

The background of the top half of the page features a light blue gradient with faint, semi-transparent silhouettes of several people standing in a circle, suggesting a group or community. The silhouettes are dark blue and are positioned behind the main text.

*Rapporto*

# CEIS - Sanità 2007

*Responsabilità, Autonomia, Sussidiarietà,  
Integrazione, Valutazione e Empowerment:  
6 “nuove” parole chiave per il futuro del SSN*



*Capitolo 5*  
**Outcomes**  
**(Qualità, Efficacia**  
**e Sicurezza)**

## 5.1 - Misurazione della qualità e le politiche per la qualità nel SSN

Polistena B.<sup>1</sup>; Rocchetti I.<sup>1</sup>, Spandonaro F.<sup>1</sup>

### 5.1.1 Introduzione

La qualità in sanità è un fenomeno controverso. Donabedian (1990) definisce la qualità nelle cure come «*The degree to which health services for individual and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge*». Uno dei problemi fondamentali è che la qualità nei servizi sanitari è, secondo una visione generalmente accettata, un fenomeno multidimensionale.

Lo Zanichelli 2006 recita per "Qualità" «*Elemento o insieme di elementi concreti che costituiscono la natura di qualcuno o di qualcosa, e ne permettono la valutazione in base a una determinata scala di valori*». Fenomeno multidimensionale, quindi, che affrisce alla natura dell'oggetto di analisi e, cosa non secondaria, ne permette la valutazione.

In questo contesto assume una particolare rilevanza il valutare la qualità da un punto di vista economico o clinico.

Da un punto di vista economico, nei mercati perfetti il principio della trasparenza del mercato permette una valutazione della qualità senza particolari problemi. In altri termini all'interno di un mercato in concorrenza perfetta, non ci sarebbero differenze rilevanti di qualità. Qualora i mercati non siano perfetti, assumono di contro un ruolo fondamentale le politiche tese all'abbattimento delle asimmetrie informative. Essendo il consumatore che regola il mercato, non stupisce che gran parte delle misurazioni si basi sui principi della *customer satisfaction*.

Ovviamente la valutazione della qualità dal punto di vista economico presenta anche varie problematiche, principalmente legate ai metodi di misura (questionari, utilità etc.). Data la natura etica del bene salute, nei mercati sanitari il problema delle asimmetrie informative è particolarmente rilevante: si pone, infatti, la questione di andare oltre la percezione del consumatore e questa è la ragione per cui assumono importanza le misure oggettive della qualità clinica delle prestazioni erogate.

Questo contributo è volto ad analizzare la misurabilità della qualità da un punto di vista clinico; in particolare si concentra sull'aspetto della misurazione dell'*outcome*, proprio perché questo approccio è quello che meglio si integra con quello soggettivo (*customer satisfaction*).

<sup>1</sup> CEIS Sanità, Facoltà di Economia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata".

Le analisi svolte nel seguito cercano di rispondere alle seguenti questioni:

- Cosa si intende per qualità clinica?
- Come si misura la qualità clinica?
- I dati disponibili sono attendibili e sufficienti?
- Come può essere promossa la qualità una volta misurata?

### **5.1.2 I modelli per l'analisi della qualità clinica**

Nel presente paragrafo descriviamo i principali modelli proposti per l'analisi della qualità clinica.

Notiamo, per inciso, che nella scelta del modello incidono le difficoltà definitorie, che assumono una particolare rilevanza in quanto condizionano le politiche sanitarie e viceversa ne sono condizionate. Per le politiche sanitarie, infatti, è indispensabile scegliere un approccio di misurazione della qualità, ma questo risulta estremamente complesso in pratica, in quanto non c'è accordo sulla definizione della qualità stessa. In relazione a quanto premesso, l'elemento chiave sembra essere la mancanza di accordo tra gli esperti sugli *outcomes* da analizzare.

Una parziale eccezione è rappresentata dal settore chirurgico, al quale (non a caso) si riferisce la gran parte delle applicazioni empiriche; il riferimento in campo chirurgico è molto spesso la mortalità, che è elemento maggiormente accessibile di quanto non lo siano gli stati di morbilità. Quanto sopra spiega perché la maggior parte degli studi in letteratura siano stati effettuati in ambito chirurgico e, solo di recente, siano stati affiancati da ancora rari studi in ambito internistico.

