

INTRODUZIONE UN MODELLO DI VALUTAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

L'EVOLUZIONE DEI SISTEMI ASSISTENZIALI

L'evoluzione dei sistemi sanitari ha evidenziato profonde analogie tra i diversi Paesi occidentali e può essere suddivisa in tre fasi.¹ La prima, *l'era dell'espansione*, è stata caratterizzata dalla crescita dei finanziamenti da parte del sistema pubblico al sistema della salute, dall'accrescimento del numero di medici e degli altri operatori sanitari, dalla costruzione di nuovi ospedali, dall'incremento delle tecnologie a disposizione della sanità, dallo sviluppo della medicina specialistica e dall'introduzione di programmi pubblici di assistenza sanitaria. La crescita progressiva e non controllata della spesa sanitaria ha portato alla seconda fase, *l'era del contenimento dei costi*, caratterizzata da azioni finalizzate al controllo della spesa sanitaria. I due aspetti più rilevanti sono stati l'introduzione dei sistemi di remunerazione a tariffa e la gestione della sanità secondo logica di azienda. La difficoltà nel reperimento delle risorse e l'incapacità di verificare i risultati ottenuti con le risorse impegnate hanno condotto alla terza fase, *l'era della misurazione e della valutazione*, nella quale l'obiettivo non è un cieco contenimento dei costi, ma il raggiungimento di risultati di salute predefiniti e compatibili con le risorse disponibili. L'informazione e la gestione della sanità sulla base di un adeguato supporto informativo all'attività decisionale sono considerate gli strumenti idonei alla risoluzione dei problemi che hanno afflitto le precedenti fasi dell'evoluzione sanitaria.

L'era della misurazione e della valutazione si identifica metodologicamente negli studi di esito (*outcome research*). Gli studi di esito

hanno subito, negli ultimi anni, una rapida evoluzione e diffusione per effetto sia del crescente interesse, espresso da numerosi operatori sanitari (amministratori, ricercatori, epidemiologi, economisti, statistici), verso il progressivo incremento della spesa sanitaria, sia dell'aumentata partecipazione dei cittadini ai problemi della salute pubblica e del rapido progresso tecnologico ottenuto dagli strumenti informativi.^{2,3} Questa metodologia si concretizza nella valutazione e nella correzione delle prestazioni assistenziali sulla base degli esiti raggiunti.^{4,5} Un processo di sistematica applicazione delle valutazioni di esito rappresenta lo strumento necessario per un'appropriata ed economica gestione della pratica clinica (*outcome management*).^{2,6} Un sistema di gestione così configurato è utile per consentire alle diverse figure del panorama sanitario (medici, amministratori, pazienti) di operare scelte che trasferiscano le migliori evidenze scientifiche nella pratica clinica. Gli elementi considerati essenziali per il suo sviluppo⁶ sono rappresentati da un processo di sistematica misurazione degli interventi effettuati sul paziente, da un regolare utilizzo di linee-guida e di standard di appropriatezza, da una valutazione su base rappresentativa dei risultati delle ricerche di esito e dalla diffusione delle evidenze scientifiche per un'efficiente pratica clinica (figura 1). Il panorama prospettato per il prossimo futuro dei sistemi assistenziali sembra caratterizzarsi per la ricerca di un modello di gestione della pratica clinica, orientato al paziente ed al valore dell'informazione, basato sulla sistematica misurazione e valutazione degli esiti e finalizzato ad un appropriato utilizzo delle risorse a disposizione (*disease management*).^{2,6}

Nel nostro Paese, la fase di espansione del servizio assistenziale e di crescita della spesa sanitaria è databile agli anni Sessanta e Settanta. Questo periodo, conclusosi alla fine degli anni Settanta con la nascita del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), precede una fase di contrazione del servizio assistenziale frammentata in più periodi.⁷ Oltre allo spostamento della domanda di prestazioni dal settore pubblico verso il settore privato (liste di attesa, esclusione dei servizi sanitari "marginali" dalla copertura pubblica), il contenimento della spesa è stato raggiunto grazie ad una progressiva riduzione delle strutture sanitarie (la riduzione del numero di posti letto per abitante, il blocco delle assunzioni) ed all'introduzione di meccanismi e politiche per il controllo della spesa (la fissazione dei tetti di spesa, i controlli sui prezzi dei farmaci, le verifiche sul comporta-

