



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

Corso di Laurea Magistrale in Management pubblico e dei sistemi socio-sanitari

***“Strategie per migliorare il servizio offerto in sanità, attraverso  
l'analisi comparata NHS-SSN, tra efficienza del sistema e  
qualità percepita”***

-----

***“Strategies to improve the healthcare service, through the NHS-  
SSN comparative analysis, between system efficiency and  
perceived quality”***

Relatore:  
Chiar.mo prof. Luca Del Bene

Tesi di Laurea di:  
Francesca De Marco

Anno Accademico 2019/2020

## INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

### Capitolo I

#### IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1.1.1	Caratteristiche istituzionali <i>NHS</i> .....	6
1.1.2	Caratteristiche istituzionali <i>SSN</i> .....	14
1.2	Funzionamento complessivo del sistema: UK.....	20
1.3	Funzionamento complessivo del sistema: Italia.....	26
1.4	Assetti organizzativi a confronto.....	33

### Capitolo II

#### QUALITA' IN SANITA'

2.1	Le dimensioni della qualità.....	47
2.2	La teoria dei 5 gap.....	55
2.3	Confronto tra le principali metodologie di analisi.....	58
2.4	Evoluzione legislativa dell'approccio alla Qualità in sanità.....	62

### Capitolo III

#### METODI E STRUMENTI DI *CLINICAL GOVERNANCE*

3.1	<i>Patient satisfaction</i> .....	78
3.2	Esperienza Italiana: “ <i>Questionario di Qualità Percepita</i> ” .....	84
3.3	Esperienza Britannica: “ <i>The Picker Patient Experience Questionnaire</i> ” .....	86
3.4	<i>Clinical Audit: Italia</i> .....	90
3.5	<i>Significant event audit (SEA):UK</i> .....	94
3.6	Misurazione e valutazione della performance.....	100

<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>107</b>
<b>RINGRAZIAMENTI.....</b>	<b>112</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>113</b>

## INTRODUZIONE

Fu la Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>1</sup> a definire la salute come “*completo stato di benessere fisico, mentale e sociale*” e quindi non semplicemente l'assenza di malattia. Il raggiungimento del maggiore livello di salute diviene così un risultato sociale estremamente importante, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori, in particolare di quello economico e sociale, in aggiunta a quello sanitario. La promozione della salute è un processo complessivo ed interdisciplinare e si realizza attraverso la sua tutela come *investimento sociale*. La salute consiste quindi nella capacità di mantenere il proprio equilibrio vitale, di affrontare gli eventi della vita e di adattarsi ai cambiamenti del proprio ambiente, di sviluppare opportune forme di cura reciproca ed organizzata e in questo contesto, l'attenzione è rivolta sempre più verso l'identificazione delle responsabilità dei vari professionisti che porta a processi di corresponsabilizzazione, quindi diviene necessario la valutazione delle singole attività. Come si evince da una delle ultime classifiche *Bloomberg*, denominata “*Health Care Efficiency*”, che misura il rapporto tra la spesa per la sanità e l'aspettativa di vita in base ai dati del 2015 di 56 paesi<sup>2</sup>, l'Italia si posiziona al 4° posto nel settembre 2018, superando qualsiasi aspettativa. In particolare, si è valutato l'indice di *efficienza sanitaria* per classificare i Paesi che hanno una vita media di almeno 70 anni, un PIL pro-capite superiore a 5,000 dollari e una popolazione minima di 5 milioni. Italia che ricorda *Bloomberg*, in un'altra classifica, è prima al mondo per popolazione sana. Un ancora più recente studio, denominato “*Global Burden of Diseases*”, che misura la Performance sanitaria in Italia dal 1990 al 2017, ha preso in considerazione: cause di morte, anni di vita persi, anni vissuti con disabilità, attesa di vita corretta per disabilità (DALY), aspettativa di vita alla nascita e all'età di 65 anni, aspettativa di vita sana e indice di accesso e qualità alla salute (HAQ). Sono state confrontate le stime per l'Italia con quelle di altri 15 paesi dell'Europa occidentale e dai risultati pubblicati sulla rivista *The Lancet Public Health*, emerge che

---

<sup>1</sup> L'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS, istituita nel 1948 con sede a Ginevra è l'Agenzia delle Nazioni Unite, specializzata per le questioni sanitarie e vi aderiscono 194 Stati Membri di tutto il mondo divisi in 6 regioni (Europa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico).

<sup>2</sup> Fonte: Banca Mondiale, Oms, Nazioni Unite, Fondo Monetario Internazionale.

la Sanità italiana si posiziona al nono posto in classifica mondiale per *qualità* del servizio erogato. Nota dolente è che tuttavia, l'Italia arriva ultima per quanto riguarda il tasso di fertilità che è tra i più bassi al mondo (solo 1,3%). Ciò significa che il Belpaese è destinato ad invecchiare velocemente. Nonostante questo, la popolazione italiana ha un'alta speranza di vita. Il che non è sempre positivo, perché aumentano le patologie croniche legate all'invecchiamento. Dai dati è emerso anche che gli italiani, dal 1990 ad oggi, hanno aumentato gradualmente le spese per le cure private, conseguenza della riduzione dei finanziamenti pubblici alla salute.<sup>3</sup> Come è ormai già noto, infatti, si assiste ad una progressiva e inesorabile privatizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia. Un cambio di registro silenzioso e pervicace, che sta portando la sanità italiana fuori da quell'universalismo delle cure pur presente nella Costituzione. Uno dei più grandi vantaggi realizzabili nel settore pubblico è quello di poter definire dei confronti con altri enti pubblici, un'opzione che nel settore privato non è sempre possibile o vantaggiosa. L'obiettivo di questo lavoro è l'analisi di una variabile basilare del sistema sanitario italiano in confronto con quello inglese da cui ha tratto ispirazione, che è la qualità. Considerando come i percorsi evolutivi del SSN e NHS possono considerarsi per certi aspetti paralleli, attraverso un'analisi comparata tra i due, si vuole mettere in evidenza come sia necessario favorire l'implementazione di uno strumento della *clinical governance* diffuso particolarmente in Gran Bretagna, che è il SEA e la definizione di un orientamento volto a favorire il pieno soddisfacimento dell'utenza. Per favorire la reale apertura delle organizzazioni sanitarie verso la visione cittadino-centrica e favorire l'effettiva implementazione di una rete integrata dell'assistenza, soprattutto nell'ambito delle cure primarie, e a fronte dei livelli sempre maggiori di informazione e consapevolezza dei pazienti, si rende necessario un orientamento delle aziende sanitarie sulla *Patient Satisfaction*. Quest'ultima consiste nel considerare la prospettiva dell'utilizzatore del servizio stesso, al fine di definire non solo nuove modalità di attrazione per le aziende ospedaliere, ma soprattutto le criticità nel sistema secondo il punto di osservazione del paziente stesso e poter stabilire