Dalla letteratura si evince che, nonostante ci sia un accordo almeno parziale sull'adozione dell'indicatore di mortalità come misura di *outcome*, non c'è però convergenza sull'orizzonte temporale da considerare (es.: mortalità a 30 giorni, a 60, etc.).

D'altra parte sembra evidente che l'analisi della mortalità avrebbe maggiore senso per le condizioni caratterizzate da elevata prevalenza, quali quelle che prevedono un trattamento medico. A ben vedere, quelle che prevedono un trattamento chirurgico sono caratterizzate da una dimensione campionaria spesso insufficiente che, come vedremo, crea problemi nella valutazione dei risultati ottenuti.

Un altro aspetto peculiare che emerge dall'analisi della letteratura è l'aver concentrato gran parte del dibattito sull'impatto che il volume di attività, in termini di numero di pazienti curati, dei medici e/o delle istituzioni sanitarie in cui operano, ha sulla qualità delle cure erogate e di conseguenza sugli esiti delle malattie.

Nello specifico, mentre alcuni studi hanno evidenziato una importante correlazione positiva tra un elevato numero di procedure chirurgiche e casi trattati (Birkmeyer 2002 e Khan 2006), altri mettono in dubbio tale relazione (Khuri 2005, Hannan 2005).

La questione ha assunto un'importanza rilevante nelle politiche sanitarie, essendo il volume di attività una variabile centrale nelle politiche sanitarie tese alla qualità e sicurezza dei pazienti.

Nello specifico, dobbiamo osservare che le ragioni della relazione tra volume ed esito nei servizi sanitari sono sostanzialmente sconosciute: la letteratura ipotizza che tale associazione sia legata all'aumento dell'esperienza dei *providers* nell'effettuare specifici interventi

o alla selezione dei *providers* con migliori esiti: è il caso ad esempio dei pazienti che ricevono la ventilazione meccanica (Kahn 2002).

Altri autori (Khuri 2005, Hannan 2005) affermano invece che il volume di attività non possa essere adottato come misura della qualità; Khuri nei suoi studi sostiene che il volume chirurgico non sia correlato con la qualità delle cure e arriva ad affermare che il volume non può considerarsi uno *standard* di qualità bensì un “pericolo” per la qualità stessa.

Per quanto concerne i modelli di analisi, emerge come sia largamente utilizzata la regressione logistica multipla, tenendo conto di numerosi fattori confondenti: età, sesso, razza, anno relativo alla procedura, urgenza del trattamento, reddito medio, severità del paziente, malattie croniche, il tempo di attesa per l'ammissione, regione geografica, livello d'istruzione, diagnosi, etc. (Birkmeyer 2002, Khan 2006, Khuri 2005, Hannan 2005).

Tra i fattori confondenti, per sintetizzare le condizioni cliniche concomitanti, viene spesso utilizzato il *Charlson score*: scala di misura del numero di condizioni coesistenti pesata in base all'effetto che le varie patologie hanno sulla mortalità.

Si noti che i modelli possono essere implementati al fine di investigare la relazione che intercorre tra la mortalità post-operatoria e volume di attività chirurgica degli ospedali controllando o meno per il volume di attività complessivo dell'ospedale; viceversa è possibile investigare la relazione tra la mortalità post operatoria e il volume di attività complessivo dell'ospedale considerando o meno il volume di attività chirurgica (Birkmeyer 2002).

Importante, in questo contesto, è sottolineare che l'associazione tra volume e *outcome* non ha una direzione causale determinata; la correlazione osservata potrebbe essere interpretata tanto nel senso che ospedali di volume maggiore raggiungono migliori esiti, ma anche che ospedali di alta qualità attraggono più pazienti sulla base di un servizio superiore.