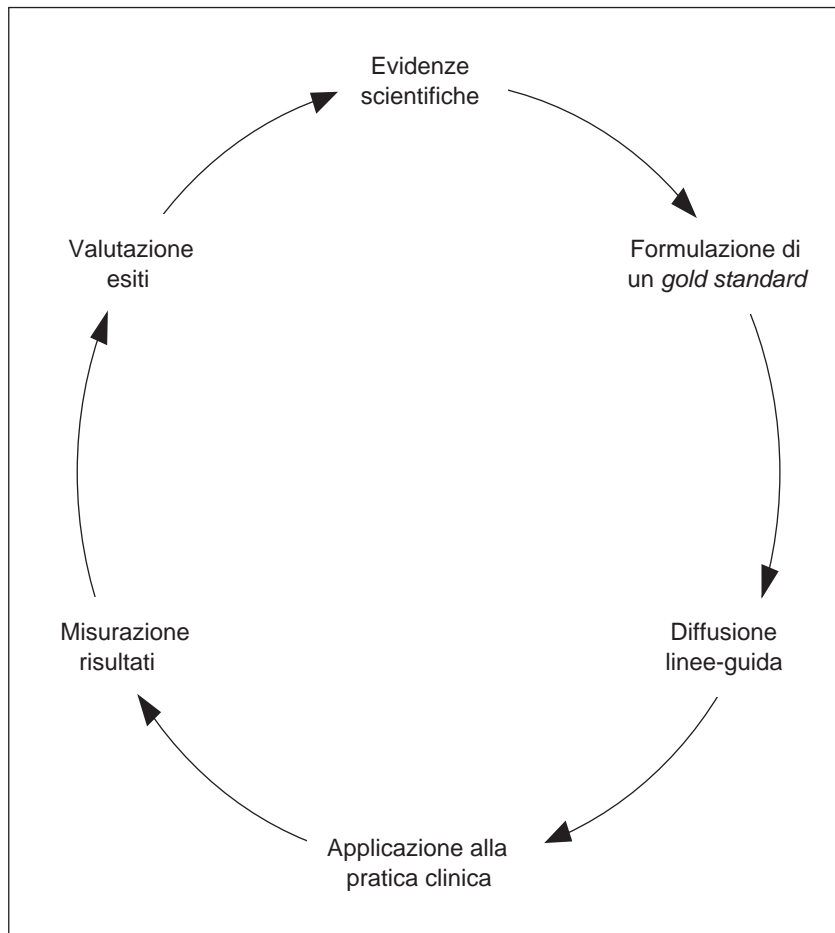


Figura 1 • Sistema di governo clinico

mento prescrittivo dei medici).⁷ Tuttavia, l'assenza di una visione integrata del sistema assistenziale nel complesso ha contribuito ad un differimento o ad uno spostamento della spesa sanitaria, piuttosto che ad un suo reale ed efficiente contenimento. Di fatto, quindi, il nostro Paese, pur essendo entrato nella seconda fase già da alcuni anni, non è ancora riuscito a raggiungere la cosiddetta era della misurazione e della valutazione.

UN MODELLO DI INTERPRETAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

L'obiettivo di questo manuale è presentare un modello dinamico per la gestione della pratica clinica, finalizzato all'efficienza ed all'equità del servizio assistenziale, realizzato con un apporto congiunto di competenze diverse e basato sulla raccolta, l'analisi e la valutazione dell'informazione relativa al paziente (figura 2).

La dinamica del modello

L'*assistito* è l'elemento comune alle due dimensioni dell'assistenza sanitaria: la *gestione dell'individuo* e la *gestione di popolazione*. La centralità dell'assistito è espressa in forma individuale nella gestione dell'individuo ed in forma collettiva nella gestione di popolazione.