---

<sup>3</sup> Monasta L., "Italy's health performance, 1990–2017: findings from the Global Burden of Disease Study 2017" in The Lancet Public Health, Institute for Maternal and Child Health IRCCS "Burlo Garofolo", published online at DOI:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30189-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30189-6), 2019.

conseguenzialmente obiettivi di miglioramento in tal senso. Sono stati perciò presi di riferimento due strumenti per la misurazione della qualità percepita, rispettivamente utilizzati in Italia e Gran Bretagna, ossia il *Questionario di Qualità Percepita*” definito dal Centro di Soddisfazione dell’Utenza dell’Università degli Studi di Siena, in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, ed il “*The Picker Patient Experience Questionnaire*” definito dal *Picker Institute*.

## Capitolo I

### IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Fu il passaggio da “sudditi” a “cittadini” a determinare, insieme allo sviluppo capitalistico, la nascita e lo sviluppo dello stato sociale<sup>4</sup>. La cittadinanza moderna costituisce secondo *Marshall*, il frutto di un processo plurisecolare, innescato dalla Rivoluzione inglese e francese, attraverso cui sono maturati ed hanno ottenuto riconoscimento giuridico e costituzionale, tre diversi tipi di diritti<sup>5</sup>:

- 1) *Diritti civili*, concernenti la sfera della libertà e dell’inviolabilità individuale, che consentono il pieno dispiegarsi dell’economia di mercato
- 2) *Diritti politici*, che sono a fondamento della partecipazione democratica e riguardano i processi elettorali
- 3) *Diritti sociali*, che riguardano la tutela sociale dei bisogni fondamentali delle persone realizzata attraverso il welfare state.

Fu tuttavia, la continua crescita economica, tra il 1945 e il 1973, il cosiddetto periodo dei “*Trenta gloriosi*” (anni in cui l’economia europea crebbe al ritmo annuo del 4.5% in media) che determinò l’estensione delle assicurazioni sociali contro i rischi della vecchiaia, dell’invalidità, della malattia e della disoccupazione: tutti rischi che comportavano la perdita della posizione lavorativa.<sup>6</sup> Furono queste dunque le principali forme di protezione sociale che il modello consolidato di welfare sviluppò, cominciando dai lavoratori industriali, per poi allargare le tutele anche agli altri strati sociali. A fianco di questi sviluppi, si ebbe anche lo sviluppo straordinario dei sistemi sanitari e dei sistemi di istruzione: due sistemi il cui accesso fu concepito sempre più come un diritto sociale per i cittadini-lavoratori, ovvero in parte indipendente dalle condizioni economiche di partenza.<sup>7</sup> La copertura contro i rischi legati a problemi di salute è stato quindi un importante settore di intervento del welfare.

---

<sup>4</sup> C. Ranci e E. Pavolini, “*Le politiche di welfare*”, Il Mulino, 2014, cap I, pp 13-15

<sup>5</sup> Marshall, T. H., “*Citizenship and social class, and other essays*”, Cambridge: Cambridge University Press, 1950 (tr. it.: *Cittadinanza e classe sociale*, a cura di S. Mezzadra, Roma-Bari: Laterza, 2002.

<sup>6</sup> [https://www.corriere.it/sette/13\\_marzo\\_13/2013-11-vigo-boom-economico\\_8c939f22-8bef-11e2-8351-f1dc254821b1.shtml?refresh\\_ce-cp](https://www.corriere.it/sette/13_marzo_13/2013-11-vigo-boom-economico_8c939f22-8bef-11e2-8351-f1dc254821b1.shtml?refresh_ce-cp), ultimo accesso 18/03/2020

<sup>7</sup> Ranci C., E. Pavolini, “*Le politiche di welfare*”, Il Mulino, 2014, cap II, Pag. 57

In particolare, nel secondo dopoguerra, la focalizzazione del sistema è stata prevalentemente centrata sulla prevenzione primaria e sulla cura dei bisogni acuti tramite ospedalizzazione. I principali modelli differenziati di sistema sanitario che si sono venuti a consolidare, sono stati:

- 1) *Assicurazione privata di malattia*, diffuso prevalentemente negli Stati Uniti d'America, il quale prevede un ruolo dello stato nel coprire la spesa sanitaria davvero limitato;
- 2) *Sistema mutualistico* (definito anche assicurazione sanitaria obbligatoria), diffusi prevalentemente nell'Europa continentale, il quale prevede che siano i lavoratori a versare dei contributi direttamente nelle casse mutue che a loro volta offrono prestazioni e servizi sanitari;
- 3) *Servizio sanitario Nazionale*, il quale si basa sul principio di cittadinanza (residenza) quale criterio per l'accesso alle prestazioni, indipendentemente dai criteri economici dei singoli.<sup>8</sup>

Il primo Paese ad introdurre il Servizio sanitario nazionale fu il Regno Unito, seguito dai Paesi Scandinavi e poi in quelli Mediterranei, tra i quali l'Italia. La struttura del *National Health Service* (NHS), le cui principali caratteristiche sono delineate nel paragrafo seguente, entra in funzione il 5 luglio 1948, a seguito del *National Health Service Act* del 1946. L'NHS è la quinta azienda al mondo per numero di dipendenti e conta quasi 1,6 milioni di lavoratori fra medici di base, infermieri e membri dello staff medico. A fine 2015, il numero degli impiegati nel solo NHS era di 1,23 milioni, con un aumento dell'1,5% rispetto all'anno precedente<sup>9</sup>. Il numero di medici di base nel Regno Unito è di 43'605, di cui circa 36'000 nella sola Inghilterra. Il numero di specialisti è invece di 2,8 ogni 1000 abitanti, dato che è ad esempio più basso della media italiana (3.9).<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> Marinò L., "La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali", G. Giappichelli, 2008, cap. II, pp 43-45

<sup>9</sup> Campbell D., P. Duncan, "10 truths about Britain's health service", The Guardian, 2016;

<sup>10</sup> Il Sole 24 Ore, "In Italia ci sono quattro medici ogni 1000 abitanti. Siamo quinti in Europa ma manca la staffetta generazionale", 2016