Altri studi (Hannan 1990, Thomas et al. 1994, Goldstein e Speigehalter 1996, De Long et al. 1997, Raudedenbush e Bryk 2002) utilizzano modelli logistici multilevel, che tengono conto anche dei diversi livelli di analisi e quindi dell'appropriata unità di osservazione. Questi modelli, quindi, prendono anche in considerazione gli effetti della clusterizzazione dei pazienti (primo livello) all'interno delle strutture ospedaliere che rappresentano il secondo livello.

Secondo Birkmeyer (2002) le analisi descritte mostrano complessivamente una relazione inversa tra volume di attività e mortalità, confermando che tale associazione ha a che fare con la qualità. La ragione per cui tali studi si sono concentrati sull'eventuale relazione tra volume di attività e la qualità deriverebbe proprio dal fatto che il volume può essere considerato una buona *proxy* dell'esperienza dei *providers* e della scelta dei *providers* da parte dei cittadini.

Una rilevanza particolare, in questo tipo di studi, viene attribuita al controllo della severità del paziente in quanto rappresenta una delle misure fondamentali di *risk adjustment* (Hannan 2005; Khuri 2005; Khan 2006).

Tra le misure più utilizzate per la codifica della severità vi è l'APASCHE III: scala a punteggi in base alla quale ogni paziente viene classificato al momento dell'ammissione (Khan 2006, Hannan 2005).

Un altro approccio riconducibile che esplicita la problematica connessa al fatto di consi-

derare la severità del paziente è quello che concentra l'attenzione sulla creazione di una misura sintetica di confronto tra *outcomes* attesi e *outcomes* reali ( $O(\text{observed})/E(\text{expected})$ ) (Khuri 2005). Anche in questo caso l'*outcome* atteso è il risultato di regressioni logistiche multiple che considerano la severità della malattia come covariata principale e che controllano per altri fattori confondenti risultati significativi, come l'età, il sesso, etc.

Khuri (2005), attraverso un'analisi di correlazione di Pearson tra i tassi di mortalità-morbilità e il volume delle procedure, nonché mediante analisi della varianza dei tassi (E/O) tra gli ospedali, distinti in base a quartili di volume di attività, ottiene evidenza del fatto che gli ospedali che presentano un valore più alto del rapporto O/E, quindi caratterizzati da una mortalità osservata maggiore rispetto a quella attesa, sono quelli con volume di attività maggiore nella procedura considerata. Viceversa, un elevato numero di ospedali con basso valore del tasso O/E, avrebbero buone *performance* associate a bassi volumi di attività.

Tali (non) relazioni fra qualità e volume sono state verificate per diverse procedure chirurgiche, tra cui l'aneurisma aortico addominale, considerando come *outcome* la mortalità a 30 giorni di distanza dall'operazione. Khuri apre quindi un dibattito non ancora risolto: la sua tesi confuta i risultati raggiunti dagli altri studi prima citati. In particolare secondo Khuri la numerosità dei casi trattati, invece di produrre un miglioramento nella qualità, spesso è un fattore deterrente in quanto mitiga la possibilità di accesso e di miglioramento dei sistemi di cure.

Anche Hannan (2005), attraverso l'utilizzo di modelli logistici *multilevel*, aveva peraltro ottenuto una relazione inversa tra volume di attività e tasso generico di mortalità, utilizzando una analisi a due livelli. Nello specifico viene effettuata una analisi sia delle probabilità di morte degli individui, che della mortalità ospedaliera a livello aggregato (somma delle probabilità di morte attese individuali sul numero di individui che fanno parte operati nell'ospedale di riferimento).

### 5.1.3 Discussione

Nella confrontabilità dei risultati citati incidono molti fattori:

- rappresentatività del campione;
- dataset;
- orizzonte temporale;
- riproducibilità della stima;
- significatività della stima.

Un primo importante limite consiste nella scelta della popolazione analizzata, quindi della dimensione del campione e della tecnica campionaria prescelta.

Gli studi considerati spesso utilizzano campioni non rappresentativi della popolazione generale o degli ospedali, rendendo difficile la generalizzazione dei risultati. Ad esempio Birkmeyer (2002) considera i soli pazienti con più di 65 anni iscritti a Medicare; Khan (2006) analizza le strutture ospedaliere che hanno partecipato al sistema APACHE per la misurazione della severità del paziente.

