciting expert opinion using the Delphi technique: identifying performance indicators for cardiovascular disease. *Int J Qual Health Care* 1998; 10: 247-60. [Link alla risorsa]
 24. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311: 376-80. [Link alla risorsa]
 25. Brook R, Chassin M, Park R. A method for detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care* 1986; 2: 53-63. [Link alla risorsa]
 26. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND, 2001.
 27. Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica. Come produrre ed implementare linee-guida. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
 28. Powell AE, Davies HT, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 122-8. [Link alla risorsa]
 29. Greenfield S, Kaplan SH, Kahan R, Ninomiya J, Griffith JL. Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case-mix (bias) and physician-level clustering on quality assessment results. *Ann Intern Med* 2002; 136: 111-21. [Link alla risorsa]
 30. Nobilio L, Ugolini C. Gravità e complessità assistenziale della casistica trattata mediante indici di rischio: un'applicazione empirica. *MECOSAN* 2001; 39: 63-77. [Link alla risorsa]
 31. Elixhauser A, Steiner C, Harris DR, Coffey RM. Comorbidity measures for use with administrative data. *Med Care* 1998; 36: 8-27. [Link alla risorsa]
 32. Iezzoni LI, Ash AS, Shwartz M, Landon BE, Mackiernan YD. Predicting in-hospital deaths from coronary artery bypass graft surgery. Do different severity measures give different predictions? *Med Care* 1998; 36: 28-39. [Link alla risorsa]
 33. Iezzoni LI. The risks of risk adjustment. *JAMA* 1997; 278: 1600-7. [Link alla risorsa]

34. Davenport RJ, Dennis MS, Warlow CP. Effect of correcting outcome data for case mix: an example from stroke medicine. *BMJ* 1996; 312: 1503-5. [Link alla risorsa]
35. Jacobs R, Smith P, Goddard M. Measuring performance: an examination of composite performance indicators. CHE Technical Paper Series 29. York, UK: Centre for Health Economics, University of York, 2004. [Link alla risorsa]
36. Goddard M, Jacobs R. Using composite indicators to measure performance in health care. In: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, eds. Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2009; 339-68.
37. Browne J, Jamieson L, Lewsey J et al. Patient reported outcome measures (PROMs) in elective surgery. Report to the Department of Health. London: Health Services Research Unit, London School of Hygiene & Tropical Medicine & Clinical Effectiveness Unit, Royal College of Surgeons of England, 2007. [Link alla risorsa]
38. Romano PS, Chan BK, Schembri ME, Rainwater JA. Can administrative data be used to compare postoperative complications rates across hospitals? *Med Care* 2002; 40: 856-67. [Link alla risorsa]
39. Black N, Barker M, Payne M. Cross sectional survey of multicentre clinical databases in the United Kingdom. *BMJ* 2004; 328: 1478. [Link alla risorsa]
40. Black N. Developing high quality clinical databases. *BMJ* 1997; 315: 381-2. [Link alla risorsa]
41. Proctor SJ, Taylor PR. A practical guide to continuous population-based data collection (PACE): a process facilitating uniformity of care and research into practice. *QJM* 2000; 93: 67-73. [Link alla risorsa]
42. Black N, Payne M. Directory of clinical databases: improving and promoting their use. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 348-52. [Link alla risorsa]
43. Deeks JJ, Dinnes J, D'Amico R et al; International Stroke Trial Collaborative Group; European Carotid Surgery Trial Collaborative Group. Evaluating non-randomised intervention studies. *Health Technol Assess* 2003; 7 (27): iii-x, 1-173. [Link alla risorsa]
44. James S, Daubert JC, van de Werf F. Commentary: use of registries to investigate the past and develop the future. *BMJ* 2011; 342: d2826. [Link alla risorsa]