### **1.1.1 Caratteristiche istituzionali NHS**

L' NHS nasce nel 1948 in Gran Bretagna, come sistema fortemente accentrato, a cui è assegnata la responsabilità della quasi totalità dei servizi sanitari, lasciando al settore privato un ruolo marginale, limitato alle sole classi agiate. Tale organizzazione si fondava su tre pilastri assistenziali: *ospedali, strutture socio assistenziali o per lungodegenti e la medicina di base*. Il sistema era fortemente integrato e i servizi sanitari erano erogati in buona parte da strutture pubbliche finanziate con budget globali. Il Ministero trasferiva le risorse ad enti responsabili per i servizi regionali a cui era anche delegato il finanziamento delle autorità distrettuali, le quali a loro volta gestivano e finanziavano gli ospedali e gli altri servizi territoriali. Il modello descritto, almeno inizialmente, aveva consentito la diffusione dell'azione assistenziale e del controllo sulla spesa sanitaria complessiva, ma non resistette alla crisi degli anni '80, quando ai disequilibri finanziari si unirono la carenza di fondi per investimenti, anomalie nel consumo di farmaci e servizi divenuti inadeguati per i piani di sviluppo che la nuova società richiedeva.<sup>11</sup> Nel 1989 il "*Libro Bianco della sanità*" dichiarava la necessità di ridefinire l'organizzazione dei tre comparti principali del sistema, individuando come linea principale del cambiamento la costituzione di un sistema sanitario che finanziasse tutti i servizi, ma non ne fornisse nessuno ed introducendo in tal modo una netta separazione tra enti finanziatori e produttori. L' NHS si spostava così verso una logica di decentramento, di separazione dei poteri e di delega di autonomia.<sup>12</sup> La riforma dell'NHS elaborata nel "*White Paper*" *Working for Patients* rappresenta il più radicale intervento di ristrutturazione dell'NHS. I principali interventi previsti dalla riforma erano la costruzione di un mercato interno (quasi-mercato) tramite la separazione tra i produttori delle prestazioni e gli acquirenti delle stesse e l'introduzione di un nuovo modello per la medicina di base, collegata al suo rafforzamento nella funzione di *gate-keeping*<sup>13</sup>. In questo quadro, i finanziatori diventavano i compratori dei servizi per conto dei pazienti dai produttori. L'idea del *fundholding* è piuttosto semplice: rafforzare il ruolo di *gatekeeping* del medico di base, affidandogli la responsabilità

---

<sup>11</sup> *The NHS from Thatcher to Blair*, by Peter Fisher. International Association of Health Policy, healthp.org, 2007

<sup>12</sup> Marinò L., "*La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali*", G. Giappichelli, 2008, cap. II, pag. 46

<sup>13</sup> <https://navigator.health.org.uk/content/working-patients-1989>, ultimo accesso 18/03/2020

sulla gestione di un fondo per l'acquisto, per conto dei propri assistiti, dell'assistenza farmaceutica e di parte di quella specialistica. Una delle determinanti di questo successo è stata sicuramente la ferma volontà politica del governo conservatore (Thatcher e Major) nel portare avanti questa parte della riforma. L'assetto istituzionale complessivo dell'NHS è andato a regime dal 1/4/96 con la fusione tra *DHA* (*district health authorities*, ovvero Agenzie Territoriali, una volta deputate alla gestione dell'assistenza sanitaria e, dal 1991 incaricate di gestire la funzione di acquisto dei servizi) e la *FHSA* (*family health Service Authority*), il precedente gestore locale della rete dei servizi di medicina di base, di assistenza farmaceutica, odontoiatrica e oftalmica<sup>14</sup>. Obiettivo di questa fusione è la creazione di un'agenzia unica denominata *Health Authority*, responsabile per la tutela della salute della popolazione residente e incaricata dell'acquisto dei servizi all'interno del nuovo quasi mercato. Precedentemente infatti il sistema britannico separava alla fonte il finanziamento dell'assistenza sanitaria, attribuendo alle DHA quello per i servizi specialistici e di comunità, e alle FHSA quello per i medici di base, l'assistenza farmaceutica e altre funzioni minori. Ora il sistema si trova ad avere quattro attori pubblici fondamentali: le Aziende Ospedaliere (*NHS Hospital Trusts*); le aziende di produzione dei servizi territoriali (*NHS Community Trusts*); le Health Authority (*HA*) che acquistano i servizi, compresa la medicina di base e i medici di medicina generale, *fundholder e non fundholder*. I Medici di Medicina Generale sono dei professionisti indipendenti, convenzionati con l'NHS, analogamente a quanto avviene in Italia. Il nuovo schema attribuisce ai MMG che vi aderiscono su base volontaria, un budget (fund) con il quale acquistare i farmaci e alcune prestazioni specialistiche per i propri assistiti, scegliendo le aziende pubbliche o private e gli specialisti e negoziando con questi il prezzo dei servizi "acquistati". Convivono quindi ora due distinti acquirenti del NHS, responsabili di tipologie di prestazioni diverse: il *District* (ora *HA*) e i *MMG*. Il primo è pensato come espressione di una logica di programmazione pubblica a partire dai bisogni di una comunità locale; l'altro come espressione diretta della domanda<sup>15</sup>. Se i distretti sono chiamati ad analizzare i bisogni e valutare le

---

<sup>14</sup> Fattore G., Longo F., "Il *fundholding* nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio" in Mecosan, Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, 1996, sezione 4, num.18, pag 110

<sup>15</sup> Ibid.

