

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

La valutazione multidimensionale della qualità assistenziale

L'efficienza continua a oscurare gli indicatori di *clinical governance*?

La *clinical governance* (CG) è “una strategia con cui le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale” (*NHS White Paper: A First Class Service, 1998*). Rileggendo la definizione originale di CG e accantonando le distorte interpretazioni generate dalla “libera traduzione” in governo clinico, è evidente che il principale obiettivo della CG è la valutazione continua e il progressivo miglioramento della qualità dell'assistenza.

L'aziendalizzazione del SSN ha progressivamente estremizzato il peso degli indicatori di efficacia e “confinato” la valutazione della qualità a quella percepita dagli utenti. Oggi, invece, l'attuazione della CG impone di integrare gli indicatori di qualità assistenziale nella valutazione e nel finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie. In particolare, attraverso la valutazione multidimensionale della qualità dell'assistenza che si articola in sei aree: sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso, efficienza.

1. Sicurezza

È il grado con cui vengono evitati i potenziali rischi e minimizzati i danni conseguenti all'assistenza sanitaria. Pertanto, obiettivo prioritario di tutte le organizzazioni sanitarie è il *risk management* che, oltre all'applicazione degli strumenti, deve essere sostenuto da radicali progressi culturali e organizzativi. In particolare, solo considerando l'errore come “difetto del sistema e non del singolo professionista” è possibile mettere in atto adeguate contromisure per aumentare la sicurezza dei pazienti.

2. Efficacia

È la capacità di un intervento sanitario di ottenere gli esiti desiderati: riduzione della mortalità e della morbilità, miglioramento della qualità di vita dei pazienti. In altre parole, l'efficacia identifica l'entità dei benefici ottenuti dall'assistenza sanitaria. Tuttavia, la ricerca sugli esiti (*outcomes research*) è condizionata sia dall'affidabilità e completezza dei sistemi informativi, sia da altri determinanti della salute: fattori genetici e ambientali, cultura e condizioni socio-economiche. Inoltre, quando si confrontano gli esiti assistenziali ottenuti in periodi diversi o tra organizzazioni differenti (*benchmarking*) sono indispensabili appropriate tecniche statistiche (*risk adjustment*).

3. Appropriatezza

Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato “al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata” (appropriatezza professionale), nonché “nel setting adeguato e dal professionista giusto” (appropriatezza organizzativa). Il miglioramento dell'appropriatezza professionale dovrebbe massimizzare la probabilità di effetti favorevoli (efficacia) e minimizzare quella di effetti avversi (sicurezza), oltre che ottimizzare le risorse, obiettivo primario dell'appropriatezza organizzativa.

4. Coinvolgimento degli utenti

Gli utenti hanno il diritto di partecipare alle modalità di erogazione e valutazione dei servizi sanitari e il loro coinvolgimento può apportare numerosi vantaggi: definire un linguaggio comune, migliorare l'appropriatezza della domanda, identificare priorità, aspettative e bisogni, fornire informazioni sugli esiti a breve e lungo termine, offrire opportunità per risolvere i problemi in partnership, sviluppare la conoscenza della percezione sociale di salute.

5. Equità d'accesso

Si riferisce alla possibilità che ha il singolo utente di accedere ai servizi sanitari. L'equità è condizionata da numerose variabili: appropriatezza degli interventi assistenziali, capacità dell'utente a raggiungere le sedi di erogazione dei servizi, forme di rimborso delle prestazioni sanitarie. Un sistema sanitario equo e solidale dovrebbe garantire servizi essenziali a tutti i cittadini, indipendentemente da età, genere, razza, religione, residenza, grado d'istruzione, livello socio-economico.

6. Efficienza

Un sistema sanitario efficiente deve ottenere dalle risorse investite il massimo beneficio in termini di salute della popolazione. L'impossibilità di offrire “tutto a tutti” richiede la definizione di priorità per allocare le risorse in relazione a due dimensioni dell'efficienza economica: l'efficienza tecnica ha l'obiettivo di fornire la massima qualità dei servizi al costo più basso; l'efficienza allocativa definisce le modalità per ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni per massimizzare i benefici di salute. In altre parole, se l'efficienza allocativa influenza le decisioni di programmazione sanitaria, l'efficienza tecnica consente di minimizzare i costi. L'efficienza allocativa - estremamente complessa - è poco utilizzata nel SSN, rispetto alla “ragionieristica” efficienza tecnica di cui si fa ampio esercizio, spesso in maniera impropria.