Relativamente ai *data base* utilizzati, vengono per lo più usati dati di tipo amministrativo. L'utilizzo dei *data base* amministrativi è certamente improprio in quanto, pur contenendo

**Tabella 1 - Sommario dei campioni**

Studio	Campione	Anni
Birkmeyer 1990	New York's Cardiac Surgery Reportig System	Primi 6 mesi del 1989
Birkmeyer 2002	National Medicare claims data base and the Nationwide Impatient Sample	1994-1999
Khan 2006	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation clinical information system	2002-2003
Khuri 2002	National Surgical Quality Improvement Program	1998
Hannan 2005	New York's Cardiac Surgery Reportig System	1994-1999

informazioni di tipo sanitario, non nascono con finalità epidemiologiche<sup>2</sup>. In particolare, dove non viene considerata la severità della malattia, non si tiene conto della differenza nel *case-mix* tra gli strati di volume di attività.

Un ulteriore limite consiste nella non omogeneità dell'indicatore di *outcome*; infatti nonostante questo sia in tutti gli studi analizzati individuato nella mortalità, la stessa viene considerata con misure diverse di breve o di medio periodo (mortalità perioperatoria, mortalità post-operatoria a 30 giorni, 60 giorni, etc.).

Osserviamo ancora che la maggior parte delle analisi svolte sono *cross-section* e questo pone dei problemi non irrilevanti, soprattutto in un contesto in cui l'obiettivo principale è quello di misurare un fenomeno di lunga durata quale l'*outcome* (esito della malattia) e non l'*output*. Ciò è particolarmente rilevante tanto più breve è l'orizzonte temporale utilizzato per la mortalità.

Un altro aspetto rilevante si desume dal fatto che, anche dove si è trovata evidenza statistica tra *outcome* e volume, come nel caso di eventi gravi (ad esempio la ventilazione meccanica o altre procedure chirurgiche), la stessa associazione potrebbe non essere confermata per tipologie di interventi a più basso rischio.

Inoltre, tutti gli studi analizzati misurano la qualità mediante indicatori di esito, fornendo una misura dei risultati dell'assistenza, non sempre utile a determinare quale pratica clinica riesca a raggiungere risultati migliori.

È peraltro noto che gli indicatori di processo forniscono una buona rappresentazione delle forme di pratica clinica e quindi dell'assistenza. Le classifiche degli ospedali basati sugli indicatori di esito possono essere quindi fuorvianti qualora si volesse esprimere un giudizio sulla qualità dell'assistenza.

Infine le analisi possono essere influenzate dalla scelta dei fattori confondenti; in particolare Khu-

<sup>2</sup> Tuttavia possono essere considerate una base di partenza nell'attesa di disporre di dati raccolti routinariamente e resi disponibili sia a livello regionale che nazionale così come avvenuto in Inghilterra dal 2001 quando è stato implementato il registro delle banche dati cliniche (Directory of clinical databases).

**Tabella 2 - Tabella riassuntiva delle principali analisi**

Studio	Variabile dipendente	Fattori confondenti	Tipo di modello	Procedura
Birkmeyer 1990	Mortalità intra ospedaliera	Età, razza, genere, payer, fattori di rischio clinico (ipertensione, obesità, dialisi, diabete etc.)	Modello logistico	Procedure chirurgiche a cuore aperto
Birkmeyer 2002	Mortalità intra ospedaliera o a 30 giorni	Volume di attività, sesso, razza, punteggio Charlson e non elective admission	Modello logistico	14 tipi di procedure chirurgiche tra cui bypass arterio coronarico
Khan 2006	Mortalità	Quartili di volume, regione di ospedalizzazione, numero di posti letto, severità del paziente, sesso, età, razza, diagnosi di dimissione, trasferimenti di struttura, tipo di intensive care units	Modello logistico e regressione lineare	Ventilazione meccanica per pazienti non chirurgici
Khuri 2002	Mortalità a 30 giorni e morbilità	53 variabili pre operatorie (demografiche, cliniche e di laboratorio) 15 variabili intra-operatorie (variabili cliniche) e 34 variabili post operatorie (tra cui durata della degenza e sopravvivenza nel lungo periodo)	Modello logistico e calcolo dei tassi O/E	10 tipi di procedure chirurgiche tra cui chirurgia vascolare
Hannan 2005	Mortalità	Severità della malattia e altri fattori di rischio	Logistico multilevel: livello 1 pazienti livello 2 ospedali	Bypass arterio coronarico