priorità per tutti i bisogni sanitari di un'ampia popolazione, i MMG fundholder sono chiamati a rispondere alle esigenze espresse dai loro pazienti e a gestire una domanda individuale, acquistando un ventaglio limitato di prestazioni per una popolazione di piccole dimensioni. E' l'agenzia pubblica (HA) che definisce che cosa si acquista, a fronte dei bisogni osservati e delle risorse disponibili. All'interno del budget disponibile, i MMG, possono acquistare le prestazioni e i servizi liberamente, presso aziende pubbliche o private o presso specialisti singoli. Anche le modalità di erogazione sono libere, tanto che i MMG possono addirittura contrattare l'erogazione dei servizi nel proprio ambulatorio. Il cittadino da parte sua, può liberamente cambiare il proprio MMG, trasferendo quindi la propria quota del fondo. La libertà di scelta del medico da parte del paziente introduce un elemento di competizione tra i vari medici, il cui reddito dipende dal numero dei pazienti assistiti. L'organizzazione interna per la gestione del fundholding si struttura attorno alla presenza di tre tipi di professionalità a supporto del lavoro del medico di medicina generale: il Fund Manager, il Practice Manager e gli impiegati amministrativi. Il fund manager si preoccupa di supportare la gestione complessiva del budget e dei rapporti con l'esterno, prepara il budget preventivo con cui negoziare con l'HA locale, partecipa al processo negoziale e opera di fatto come responsabile del processo interno di programmazione e controllo definendo l'allocazione delle risorse tra i medici e tra le componenti della spesa; prepara inoltre i report consuntivi per i MMG, discutendo insieme a loro i risultati, rivedendo eventualmente la programmazione interna. A questa attività è inoltre collegata la negoziazione e la contrattazione con i fornitori. Il practice manager supporta i medici per l'organizzazione ed il governo di tutti gli aspetti connessi all'attività sanitaria: organizza percorsi di accoglienza e di prenotazione, le agende degli appuntamenti, le attività più complesse, supporta iniziative quali la definizione di protocolli e la gestione di casistiche particolarmente complesse. Il personale amministrativo è necessario per supportare questa complessa attività di gestione e di organizzazione. Uno degli obiettivi del fundholding è promuovere miglioramenti dell'efficienza, incoraggiando i medici di medicina generale a razionalizzare le prescrizioni di farmaci e l'utilizzo dell'assistenza specialistica e ad operare una pressione sulle strutture d'offerta affinché sia migliorato

il rapporto qualità e prezzi delle prestazioni erogate. I fundholders, come d'altra parte le HA, includono degli standard di qualità nei contratti con i Trust. Questi standard riguardano specifici elementi come la comunicazione ai medici di medicina generale di informazioni sulle caratteristiche dei servizi offerti e la lunghezza delle liste d'attesa. Diversi studi basati sulla percezione da parte dei medici di medicina generale, evidenziano come sia impressione diffusa che il regime di fundholding produca dei benefici sia agli occhi dei pazienti che a quelli dei MMG stessi<sup>16</sup>. Tuttavia, non sembra che questi miglioramenti riguardino la qualità tecnica delle prestazioni, quanto piuttosto una serie di elementi relativi al comfort del paziente e agli ambiti relazionali. È pertanto possibile sostenere che, almeno in prima istanza, il regime non ha generato cambiamenti rilevanti sul fronte della qualità, fatta forse eccezione per alcuni elementi maggiormente visibili da parte dei pazienti che sembrerebbero essere stati migliorati, come d'altra parte era da attendersi da uno schema che valorizzava il ruolo della "voice" dei pazienti e che la collega a potenziali "Exit" (il cambio dello specialista da parte del MMG e il cambio del MMG da parte del paziente). Il sistema invece ha condotto verso una maggiore responsabilizzazione economica dei MMG, anche se questa necessita di essere monitorata attentamente, facendo attenzione ai dettagli dello schema e bilanciando i meccanismi competitivi e di incentivazione con puntuali sistemi di monitoraggio e di regolamentazione di questo "quasi-mercato"<sup>17</sup>. Quest'ultimo assunto è generalmente valido per tutte le iniziative di riforma intraprese nei paesi industrializzati; in questi anni i mercati in sanità possono funzionare soltanto se sono accompagnati dallo sviluppo di strumenti di regolamentazione e monitoraggio in grado di garantire che le forze del mercato lavorino in funzione degli interessi sociali. Inoltre, il rafforzamento della funzione di gatekeeping insita nello schema di fundholding, ha contribuito notevolmente ad attribuire alla medicina generale quella funzione di "guida" che tanto è stata auspicata in questi ultimi 20 anni.<sup>18</sup> Con la riforma del marzo 2012 "*Health and Social Care Act 2012*"<sup>19</sup>, i principali obiettivi dichiarati,

---

<sup>16</sup> Bradlow, Coulter 1993; Burr et al. 1992, Maxwell et al. 1993; Howie et al. 1994, Bailey et al. 1994

<sup>17</sup> Crivellini M., "*Sanità e salute: un conflitto di interesse*", Franco Angeli Editore, 2004, cap. III, pgg 130-135,

<sup>18</sup> Fattore G., Longo F. "*Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio*" in Mecosan, Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, 1996, sezione 4, num.18, pp 110-122

<sup>19</sup> <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>, ultimo accesso: 19/11/2019

sono volti alla semplificazione dell'apparato burocratico per recuperare la centralità del paziente nel processo di cura. Molte delle trasformazioni introdotte dalla riforma interessano i MMG Inglesi; in particolare una delle principali innovazioni previste è l'abolizione dei Primary Care Trust (PCT, un equivalente delle nostre *Aziende Sanitarie Locali –ASL*) e delle “*Strategic Health Authorities*” (SHA – Strutture che esplicano funzioni simili ai nostri *assessorati Regionali alla Sanità*). Questi enti verranno sostituiti sia fisicamente che funzionalmente dai *Clinical Commissioning Group* (CCG), ovvero grandi consorzi di medici di famiglia (*General Practitioners – GPs*). I CCG sono organizzazioni private, formate da gruppi di GPs con almeno un accountable officer, che hanno l'obiettivo di garantire assistenza ai loro iscritti. Tale assistenza dovrà essere erogata direttamente o commissionando i servizi, promuovendo l'uguaglianza e coinvolgendo il paziente e la comunità nella definizione dei percorsi assistenziali più idonei e nella successiva valutazione. I CCG collaborano con altre figure sanitarie e con le “Local Communities” e le “Local Authorities”. Ogni associazione di medici di famiglia (GP practice) deve appartenere ad un CCG, che deve formarsi in modo tale da assicurare “la migliore assistenza ed i migliori risultati in termini di salute”<sup>20</sup>. Sebbene sia prevista la libertà del paziente, che sceglie a quale practice iscriversi, i CCG dovrebbero avere confini che “normalmente” non oltrepassano quelli delle Local Authorities e con un numero di pazienti oscillanti tra i 100.000 ed i 750.000. Il finanziamento, basato sugli iscritti alle practice (e quindi non più in riferimento all'area geografica come avveniva prima della riforma) proviene da un organismo centrale autonomo (NHS Commissioning Board) con funzione di “accreditamento” e controllo dei CCG. Infatti l'NHS Commissioning Board può anche assegnare, qualora lo ritenesse necessario, una practice ad un CCG. A livello locale, invece, sarà il “*New Health and Wellbeing Boards*“, con sede nelle Local Authorities, ad assicurare la soddisfazione dei bisogni dei cittadini, raccogliendo ogni eventuale necessità proveniente dagli utenti. Tale organismo vedrà la partecipazione di rappresentanti dei CCG, esperti di sanità pubblica, altri servizi per l'assistenza di minori e adulti, nonché

---

<sup>20</sup> <https://www.nhscc.org/ccgs/>, ultimo accesso 18/03/2020

rappresentati della società civile (*Healthwatch*). Nella figura sottostante (Fig. I.1) è possibile osservare quale sia l'attuale architettura del NHS. Il perno del vecchio sistema era rappresentato dai *Primary Care Trust* (PCTs), quello dell'attuale sistema sono i CCGs.