45. Grilli R, Taroni F. Managing the introduction of expensive medical procedures: use of a registry. *J Health Serv Res Policy* 2006; 11: 89-93. [Link alla risorsa]
46. Freeman T. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Serv Manage Res* 2002; 15: 126-37. [Link alla risorsa]
47. Boland T, Fowler A. A systems perspective of performance management in public sector organisations. *The International Journal of Public Sector Management* 2000; 13 (5): 417-46. [Link alla risorsa]
48. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospital: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care* 2005; 17 (6): 487-96. [Link alla risorsa]
49. Raleigh VS, Foot C. Getting the measure of quality. Opportunities and challenges. London, UK: The King's Fund, 2010. [Link alla risorsa]
50. Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 489-96. [Link alla risorsa]
51. Day P, Klein R. Accountabilities: five public services. London: Tavistock, 1987.
52. Bovens M. Public accountability. In: Ferlie E, Lynn LE Jr, Pollit C, eds. *The Oxford handbook of public management*. Oxford: Oxford University Press, 2005; 182-208.
53. Dunleavy P, Hood C. From old public administration to new public management. *Public Money & Management* 1994; 14 (2): 9-16. [Link alla risorsa]
54. Taroni F. Governi clinici tra speranze e delusioni. In: Grilli R, Taroni F, eds. *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004; 299-343.
55. Humphreys PC, O'Donnell O. Public service decentralisation. Governance opportunities and challenges. Dublin, Ireland: Institute of Public Administration, 2006. [Link alla risorsa]
56. Social Market Foundation. *To the point: a blueprint for good targets*. London: The Social Market Foundation, 2005. [Link alla risorsa]
57. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part I: lessons learned. *Health Policy* 2000; 53: 1-11. [Link alla risorsa]
58. van Herten LM, Gunning-Schepers LJ. Targets as a tool in health policy. Part II: guidelines for application. *Health Policy* 2000; 53: 13-23. [Link alla risorsa]

59. Bevan G. Have targets done more harm than good in the English NHS? No. *BMJ* 2009; 338: a3129. [Link alla risorsa]
60. Bevan G, Hood C. Have targets improved performance in the English NHS? *BMJ* 2006; 332: 419-22. [Link alla risorsa]
61. Gubb J. Have targets done more harm than good in the English NHS? Yes. *BMJ* 2009; 338: a3130. [Link alla risorsa]
62. Mays N. Use of targets to improve health system performance: English NHS experience and implications for New Zealand. New Zealand Treasury Working Paper 06/06, 2006. [Link alla risorsa]
63. Propper C, Sutton M, Whitnall C, Windmeijer F. Did “targets and terror” reduce waiting times in England for hospital care? Working Paper 07-179. Bristol, UK: Centre for Market and Public Organisation, Bristol Institute of Public Affairs, University of Bristol, 2007. [Link alla risorsa]
64. Le Grand J. The other invisible hand. Delivering public services through choice and competition. Princeton: Princeton University Press, 2007.
65. Nobilio L, Fortuna D, Vizioli M et al. Impact of regionalisation of cardiac surgery in Emilia-Romagna, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58: 97-102. [Link alla risorsa]
66. Shore DA. The trust crisis in health care. Causes, consequences, and cures. New York, NY: Oxford University Press, 2007.
67. Treasure T. Lessons from the Bristol case. *BMJ* 1998; 316: 1685-6. [Link alla risorsa]
68. Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Qual Health Care* 2002; 10: 250-6. [Link alla risorsa]
69. Grey A, Harrison S, eds. *Governing medicine. Theory and practice*. Maidenhead, UK: Open University Press, 2004.
70. Grilli R, Ballini L. L’implementazione delle linee-guida: valore e limiti della ricerca sull’efficacia delle diverse strategie per orientare i comportamenti professionali. In: Liberati A, ed. *La medicina delle prove di efficacia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004. [Link alla risorsa]
71. Grimshaw J, McAuley L, Bero LA et al. Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. In: Grol R, Baker R, Moss F, eds. *Quality improvement research. Understanding the science of change in health care*. London, UK: BMJ Publishing Group, 2004; 79-96.
72. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8 (6): iii-iv, 1-72. [Link alla risorsa]