Gli obiettivi principali delle due dimensioni assistenziali sono, rispettivamente, la *guarigione del paziente* e la *tutela della salute*. L'assistenza del singolo individuo è delegata alle *competenze mediche*, mentre la gestione di popolazione è affidata ad un *insieme multidisciplinare di competenze* in grado di rispondere alle molteplici e complesse esigenze del sistema sanitario (amministratori, ricercatori, epidemiologi, economisti, statistici). Il raggiungimento degli obiettivi prefissati è subordinato, inoltre, allo sviluppo di un sistema informativo in grado di supportare un razionale processo decisionale. Questo requisito è essenziale sia per la gestione dell'individuo – il medico necessita di una memoria relativa alla storia clinica del proprio paziente, di una semplificazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, di un pronto confronto con un'aggiornata banca dati che dia informazioni scientifiche e procedurali – sia per la gestione di popolazione – il sistema di governo sanitario ha bisogno di una banca dati completa per poter misurare la distribuzione delle patologie, calcolare il volume di risorse da allocare e per effettuare valutazioni di appropriatezza e/o di costo-efficienza delle possibili alternative. La costituzione di un adeguato sistema informativo è composta, per entrambe le dimensioni assistenziali, da fasi di raccolta, di analisi e di valutazione dei dati. La raccolta del complesso dei dati relativi ad un singolo individuo concorre alla realiz-