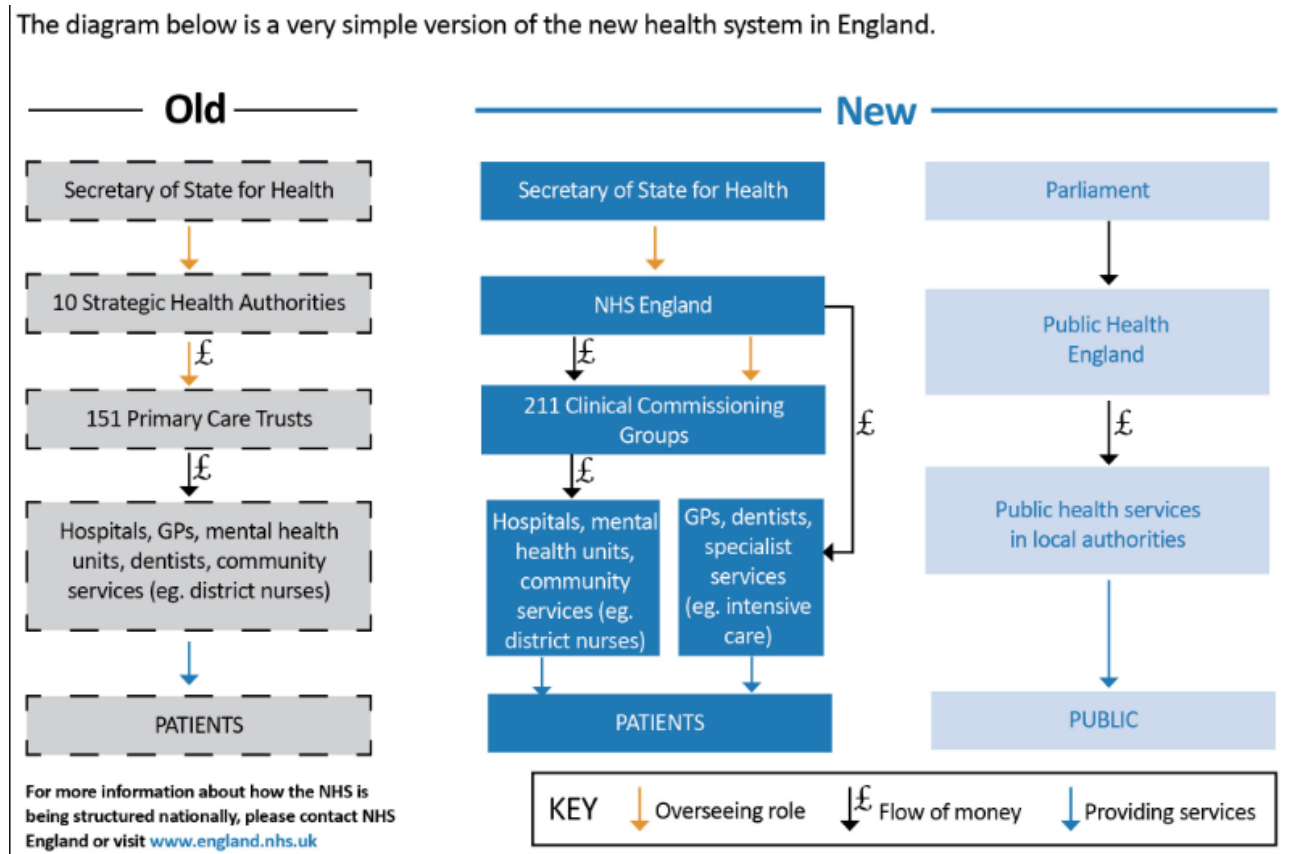


Fig. I.1

Tra i principali punti di forza dei CCG spicca sicuramente il maggior coinvolgimento (ed al tempo stesso responsabilizzazione) dei clinici, in particolare dei GP, associato ad una conseguente riduzione della burocrazia a livello centrale, con un consistente trasferimento delle funzioni di programmazione e controllo al livello locale. In questo senso, alcuni definiscono questa non come una rivoluzione, ma la naturale evoluzione del ruolo di committenza svolto dai GP già a partire dagli anni '90<sup>21</sup>. Nell'ottica sponsorizzata dal Governo di mettere il paziente al centro dell'NHS, si predispose il sistema alla generazione ed erogazione di un'offerta di qualità che, costituendo sicuramente un vantaggio dal punto di vista dell'iscritto "malato", potrebbe comportare un potenziale indebolimento

<sup>21</sup> S. Adams, Medical Correspondent, "*Health reforms 'will benefit most vulnerable in society'*" in The Telegraph, 2011

dell'attenzione all'iscritto "sano", in termini di medicina preventiva e di comunità. D'altra parte, la letteratura ha messo in evidenza, già in questo breve periodo, rischi e punti di debolezza della riforma, tra i quali spicca la riduzione dei servizi offerti dall'NHS, solo parzialmente delegati alle "Local Authorities", con un incremento del ricorso al privato con pagamento "out of pocket".<sup>22</sup> Su quest'ultimo aspetto molto forti sono le preoccupazioni legate al rischio di una massiccia "commercializzazione" dei CCGs, destinati a entrare nell'orbita di multinazionali ampiamente coinvolte, già prima della riforma, nel "mercato" sanitario (un rapporto di luglio 2010<sup>23</sup> riferiva che grandi compagnie private, tra le quali spiccavano Virgin, Care UK e Chilvers McCrae, controllavano 227 GP, mentre un recente articolo del *Guardian*<sup>24</sup> ammonisce sul potenziale conflitto d'interesse che sembra coinvolgere almeno la metà, se non tutte, le GP afferenti ai nascenti CCG). Uno dei rischi è che la "competition", elemento distintivo del libero mercato ed esaltata dall'attuale riforma, potrebbe diventare "consolidation", con ripercussioni negative non solo nella lotta tra i medici di medicina generale appartenenti a diversi CCG per assicurarsi un maggior numero di pazienti, ma anche nell'attività di committenza, per la quale ogni CCG gode della propria autonomia. In questo modo può avvenire che due cittadini della stessa zona e con lo stesso bisogno (manifesto o meno), ma iscritti a due CCG diversi, possano ricevere trattamenti (o attività di prevenzione) differenti per tipologia e costi. Ma le perplessità principali provengono dal fronte della Sanità Pubblica per gli aspetti legati all'incertezza dei confini geografici e alle modalità di costituzione dei CCG che si potrebbero ripercuotere negativamente sulla tutela dei soggetti che vivono all'interno di determinate aree geografiche. Vi sono infatti numerose riserve in merito al potenziale rischio di selezione dei pazienti da parte dei CCG che potrebbe facilmente aumentare le iniquità e diseguaglianze<sup>25</sup>. Rischi che potrebbero essere acuitizzati anche dalla modalità di allocazione delle risorse da parte dell'NHS, non