ri afferma che le correlazioni evidenziate da Birkmeyer tra volume e qualità, oltre ad essere relativamente basse, non tengono conto di un numero considerevole di fattori di *risk adjustment*.

#### **5.1.4 Le conseguenze per le politiche di promozione della qualità in sanità**

Quanto precede può sintetizzarsi nell'esistenza di una empasse relativa alla capacità di fornire una chiara indicazione delle determinanti della qualità. Al di là dell'aspetto inferenziale, la questione ha un impatto importante sulle politiche sanitarie: gli studi citati, infatti, hanno generato indicazioni di politica sanitaria differenti.

La problematica della misura della qualità non prescinde da quella della politica di promozione della stessa; piuttosto, le politiche di promozione e sviluppo della qualità possono implicare una specifica dimensione della stessa. Qualora si accetti la teoria per cui il volume sia correlato con la qualità e, in particolare, con la specializzazione delle cure, allora si troverebbe nei centri di eccellenza la strategia ottimale per correlare qualità e quantità. L'obiettivo della promozione dei centri di eccellenza sarebbe quello di concentrare trattamenti omogenei all'interno di poche strutture specializzate, al fine di migliorare la qualità delle cure. Perché ciò avvenga è necessario che i pazienti vengano corretta-

mente indirizzati verso tali centri. Importante, in tale contesto, è quindi il ruolo dei *payers*, che possono vincolare gli assistiti a dirigersi verso ospedali di alta qualità o verso medici chirurghi esperti per procedure selezionate (in questo caso il modello si sovrappone in larga misura al modello di *pay-per-performance*: vedi oltre). Alternativamente i *payers* possono persuadere i pazienti attraverso dei “pacchetti vantaggiosi” o incentivi finanziari.

Il modello dei centri di eccellenza ha alcuni aspetti di attrazione: è relativamente facile e poco costoso da implementare, permette un’interazione con i pazienti ed esistono buone misure per identificare gruppi di *provider* con *performance* superiori. Inoltre recenti studi suggeriscono che la storia del volume delle procedure e dei tassi di mortalità di un ospedale è un forte predittore della *performance* dello stesso ospedale nel futuro.

Tale metodologia presenta, però, anche degli svantaggi: riduce l’autonomia del paziente (e qualche volta l’accesso alle cure), crea un’estrema polarizzazione verso una o poche strutture, divide i *provider* in “vincitori e vinti” ed è complesso stabilire chi è realmente “eccellente”. Infine la metodologia ha lo svantaggio di basarsi su indicatori di qualità che sono *proxy* non esaustive delle *performance*.

Peraltro Birkmeyer (2004) è conscio che il limite dei centri di eccellenza è quello di concentrare la qualità in poche aree, creando un problema di irraggiungibilità delle strutture da parte di tutti dei pazienti. Assumendo la tesi di Khuri, cade peraltro la logica dei centri di eccellenza: il volume potrebbe addirittura disincentivare la qualità.

Le alternative proposte in letteratura ai centri eccellenza sono il *pay-for-performance* e il *pay-for-participation*. I programmi *pay-for-performance* legano il finanziamento a dei premi in funzione delle *performance*. In particolare il principio che governa questo tipo di programma è quello per cui i *payers* garantiscono dei premi agli ospedali per le loro migliori *performance*. Questo comporta che, già nel breve periodo, gli ospedali con peggiori *performance* verranno penalizzati sotto il profilo finanziario.