73. Flottorp S, Oxman AD. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res* 2003; 3: 3. [Link alla risorsa]
74. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-30. [Link alla risorsa]
75. Eisenberg JM. Doctors' decisions and the cost of medical care. Ann Arbor: Health Administration Press, 1986.
76. Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda. Part 1. How medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. *Health Aff* 2007; 26: 1564-74. [Link alla risorsa]
77. Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS, Bronner KK. Extending the P4P agenda. Part 2. How medicare can reduce waste and improve the care of the chronically ill. *Health Aff* 2007; 26 (6): 1575-85. [Link alla risorsa]
78. Sussex J. Paying for better outcomes: the English way. *J Health Serv Res Policy* 2009; 14: 131-2. [Link alla risorsa]
79. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. *Health Aff* 2004; 23: 127-41. [Link alla risorsa]
80. Oliver A, Brown LD. Incentivizing professionals and patients: a consideration in the context of the United Kingdom and the United States. *J Health Polit, Policy and Law* 2011; 36: 59-87. [Link alla risorsa]
81. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008; 336: 306-8. [Link alla risorsa]
82. Gosfield AG, Reinertsen JL, Verdery RB et al. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med* 2004; 350: 1910-2. [Link alla risorsa]
83. Epstein AM. Paying for performance in the United States and abroad. *N Engl J Med* 2006; 355: 406-8. [Link alla risorsa]
84. Dudley RA, Rosenthal MB. Pay for performance: a decision guide for purchasers. AHRQ Publication No 06-0047. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Quality, 2006. [Link alla risorsa]
85. Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the "black box": financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Med Care Res Rev* 2004; 61 (3 Suppl): 37S-68S. [Link alla risorsa]
86. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007; 357: 181-90. [Link alla risorsa]

87. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009; 361: 368-78. [Link alla risorsa]
88. Cole A. UK GP activity exceeds expectations. *BMJ* 2005; 331: 536. [Link alla risorsa]
89. Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2011; 342: d3590. [Link alla risorsa]
90. Doran T, Fullwood C, Reeves D, Gravelle H, Roland M. Exclusion of patients from pay-for-performance targets by English physicians. *N Engl J Med* 2008; 359: 274-84. [Link alla risorsa]
91. Doran T, Fullwood C, Gravelle H et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355: 375-84. [Link alla risorsa]
92. Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res and Policy* 2006; 11 (1): 27-31. [Link alla risorsa]
93. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: ethnographic study. *BMJ* 2007; 334: 1357. [Link alla risorsa]
94. Timmins N. Do GPs deserve their recent pay rise? *BMJ* 2005; 331: 800. [Link alla risorsa]
95. Lippi Bruni M, Nobile L, Ugolini C. Economic incentives in general practice: the impact of pay-for-participation and pay-for-compliance programs on diabetes care. *Health Policy* 2009; 90: 140-8. [Link alla risorsa]
96. Birkmeyer NJ, Birkmeyer JD. Strategies for improving surgical quality: should payers reward excellence or effort? *N Engl J Med* 2006; 354: 864-70. [Link alla risorsa]
97. Davies C, Anand P, Artigas L et al. Links between governance, incentives and outcomes: a review of the literature. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO). London: NCCSDO, 2005. [Link alla risorsa]
98. Berwick DM. Public performance reports and the will for change. *JAMA* 2002; 288: 1523-4. [Link alla risorsa]