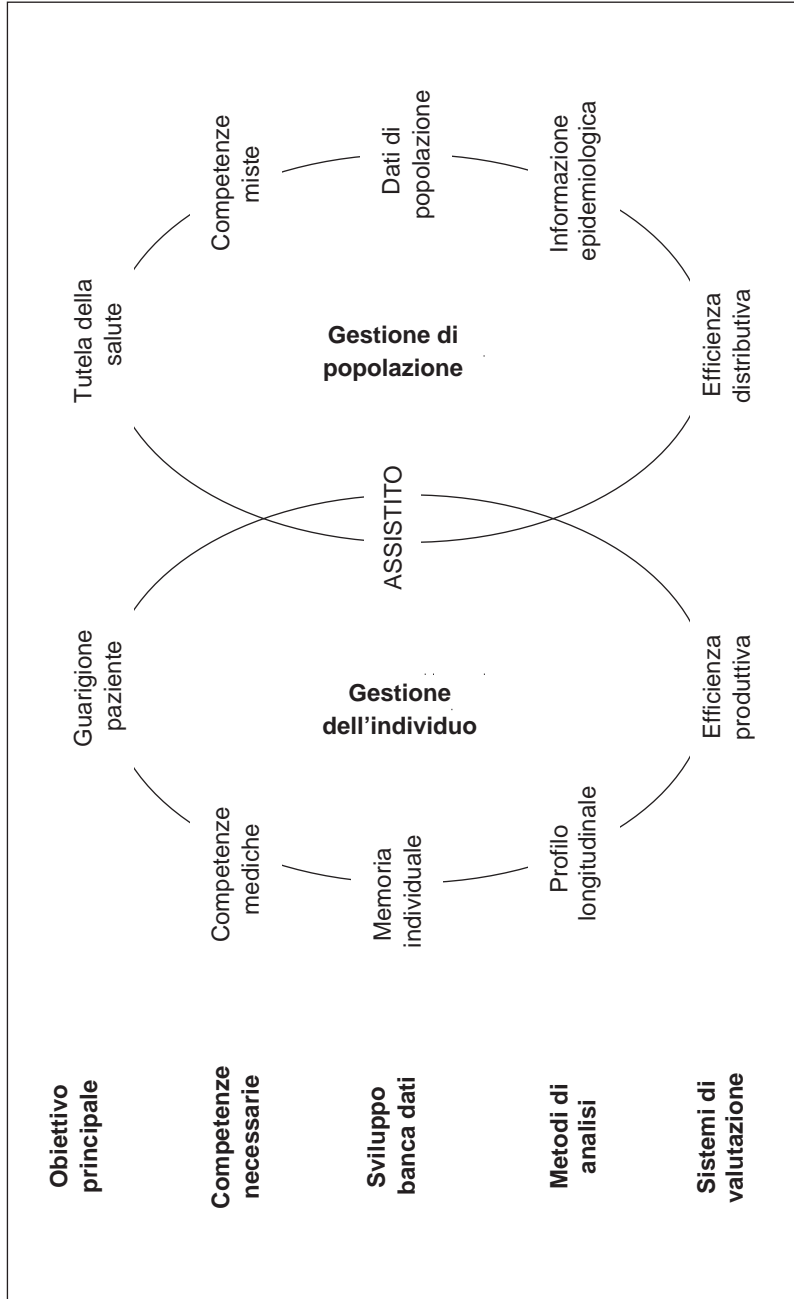


Figura 2 • Modello di interpretazione del sistema sanitario

zazione di una *memoria individuale*. L'aggregazione delle singole memorie individuali dell'intera popolazione assistita consente la costituzione di una *banca dati di popolazione*. Una lettura individuale, analitica e cronologica rappresenta la metodologia con la quale l'iter delle procedure assistenziali effettuate su un paziente viene ordinato in un *profilo longitudinale del paziente*. Questo processo, a livello dell'intera popolazione assistita, produce una *informazione epidemiologica*.

Le fasi di raccolta ed analisi dei dati sono preliminari e strumentali alla fase di valutazione di efficienza tra le diverse alternative. Il medico interviene sulla salute del paziente utilizzando una dettagliata conoscenza delle sue caratteristiche anagrafiche e della sua storia clinica. Questo contribuisce in modo determinante al grado di *efficienza produttiva* del risultato raggiunto. I responsabili del governo sanitario intervengono sulla salute della collettività sulla base della conoscenza della struttura demografica e clinica della popolazione, della distribuzione delle malattie, degli effetti indotti dagli interventi condotti e dagli esiti osservati. Questo contribuisce ad un'opportuna allocazione delle risorse in funzione delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita ed influenza il grado di *efficienza distributiva*.

Le caratteristiche del modello

Il modello presentato è composto da una dimensione individuale (gestione dell'individuo) e da una dimensione collettiva (gestione di popolazione). L'anello di congiunzione tra le due dimensioni è l'assistito, la cui presenza si esprime, rispettivamente, sul piano individuale e su quello collettivo. La scelta della centralità dell'assistito è giustificata da esigenze etiche e normative – il Piano Sanitario Nazionale afferma la centralità del paziente – e da necessità di carattere economico e gestionale – un efficiente processo assistenziale presuppone la misurazione e la valutazione delle risorse investite (percorsi diagnostici e terapeutici) in relazione ai risultati ottenuti (esito clinico).

Ogni nodo (“obiettivo principale”; “competenze necessarie”; “sistema informativo”; “metodi di analisi”; “sistemi di valutazione”) presenta un significato in relazione alla gestione dell'individuo ed uno

in relazione alla gestione di popolazione. La lettura del modello può avvenire in senso verticale (lettura della gestione dell'individuo oppure lettura della gestione di popolazione): "La guarigione del singolo paziente è delegata alla competenza medica che, mediante un adeguato supporto informativo relativo alla storia clinica del paziente, individua la soluzione assistenziale più efficiente da un punto di vista produttivo"; oppure: "La tutela della salute è delegata ad un insieme misto di competenze che, mediante un adeguato supporto informativo relativo alle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, individua la soluzione assistenziale più efficiente da un punto di vista distributivo".

In alternativa, la lettura del modello può avvenire in senso orizzontale, da sinistra verso destra: "Il sistema sanitario è caratterizzato, nella sua duplice dimensione (gestione dell'individuo e gestione di popolazione), da un obiettivo principale (guarigione del paziente e tutela della salute), dalle competenze necessarie (competenze primarie e competenze di supporto), da un sistema informativo (memoria individuale e dati di popolazione), dai metodi di analisi (profilo longitudinale ed informazione epidemiologica) e dai sistemi di valutazione (efficacia produttiva ed efficacia distributiva)".