---

<sup>22</sup> Pollock AM, Price D, Roderick P. Health and Social Care Bill 2011: "a legal basis for charging and providing fewer health services to people in England", *BMJ* 2012;344:e1729 doi: 10.1136/bmj.e1729

<sup>23</sup> <http://www.pulsetoday.co.uk/private-companies-now-running-more-than-200-gp-surgeries/11036525.article>, ultimo accesso 18/03/2020

<sup>24</sup> <https://www.theguardian.com/society/2018/aug/05/how-virgin-became-one-of-the-uks-leading-healthcare-providers> ultimo accesso 18/03/2020

<sup>25</sup> Ibid.

più pesata sulla base dello studio dei bisogni di una determinata area geografica, ma dipendente principalmente dalla composizione dei pazienti afferenti ai vari CCG. Un ulteriore problema riguarda i sistemi informativi. Infatti, gli attuali studi di prevenzione e di analisi dei bisogni utilizzano flussi di dati sanitari raccolti su base geografica (flussi dei PCT) che facilmente si interfacciano con quelli derivanti da altre istituzioni (ad esempio le Local Authorities). I dati raccolti dai CCG, invece, oltre a poter risultare incompleti, faranno riferimento alla lista degli iscritti senza alcun riferimento alla zona geografica di residenza, rendendo difficile l'esecuzione di analisi di popolazione che hanno da sempre caratterizzato l'attività della Sanità Pubblica inglese. Che la riforma rappresenti l'inizio della fine del NHS è opinione di David Hunter, professore di politica sanitaria all'Università di *Durham*, il cui punto di vista è così riassunto: “quando la sanità è dominata dal mercato dobbiamo aspettarci: a) una riduzione della qualità delle cure; b) un aumento dei costi; c) il trasferimento di finanziamenti pubblici in profitti privati; d) la riduzione della libertà di scelta; e) la perdita di controllo democratico e di public accountability nel campo dell'assistenza sanitaria”.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> Hunter D. “Will, 1 April mark the beginning of the end of England's NHS? Yes”, in Pubmed, 2013



### **1.1.2 Caratteristiche istituzionali SSN**

Il Servizio sanitario nazionale (SSN), istituito dalla legge n.833 del 1978, ha rappresentato la risposta alla necessità di ridefinire l'assetto complessivo della sanità italiana, con l'obiettivo di superare il modello di stampo mutualistico che determinò un'eccessiva frammentazione del sistema di offerta di servizi e una scarsissima capacità di controllo sulla spesa<sup>27</sup>. Il SSN garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito e lavoro e si basa sui seguenti principi fondamentali:<sup>28</sup>

- Responsabilità pubblica della tutela della salute;
- **Universalità** ed equità di accesso ai servizi sanitari;
- **Globalità** di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, secondo quanto previsto dai Livelli essenziali di assistenza; quindi non viene presa in considerazione la malattia bensì la persona nella sua sfera bio-psico-sociale.
- Finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale;
- "Portabilità" dei diritti in tutto il territorio nazionale e reciprocità di assistenza con le altre regioni.
- **Uguaglianza** in virtù della quale tutti hanno diritto alla stessa prestazione.

Il governo del sistema sanitario è esercitato in misura prevalente *da Stato e Regioni*, secondo la distribuzione di competenze stabilita dalla Carta costituzionale e dalla legislazione in materia. Le previsioni costituzionali recano una complessa distribuzione di competenze in tema di salute. Da un lato, alla legislazione statale spetta la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; d'altro canto, la tutela della salute rientra nella competenza concorrente affidata alle Regioni. Dunque, le Regioni possono legiferare in materia nel rispetto dei principi fondamentali posti dalla legislazione statale nonché dei livelli essenziali come individuati da quest'ultima. In base al "principio di

---

<sup>27</sup> Toth F. *La sanità in Italia*. Il Mulino, 2014, pp.14-16.

<sup>28</sup> <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>, ultimo accesso 18/03/2020

sussidiarietà<sup>29</sup>” costituzionale, il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

- 1- *Livello Centrale* - lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso i Livelli essenziali di assistenza;
- 2- *Livello Regionale* - le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. Le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).
- 3- *USL*

Il Servizio Sanitario Nazionale è composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini, dei quali si riportano di seguito quelli inerenti il Piano Nazionale Integrato:

- Ministero della Salute che è l'organo centrale
- Enti ed organi di livello nazionale: ISS - Istituto Superiore di Sanità; IIZZSS - Istituti Zooprofilattici Sperimentali;
- Enti ed organi territoriali: Regioni e Province autonome; Unità Sanitarie Locali

Viene inoltre definito il piano Sanitario Nazionale (PSN), documento a valenza strategica, di durata pluriennale, che individua il quadro degli obiettivi principali del SSN e le linee di indirizzo, alla luce della quantità di risorse finanziarie destinate al SSN (attraverso il Fondo Sanitario Nazionale). Fu previsto inizialmente che il Fondo Sanitario Nazionale, alimentato da imposte generali e contributi sociali, venisse distribuito alle regioni, le quali a loro volta avrebbero dovuto provvedere alle

---

<sup>29</sup> La “sussidiarietà” tende a limitare l’azione dell’organizzazione di governo di livello superiore nei confronti dell’organizzazione di livello inferiore, stabilendo che la prima interviene qualora le attività non possano essere adeguatamente ed efficacemente esercitate dal livello inferiore.