Tromboendarteriectomia carotidea: quali indicatori misurare?

Le "istantanee" che hanno fotografato le sei dimensioni della qualità vengono integrate riportando un set multidimensionale di indicatori nei pazienti sottoposti a tromboendarteriectomia carotidea (TEA), sviluppato facendo riferimento alle linee guida dello *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN) e agli indicatori proposti dall'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) statunitense.

1. Sicurezza

- Incidenza di complicanze maggiori: mortalità e stroke perioperatori.
- Incidenza di complicanze minori: infezioni, ematomi, neuropatie dei nervi cranici (VII, IX, X, XII).

2. Efficacia

- Percentuale di pazienti sottoposti a TEA in cui viene documentato il ripristino del flusso ematico.
- Incidenza di stroke nei 6 mesi successivi alla TEA.

3. Appropriatezza

- Tasso di appropriatezza della TEA nei pazienti sintomatici in relazione al grado di stenosi: > 50% negli uomini e > 70% nelle donne.
- Tasso di appropriatezza della TEA nei pazienti asintomatici, in relazione al grado di stenosi.
- Appropriatezza di timing (entro due settimane) nei pazienti clinicamente stabili dopo episodio acuto di TIA o stroke.

4. Coinvolgimento degli utenti

- Predisposizione e distribuzione di materiale informativo sulla TEA.
- Percentuale di pazienti che dichiara di aver ricevuto adeguate informazioni.
- Implementazione di una misura di soddisfazione degli utenti.
- Progressivo miglioramento della soddisfazione degli utenti.

5. Equità d'accesso

- A parità di indicazioni/urgenza, tempo medio di attesa per la TEA stratificato per età, genere, razza, livello socio-economico dei pazienti in lista.

6. Efficienza

- Numero TEA eseguite.
- Degenza media dei pazienti sottoposti a TEA.
- Tempo medio della valutazione pre-operatoria.

Domanda provocatoria per clinici e manager: quali categorie di indicatori si ritrovano nella scheda di budget della UO di chirurgia vascolare della vostra Azienda? Se nel 2009 persistono esclusivamente quelli di efficienza, l'attuazione della CG è ancora un lontano e forse irraggiungibile miraggio!

KEY POINTS

- **La qualità dell'assistenza si articola in sei dimensioni: sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso, efficienza**
- **L'attuazione della *clinical governance* prevede la valutazione multidimensionale della qualità assistenziale**
- **Tutte le categorie di indicatori devono essere integrati nei processi di governo aziendale, incluso il budget**
- **In un sistema di *clinical governance* deve essere ridimensionato il "peso" degli indicatori di efficienza**
- **I sistemi informativi aziendali, inadeguati per misurare indicatori di qualità, devono essere integrati con i database clinici**

Per saperne di più

Lecture introduttive

- Majeed A, Lester H, Bindman AB. Improving the quality of care with performance indicators. *BMJ* 2007;335:916-8
- Lester H, Roland M. Future of quality measurement. *BMJ* 2007;335:1130-1.
- Scobie S, Thomson R, McNeil JJ, Phillips PA. Measurement of the safety and quality of health care. *Med J Aust* 2006;184(10 Suppl):S51-5.
- Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 2006;18(Suppl 1):5-13.
- Pronovost PJ, Nolan T, Zeger S, et al. How can clinicians measure safety and quality in acute care? *Lancet* 2004;363:1061-7.

Approfondimenti

- Isaac T, Jha AK. Are patient safety indicators related to widely used measures of hospital quality? *J Gen Intern Med* 2008;1373-8.
- Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, et al. Measuring quality through performance. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007;335:1021-2.
- Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ* 2007;335:648-50.

Workshop

- **GIMBE®**. Introduzione al Governo Clinico. Bologna, 5-6-7 ottobre 2009.
- **GIMBE®**. Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali. Bologna, 4-5-6 novembre 2009.
- **GIMBE®**. Audit Clinico e Indicatori di Qualità. Bologna, 30 novembre e 1-2 dicembre 2009.
- **GIMBE®**. La Gestione del Rischio Clinico. Modulo base. Bologna, 16-17-18 novembre 2009.
- **GIMBE®**. Il Coinvolgimento degli Utenti nei Servizi Sanitari. Bologna, 26-27 novembre 2009.