I nodi del modello

Il modello di interpretazione del sistema sanitario è caratterizzato da alcuni elementi fondamentali, definiti "nodi":

- La determinazione degli obiettivi di assistenza (capitolo 1. Gli obiettivi del sistema sanitario);
- L'impiego di un pool multidisciplinare di competenze (capitolo 2. Le competenze necessarie del sistema sanitario);
- La gestione sanitaria basata sull'informazione (capitolo 3. Lo sviluppo di un sistema informativo; capitolo 4. Un approccio epidemiologico per la gestione dei dati; capitolo 5. Gli strumenti di valutazione economica in sanità).

I nodi, oltre ad avere un significato in relazione alla loro interdipendenza reciproca (vedi "dinamica del modello"), possiedono alcune caratteristiche proprie.

LA DETERMINAZIONE DEGLI OBIETTIVI DI ASSISTENZA. Lo scopo del SSN italiano è garantire una copertura sanitaria qualitativamente soddisfacente ed universalmente accessibile. La qualità di una prestazione è l'espressione del risultato del processo medico ed è finalizzata alla tutela del singolo individuo. L'equità di accesso rappresenta, invece, l'espressione di un processo di gestione sanitaria ed è indirizzata alla tutela dell'intera collettività. Lo scopo di un sistema assistenziale si concretizza nel tentativo di bilanciare le esigenze espresse dall'assistito in forma individuale e collettiva ed è misurabile nella capacità di distribuire le risorse destinate al fabbisogno assistenziale efficientemente, in modo da corrispondere al singolo paziente un'adeguata prestazione ed al complesso della popolazione la possibilità di poter usufruire di un servizio di qualità corrispondente.

Negli ultimi anni, la contrazione delle possibilità di spesa indotta dalla crisi della finanza pubblica ha *vincolato* il raggiungimento degli obiettivi di centralità del paziente e di tutela della salute alle esigenze di contenimento della spesa sanitaria. Si è, quindi, individuato nell'*efficienza* uno strumento idoneo per lo sviluppo ed il mantenimento di un sistema sanitario economicamente sostenibile. L'efficienza si realizza in una distribuzione ottimale delle risorse in relazione al risultato ottenuto. La relazione tra qualità/equità ed efficienza del servizio assistenziale è spiegabile da una relazione di *trade off* (il miglioramento di una delle variabili provoca un peggioramento dell'altra). La capacità del sistema sanitario di gestire questa relazione mantenendo un equilibrio tra le due variabili rappresenta l'ambito su cui si dovranno concentrare le attenzioni dei sistemi di gestione.

L'IMPIEGO DI UN POOL MULTIDISCIPLINARE DI COMPETENZE. Gli ultimi anni hanno rappresentato un periodo di forte crescita sia per le *competenze mediche* sia per un insieme misto di *competenze complementari* alla medicina tradizionale. Fra queste ultime, l'amministrazione e la gestione dei servizi sanitari, l'epidemiologia, l'economia sanitaria e la farmacoeconomia, la statistica, la sociologia e l'etica hanno trovato ampie applicazioni nel settore sanitario. Inoltre, il rapido sviluppo tecnologico e scientifico dell'informatica medica ha progressivamente modificato le abitudini di ricerca e gestione clinica. Lo scopo di questo processo multidisciplinare è rappresentato

dalla necessità di conformarsi ai nuovi obiettivi (competenze mediche e competenze gestionali) e di supportarli con adeguati strumenti (competenze informatiche, statistiche, economiche).

Tuttavia, l'applicabilità di un sistema di governo multidisciplinare è subordinata ad alcuni problemi concreti che ne rendono l'applicazione non immediata.