distribuzione dei fondi alle unità Sanitarie Locali (USL). La Legge n°833/78 individuava infatti le Unità Sanitarie Locali (USL) come strumento operativo dei comuni per le funzioni amministrative, delegate dallo Stato nel campo dell'assistenza sanitaria (Art.117 Costituzione). La USL costituiva l'insieme delle funzioni e delle strutture sanitarie e amministrative che provvedevano all'offerta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione della popolazione di riferimento del territorio su cui insistono (art.10). L'ambito territoriale di attività di ciascuna attività sanitaria locale, è delimitato in base a gruppi di popolazione, di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona (art.14). Queste rispondevano quindi all'esigenza di ridurre il livello di frammentazione dell'offerta all'interno del territorio comunale. La riforma del '78, nonostante il carattere straordinariamente innovativo, mostrò alcune criticità, sia per quanto riguarda la reale capacità di creare condizioni di efficacia e di efficienza, sia per la scarsa separazione del ruolo tra organi politici e organi gestionali. Infatti, l'assenza di chiare e definite responsabilità gestionali, produssero inevitabilmente un aumento della spesa sanitaria e il peggioramento della qualità del servizio<sup>30</sup>. Nella figura sottostante (Fig. I.2) è possibile osservare come la legge 833/78 individua due centri di governo e determina l'istituzione di una specifica tipologia di erogazione:

---

<sup>30</sup> Marinò L., *“La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali”*, G. Giappichelli, 2008, cap. II, pag. 57

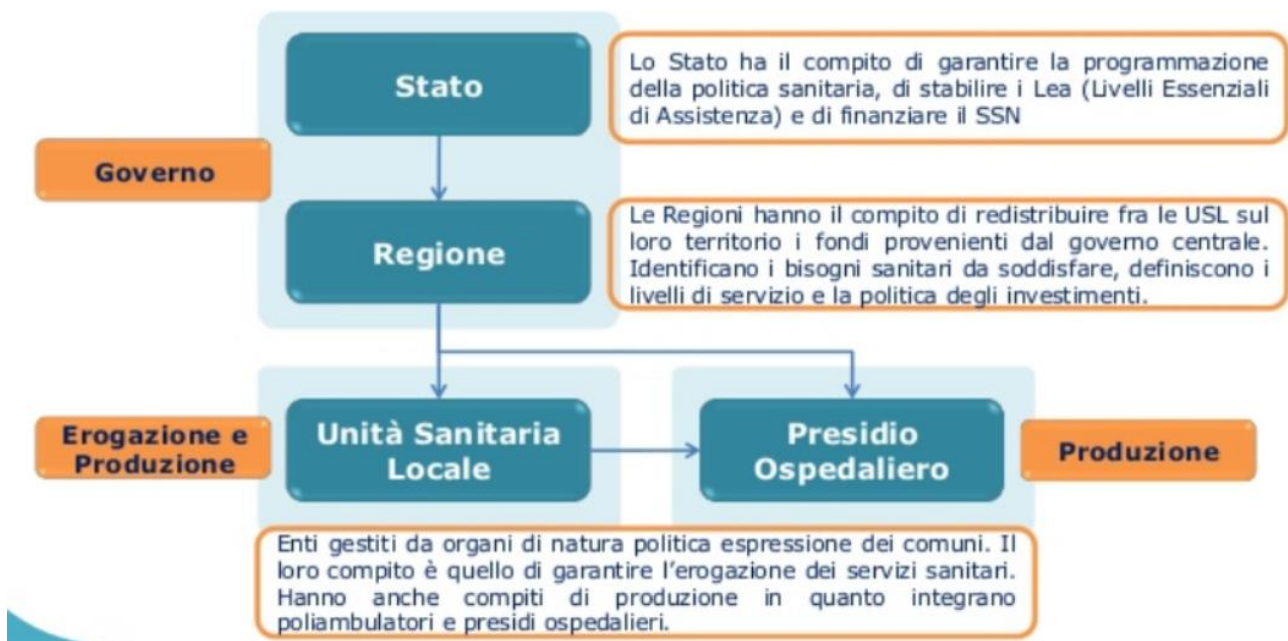


Fig. I.2

Il Governo delle USL era affidato al *Comitato di gestione*, composto prevalentemente da membri del consiglio comunale, con il risultato che all'orientamento tecnico-sanitario dell'azione amministrativa, subentrarono logiche correlate al consenso politico. Tuttavia le principali criticità risultarono dalla non attuazione del Piano Sanitario Nazionale e del Fondo Sanitario Nazionale. Nella sostanza, le USL le operavano in un regime di risorse infinite e lo Stato non aveva alcuna leva decisionale da utilizzare per il controllo della spesa. Gli interventi di riforma del Sistema Sanitario, avviati con i decreti di riordino dei primi anni Novanta, sono stati quindi orientati alla ricerca del difficile equilibrio tra le esigenze di contenimento dei costi per il controllo della spesa pubblica e quelle di miglioramento della qualità dei servizi offerti<sup>31</sup>. La situazione spinse il legislatore a promuovere una nuova riforma sfociata nel decreto legislativo 502/92, emanato in attuazione della legge delega; successivamente intervenne il decreto legislativo 517/93 modificando e integrando il 502, ed infine il decreto 229/99 che rappresenta, allo stato attuale, la base normativa in materia di organizzazione dei servizi sanitari nel nostro Paese. I tratti fondamentali della cosiddetta riforma ter, si possono individuare: nel maggiore coinvolgimento delle autonomie locali nella programmazione sanitaria e nella verifica del

<sup>31</sup> *Sunto della normativa nazionale.*

raggiungimento degli obiettivi di salute, nella definizione delle risorse in funzione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza da erogare gratuitamente, nell'affermazione dell' esclusività del rapporto di lavoro dei professionisti sanitari, nella sempre maggiore attenzione alla formazione continua ed infine nell' assoggettamento delle strutture ad un processo di accreditamento a garanzia del cittadino. Cambia così profondamente la *governance* del sistema sanitario nazionale; uno scenario maggiormente orientato alla ricerca dell' efficienza e della qualità nella tutela della salute del cittadino attraverso: l'ampio decentramento delle funzioni, poteri e responsabilità in materia sanitaria alle regioni, in base al criterio della sussidiarietà verticale (per cui si intende che gli organi sovraordinati intervengono in modo diretto solamente nelle circostanze in cui gli organi più vicini non sono in grado di farlo autonomamente); la separazione delle responsabilità politiche della funzione gestionale attraverso la trasformazione delle USL in ASL, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e governate da un organo monocratico con funzione direzionale, nonché la trasformazione di alcuni presidi ospedalieri di alta specialità, in aziende ospedaliere, anch'esse enti pubblici con lo stesso modello di *governance* delle ASL; l'introduzione di meccanismi di *quasi-mercato* orientati ad accrescere la pressione competitiva sulle unità di produzione per creare maggiori incentivi, volti al perseguimento delle condizioni di efficacia e di efficienza; ed infine l'ampia diffusione nelle aziende sanitarie pubbliche dei principi e strumenti di gestione aziendale come contabilità economica e bilanci civilistici, budget gestionale, contabilità analitica, reporting, sistema di misurazione delle performance<sup>32</sup>. Il modello di *governance* che emerge dal decreto del '92, individua tre livelli di governo ai quali è possibile ricondurre diverse funzioni e responsabilità: *l'area centrale*, delimitata dai compiti di coordinamento e di indirizzo generali, assegnati al Ministero della Salute; *l'area territoriale intermedia*, riguardante le funzioni di indirizzo specifico e di organizzazione assegnata agli assessorati regionali; ed infine *l'area locale* riguardante le funzioni gestionali assegnate alle Asl e aziende ospedaliere. Al primo livello si colloca dunque lo Stato (Ministero della salute), con