Così come nel caso dei centri di eccellenza, il modello *pay-for-performance* soffre della difficoltà di non disporre di misure accurate in grado di valutare le *performance* ospedaliere. Le misure specifiche di *outcome*, infatti, non sono del tutto attendibili a causa della bassa numerosità campionaria e della poca accuratezza dei dati clinici. Inoltre molte misure sulla qualità non sono disponibili per le cure primarie ma esclusivamente per quelle secondarie (quali ad esempio uso di antibiotici per ridurre i tassi di infezione nell’area chirurgica). Ulteriori limiti di questo tipo di programma sono quelli di avvantaggiare le strutture già eccellenti e quindi di rinforzare lo *status quo* (sebbene meno che nel modello di premio “complessivo” alla struttura).

Il pregio principale di questo modello è quello di essere meno polarizzante rispetto ai centri di eccellenza e inoltre permette che ogni struttura possa in teoria “vincere”, migliorando le proprie *performance*.

Un esempio di programma *pay-for-performance* è l’iniziativa di Medicare per le procedure chirurgiche cardiache: gli ospedali, le cui *performance* si posizionano nei primi 10 percentili della graduatoria degli indicatori compositi di qualità, ricevono un bonus sul rimborso pari al 2% (1% se nei primi 20).

Il sistema *pay-for-performance* non è necessariamente scisso da quello dei centri di eccellenza, in quanto la logica dei centri di eccellenza è quella di concentrare in poche uni-

tà di eccellenza tutto il volume di attività mentre quella del *pay-for-performance* è una logica secondo cui le prestazioni inferiori vengono penalizzate rischiando di far uscire la struttura dal mercato nel medio-lungo periodo.

Una logica diversa, perché più centrata sull'aspettativa che la qualità possa nascere da atteggiamenti di collaborazione e non di concorrenza, è quella dei programmi *pay-for-participation*. Tali programmi assumono che la qualità sia un problema di collaborazione; infatti gli ospedali e i chirurghi vengono ricompensati per la partecipazione e la collaborazione prestata all'attività di valutazione e miglioramento della qualità delle cure e non in base alle performance individuali (ospedali e chirurghi). Al fine di realizzare miglioramenti nella qualità chirurgica, in una logica di *accountability*, gli ospedali e i chirurghi ricevono, a regolari intervalli di tempo, *feed-back* sulle *performance* proprie e dei loro simili (altri ospedali e altri chirurghi). I partecipanti sviluppano piani specifici d'intervento da implementare in tutti gli ospedali sotto la direzione di coordinatori. Questi piani vengono poi valutati empiricamente, discussi durante una serie di incontri e ridefiniti.

Peraltro, come riportato da Birkmeyer (2004), i piani *pay-for-participation* sono difficili da organizzare in quanto gli ospedali e i chirurghi sono più propensi ad essere competitivi che collaborativi. Un incentivo alla partecipazione a questi programmi consiste però nella possibilità di acquisire dati importanti.

In ogni caso i programmi *pay-for-performance* e *pay-for-participation* non sono alternativi. Ogni modello analizzato presenta vantaggi e svantaggi: i centri di eccellenza sono la soluzione ideale per quel tipo di patologie e procedure non comuni, ad alto rischio e con una elevata variazione negli *outcomes*; il modello *pay-for-performance* sembra la strada migliore per ottenere un miglioramento complessivo delle cure chirurgiche e infine i modelli *pay-for-participation* sono la strada migliore per incrementare realmente la qualità in tutte le strutture grazie alla collaborazione tra le stesse.

Nella realtà sarebbe quindi auspicabile e possibile un mix tra questi tre modelli.

### 5.1.5 Conclusioni

Pur prescindendo dalle più generali difficoltà di misura della qualità in sanità, anche ove si è maggiormente concentrata l'attenzione degli studiosi, ovvero nell'ambito chirurgico, si assiste ad una sostanziale *empasse*.

La numerosità dei fattori che condizionano l'evidenza raccolta suggerisce che per uscire da questa *empasse* risulta indispensabile finanziare adeguatamente progetti specifici, creando data base istituzionali, attendibili, completi e coerenti, sulla qualità delle prestazioni.