Alcuni esempi: le competenze assorbite dal settore sanitario hanno una propria specificità culturale che va adeguata alle esigenze del servizio di assistenza (lo studio dell'efficienza, proprio delle scienze economiche, si deve adattare ai principi di equità tipici del settore sanitario pubblico). I linguaggi utilizzati dalle figure professionali che incorporano le nuove competenze sono profondamente diversi e necessitano di un canale di comunicazione (la "precisione" propria e necessaria dell'impostazione di un supporto informatico deve essere assimilata dai soggetti destinati all'utilizzo dell'informazione). L'integrazione delle competenze finalizzata ad un obiettivo comune è un requisito essenziale: l'assunzione e lo sfruttamento dipartimentale delle competenze privano il sistema nel suo complesso dei benefici derivanti da una gestione interdisciplinare.

La sostenibilità del sistema assistenziale è subordinata alla risoluzione di questi problemi per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

LA GESTIONE SANITARIA BASATA SULL'INFORMAZIONE. L'informazione è un requisito essenziale del processo decisionale. La decisione è il risultato di un'attività di considerazione delle alternative e di selezione della soluzione maggiormente conforme agli obiettivi prefissati (*preferenza*). Il ruolo dell'informazione consiste nel risolvere una *situazione di incertezza* offrendo un criterio per poter esprimere una preferenza in relazione ad un insieme di più soluzioni alternative. Un adeguato supporto informativo si concretizza nella rilevazione progressiva delle informazioni inerenti all'oggetto di analisi (registrazione dei dati in tempo reale) e nella valutazione delle decisioni adottate sulla base dei risultati conseguiti (analisi su base empirica). I vantaggi di una base informativa derivano dalla possibilità di un controllo dell'attività condotta (analisi degli scostamenti dei risultati ottenuti dagli standard previsti) e di una pianificazione dell'attività futura (fissazione degli obiettivi in funzione della relazione osservata tra le variabili determinanti ed il risultato).

L'informazione è il risultato di un processo scomponibile nello sviluppo di una banca dati, nel metodo di analisi dell'informazione e nel sistema di valutazione delle evidenze. Lo sviluppo di una banca dati provvede alla rilevazione ed alla registrazione dei dati. Il metodo di analisi dell'informazione consiste nella sintesi del complesso dei dati in un numero ristretto di informazioni.

Infine, il sistema di valutazione contribuisce a determinare i criteri secondo cui esprimere una scelta. Lo scopo di questo processo di valorizzazione del dato si risolve nella costituzione di una conoscenza reale della pratica assistenziale che consenta un'identificazione delle alternative maggiormente efficienti. Il supporto informativo è finalizzato sia alla gestione dell'individuo sia alla gestione di popolazione. Nel primo caso, si concretizza in una memoria dell'iter clinico del paziente, in una formulazione del profilo longitudinale ed in un supporto per massimizzare il risultato della prestazione assistenziale (efficienza produttiva). Nel secondo caso, il supporto informativo si manifesta in una banca dati di popolazione, in una conoscenza epidemiologica ed in una valutazione dell'utilizzo delle risorse su base epidemiologica (efficienza distributiva).

Luca Degli Esposti

BIBLIOGRAFIA

1. Relman AS. Assessment and accountability. The third revolution in medical care. *The New England Journal of Medicine* 1998; 319 (18): 1220-2.
2. Epstein RS, Sherwood LM. From outcomes management to disease management: a guide for the perplexed. *Annals of Internal Medicine* 1996; 124 (9): 832-7.
3. Roper WL, Winkenwerder W, Hackbarth GM, et al. Effectiveness in health care. An initiative to evaluate and improve medical practice. *The New England Journal of Medicine* 1998; 319: 1197-202.
4. Delamothe T. Using outcome research in clinical practice. *British Medical Journal* 1994; 308: 1583-4.

5. Wennberg JE. Outcome research, cost containment, and the fear of health care rationing. *British Medical Journal* 1991; 325 (1): 66-7.
6. Ellwood PM. Shattuck lecture – Outcomes Management. A technology of patient experience. *The New England Journal of Medicine* 1998; 318 (23): 1549-56.
7. Dirindin N, Vineis P. Elementi di economia sanitaria. Bologna: Il Mulino, 1999.