99. British Medical Association, Board of Science and Education. Clinical indicators (League tables); a document discussion. London, UK: British Medical Association, 2000.
100. Chassin MR, Hannan EL, DeBuono BA. Benefits and hazards of reporting medical outcomes publicly. *N Engl J Med* 1996; 334: 394-8. [Link alla risorsa]
101. Coulter A, Dunn N. After Bristol: putting patients at the centre. Commentary: patient centred care: timely, but is it practical? *BMJ* 2002; 324: 648-51. [Link alla risorsa]
102. Grilli R. Le classifiche degli ospedali e la loro pubblicizzazione. In: Fiorentini G, ed. *I servizi sanitari in Italia*. Bologna: Il Mulino, 2002; 163-82.
103. Di Tanna GL, Cisbani L, Grilli R. Segnalare ai cittadini la qualità degli ospedali: il rischio della cattiva informazione. *Epidemiol Prev* 2006; 30: 199-204. [Link alla risorsa]
104. Zimman D. State takes docs' list to heart: releases mortality rate for NY's cardiac surgeons. *New York Newsday*, A7. 18-12-1991.
105. Cacace M, Ettelt S, Brereton L, Pedersen J, Nolte E. How health systems make available information on service providers. Experience in seven countries. *RAND Health Quarterly* 2011; 1: 11. [Link alla risorsa]
106. Le Grand J. The politics of choice and competition in public services. *The Political Quarterly* 2007; 78 (2): 207-13. [Link alla risorsa]
107. Fung A, Graham M, Weil D. The political economy of transparency: what makes disclosure policies sustainable? Ash Institute for Democratic Governance and Innovation. John F. Kennedy School of Government, Harvard University. Working paper OPS 02-03, 2003.
108. Weil D. The benefits and costs of transparency: a model of disclosure based regulation. Working paper part of the Transparency Policy Project, based at the Taubman Center for State and Local Government, John F. Kennedy School of Government, Harvard University. Working paper, 2002. [Link alla risorsa]
109. Goldstein H, Spiegelhalter DJ. League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *J R Statist Soc A* 1996; 159: 385-443. [Link alla risorsa]
110. Shahian DM, Normand SL, Torchiana DF et al. Cardiac surgery report cards: comprehensive review and statistical critique. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 2155-68. [Link alla risorsa]

111. Adab P, Rouse AM, Mohammed MA, Marshall T. Performance league tables: the NHS deserves better. *BMJ* 2002; 324: 95-8. [Link alla risorsa]
112. Marshall M, Shekelle P, Brook R, Leatherman S. Dying to know. Public release of information about quality of health care. London, UK: Nuffield Trust and RAND, 2000. [Link alla risorsa]
113. Marshall M, Davies H. Public release of information on quality of care: how are health services and the public expected to respond? *J Health Serv Res Policy* 2001; 6: 158-62. [Link alla risorsa]
114. Marshall MN, Shekelle PG, Leatherman S, Brook RH. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283: 1866-74. [Link alla risorsa]
115. Davies HT. Public release of performance data and quality improvement: internal responses to external data by US health care providers. *Qual Health Care* 2001; 10: 104-10. [Link alla risorsa]
116. Dranove D, Kessler D, McClellan M, Satterthwaite M. Is more information better? The effects of 'report cards' on health care providers. *J Political Economy* 2003; 11: 555-87.
117. Burack JH, Impellizzeri P, Homel P, Cunningham JN Jr. Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 1195-200. [Link alla risorsa]
118. Omoigui NA, Miller DP, Brown KJ et al. Outmigration for coronary bypass surgery in an era of public dissemination of clinical outcomes. *Circulation* 1996; 93: 27-33. [Link alla risorsa]
119. Schneider EC, Epstein AM. Influence of cardiac-surgery performance reports on referral practices and access to care, a survey of cardiovascular specialists. *N Engl J Med* 1996; 335: 251-6. [Link alla risorsa]
120. Shahian DM, Normand SL, Torchiana DF et al. Cardiac surgery report cards: comprehensive review and statistical critique. *Ann Thorac Surg* 2001; 72: 2155-68. [Link alla risorsa]
121. Grilli R, Taroni F. *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004. [Link alla risorsa]
122. The Health Foundation. *Are clinicians engaged in quality improvement? A review of the literature on healthcare professionals' views on quality improvement initiatives*. London: Health Foundation, 2011. [Link alla risorsa]
123. MacLeod D, Clarke N. *Engaging for success: enhancing performance through employee engagement*. Report to Government. London,