Altresì appare necessario che ai numerosi studi in ambito chirurgico vengano affiancate analisi in altri campi, per verificare l'esistenza di una eventuale relazione tra volume di attività e qualità dei servizi in tutti gli ambiti sanitari. Affinché questo sia possibile risulta ancora più importante poter contare su dati attendibili, nonché trovare un accordo su una misura di *outcome* diversa o complementare alla mortalità.

In un'ottica di politica sanitaria riferita al SSN italiano, l'importanza di trovare un accordo sulla misura della qualità, come anche promuovere una raccolta sistematica di dati utili a tale scopo, è confermata dalle previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 che, introducendo forme

di concorrenza (economica) nel SSN, non mancò di dedicare ampio spazio alla promozione e valutazione della qualità.

In un sistema pubblico come quello italiano, in cui i sistemi di incentivi economici hanno limitata efficacia, per effetto dell'esistenza di *soft budget constraint*, l'incentivazione della qualità assume una rilevanza ancor più strategica: essa, infatti, può permettere al regolatore, più dei vincoli economici, di pianificare una efficiente ed efficace rete di strutture sul territorio.

Il fatto che sinora le previsioni del D.Lgs. n. 502/1992 siano rimaste in larga misura incompiute, può in parte essere giustificato dalle difficoltà oggettive di misurazione e valutazione della qualità richiamate nel presente contributo.

Peraltro la natura in larga misura unitaria e pubblica del SSN italiano può permettere di superare alcune delle principali difficoltà sopra richiamate, quali la scarsa numerosità dei campioni analizzati e la carenza di data base istituzionali. È però necessario che si affermi una cultura dell'*accountability* della qualità.

È altresì imprescindibile che inizi una seria riflessione su quale mix delle principali opzioni di politica di promozione della qualità in sanità può efficacemente applicarsi al caso italiano: il perseguimento della qualità è infatti una priorità anche per garantire l'efficienza del sistema e può iniziare anche senza un accordo sui metodi di valutazione.

In conclusione è auspicabile che si svolga una approfondita riflessione sulle scelte da effettuarsi in tema di qualità, valutando l'opportunità di promuovere centri di eccellenza, piuttosto che di programmi di *pay-for-participation* o di inserire dimensioni qualitative nel sistema di finanziamento dei *provider* (*pay-for-performance*): le caratteristiche peculiari del SSN italiano fanno peraltro propendere per un approccio integrato, rispettoso degli obiettivi di sviluppo del sistema sanitario.

### Riferimenti bibliografici

- Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD (2004). *Measuring the Quality of Surgical Care: Structure, Process, or Outcomes?* Elsevier Inc.
- Birkmeyer NJO, Birkmeyer JD (2006). *Strategies for Improving Surgical Quality – Should Payers Reward Excellence or Effort?* The New England Journal of Medicine 354; 8.
- DeLong ER, Peterson ED, DeLong DM (1997), et al. *Comparing risk-adjustment methods for provider profiling*. Stat. Med.16:1645-2664.
- Donabedian A (1966). *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Mem Fund Q; Suppl:166-206.
- Goldstein H, Spiegelhalter DJ (1996). *League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance*. J Royal Stat Soc;159:385-409.
- Hannan EL et al. (1990). *Adult Open Heart Surgery in New York State, An analysis of Risk Factors and Hospital Mortality Rates*. JAMA Vol. 264:21.
- Kahn JM, Goss CH, Heagerty PJ et al. (2006). *Hospitals volume and the outcomes of mechanical ventilation*. The New England Journal of Medicine 355:41-50.
- Khuri SF, Henderson WG (2005). *The Case Against Volume as a Measure of Quality of Surgical Care*. World Journal of Surgery 29:1222-1229 DOI: 10.1007/s00268-005-7987-6.
- Khuri SF, Henderson WG (2002). *The comparative assessment and improvement of quality of surgical care in the Department of Veterans Affairs*. Arch Surg 137:20-7.

- Raudenbush SW, Bryk AS (2002). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA; Sage Publications.
- Thomas N, Longford NT, Rolph JE (1994). *Empirical Bayes methods for estimating hospital-specific mortality rates*. *Stat Med*. 13:889-903.