- UK: Department for Business, Innovation and Skills, 2009. [Link alla risorsa]
124. Spurgeon P, Mazelan PM, Barwell F. Medical engagement: a crucial underpinning to organizational performance. *Health Serv Manage Res* 2011; 24: 114-20. [Link alla risorsa]
 125. Davies HT, Harrison S. Trends in doctor-manager relationships. *BMJ* 2003; 326: 646-9. [Link alla risorsa]
 126. Edwards N, Marshall M, McLellan A, Abbasi K. Doctors and managers: a problem without a solution? *BMJ* 2003; 326: 818-9. [Link alla risorsa]
 127. Smith R. What doctors and managers can learn from each other. *A lot. BMJ* 2003; 326: 610-1. [Link alla risorsa]
 128. Ploch T, Klazinga NS. Talking towards excellence: a theoretical underpinning of the dialogue between doctors and managers. *Clinical Governance: An International Journal* 2005; 10: 41-8. [Link alla risorsa]
 129. Goddard M, Mannion R, Smith PC. The NHS performance framework: taking account of economic behaviour. Discussion paper 158. York, UK: Centre for Health Economics, York Health Economic Consortium, NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York, 1998. [Link alla risorsa]
 130. Sheldon T. Promoting health care quality: what role for performance indicators? *Qual Health Care* 1998; 7(Suppl): S45-S50. [Link alla risorsa]
 131. Smith PC. Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. *Public Money & Management* 2005; 25: 213-20. [Link alla risorsa]
 132. Heath I, Hippisley-Cox J, Smeeth L. Measuring performance and missing the point? *BMJ* 2007; 335: 1075-6. [Link alla risorsa]
 133. Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29. Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale. Regione Emilia-Romagna: B.U.R. n. 35 28/12/2004. [Link alla risorsa]
 134. Tsoukas H. The tyranny of light. The temptations and the paradoxes of the information society. *Futures* 1997; 29: 827-43. [Link alla risorsa]
 135. Appleby J, Devlin N, Harrison A, Deering C. A critical appraisal of NHS system of performance measurement. Paper prepared for the Commission for Health Improvement. London, UK: King's Fund, 2002.
 136. Pollitt C. Performance information for democracy: the missing link? *Evaluation* 2006; 12 (1): 38-55. [Link alla risorsa]

137. Wallace J, Teare GF, Verrall T, Chan BT. Public reporting on the quality of healthcare: emerging evidence on promising practices of effective reporting. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation, 2007.
138. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med* 2008; 148: 111-23. [Link alla risorsa]
139. Checkland K, Marshall M, Harrison S. Re-thinking accountability: trust versus confidence in medical practice. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 130-5. [Link alla risorsa]
140. Smith C. Trust and confidence: possibilities for social work in “high modernity”. *Br J Soc Work* 2001; 31: 287-305. [Link alla risorsa]

ALTRI TITOLI DELLA COLLANA “CONTRIBUTI PER IL GOVERNO CLINICO”

Volume 1

Le organizzazioni sanitarie

A cura di Roberto Grilli

Volume 2

Gestione del rischio e del contenzioso

A cura di Martina Brini e Francesco Taroni

Volume 3

Appropriatezza. Una guida pratica

A cura di Stefania Rodella e Davide Botturi

Volume 5

Il governo dell'innovazione nei sistemi sanitari

Luciana Ballini

Volume 6

La formazione per il governo clinico

Corrado Ruozi, Francesca Terri, Maria Barbara Lelli

Volume 7

Audit clinico: uno strumento per favorire il cambiamento

Dante Baronciani, Enrica Perrone, Nicola Magrini