---

<sup>32</sup> Del Bene L., “*Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*”, Collana di studi Economico-aziendali, “E. Riannessi”, Giuffrè Editore, 2000.

funzioni di pianificazione strategica e di indirizzo generale del SSN che si concretizzano nella predisposizione del Piano Sanitario Nazionale, tenendo conto delle proposte derivanti dalle regioni. Il piano Sanitario Nazionale copre un arco temporale di 3 anni ed è finalizzato a definire gli obiettivi fondamentali da raggiungere, con riferimento ai servizi di prevenzione, cura e riabilitazione ed in coerenza con le compatibilità finanziarie definite dal documento di programmazione economico-finanziaria (DEF). In particolar modo, questo deve indicare i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), da assicurare in modo omogeneo per il triennio considerato. I livelli Essenziali di assistenza rappresentano l'insieme delle prestazioni assistenziali sanitarie garantite dal SSN a titolo gratuito che costituiscono uno standard minimo assicurato di diritto al cittadino. Le macro funzioni assistenziali in cui sono articolati i Lea sono: l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza Distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Con il decreto 502 si vuole definire come, a parità di efficacia terapeutica dell'assistenza, il principio che definisce un servizio "essenziale" è l'*economicità* nei processi di erogazione attuati, pertanto si intende garantire l'efficienza nell'impiego delle risorse. Per quanto riguarda invece le principali azioni nelle quali si concretizza l'autonomia delle regioni e delle province autonome, vi sono: la determinazione dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie, la nomina e revoca dei vertici aziendali, l'approvazione dei bilanci e dei documenti di programmazione aziendale. È possibile quindi osservare come le regioni hanno assunto sempre più poteri di indirizzo e controllo.<sup>33</sup> Il piano sanitario regionale, costituito sulla base del Piano sanitario nazionale, costituisce il documento di pianificazione strategica attraverso cui stabilire gli interventi per gli obiettivi di salute e di finanziamento dei servizi. Anche le regioni determinano il piano sanitario regionale con riferimento ai livelli essenziali di assistenza. Tra le funzioni assegnate più specificatamente alle regioni, dal decreto legislativo 229, vi sono: le modalità di vigilanza e controllo sulle aziende sanitarie e di valutazione dei risultati delle stesse, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività relative all'individuazione degli strumenti per la verifica dell'attuazione del modello di

---

<sup>33</sup> Marinò L., "La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali", G. Giappichelli, 2008, cap. II, pag. 58

accreditamento. Pertanto, il decentramento delle funzioni legislative ed amministrative in materia sanitaria è stato anche orientato al soddisfacimento in maniera più appropriata dei bisogni sanitari della popolazione.

## **1.2 FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA: UK**

Un sistema unico e al contempo frazionato, costituito da quattro realtà che hanno molto in comune ma anche differenze significative, di cui è difficile distinguere i rispettivi meriti e le carenze. È questo il ritratto dell'assistenza sanitaria del Regno unito che emerge dal report dell'Ocse "*Reviews of health care quality: United Kingdom 2016*"<sup>34</sup>. L'indagine, che ha già riguardato 12 Paesi, inclusa l'Italia nel 2014, rappresenta uno studio approfondito dell'offerta sanitaria definita da diversi membri dell'organizzazione con sede a Parigi, con particolare attenzione alla qualità delle cure e dell'assistenza e al suo miglioramento continuo nel tempo. Per quanto riguarda i quattro sistemi sanitari di Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord, questi sono tutti basati sul modello Beveridgiano di assistenza universale, gratuita e finanziata dalla fiscalità generale. La spesa, che incide per l'8,5% del Pil, rimanendo al di sotto della media Ocse (8,7%), ha subito una contrazione a partire dal 2008, dovuta principalmente alla crisi economica. La diminuzione delle risorse disponibili è stata però affrontata in modi diversi dai Paesi che compongono il Regno unito: l'Inghilterra, ad esempio, ha preferito tagliare l'assistenza sociale piuttosto che i servizi sanitari. Una scelta che, avvertono i tecnici Ocse, a fronte di risparmi immediati potrebbe, nel futuro, incidere sui costi dell'NHS, mentre altrove si è scelto di ripartire i tagli in modo più o meno uniforme sui due settori. Non diversamente dagli altri paesi sviluppati, il Regno unito si trova però di fronte a una sfida sulla sostenibilità a medio termine del proprio sistema sanitario. L'invecchiamento della popolazione e il diffondersi delle malattie croniche, con una particolare incidenza dell'obesità, fanno sì che già oggi l'NHS spenda il 70% delle proprie risorse per pazienti non acuti.<sup>35</sup> Nel 2050, infatti, si prevede che

---

<sup>34</sup> OECD (2016), *Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris.

<sup>35</sup> <https://fullfact.org/health/spending-english-nhs/>, ultimo accesso 19/03/2020

un cittadino britannico su quattro avrà più di 65 anni, mentre una persona su dieci sarà ottuagenaria.<sup>36</sup> Oggi, nella sola Inghilterra, ci sono 15 milioni di malati cronici e 3 milioni di diabetici: una cifra che, includendo i soggetti a rischio, raggiunge un totale di 10 milioni di probabili futuri pazienti. Una tendenza che vale anche per altre patologie diffuse nei Paesi sviluppati, come la Bpco o la demenza senile. Per queste ragioni, i ricercatori Ocse ritengono che, già oggi, il sistema risulti sotto pressione: gli organici sono ritenuti troppo scarsi, soprattutto nell'ambito delle cure primarie, proprio mentre si assiste a una tendenza alla specializzazione della forza lavoro.<sup>37</sup> Queste deficienze stanno evidenziando difficoltà ad offrire una assistenza di base nelle aree più remote e meno popolate del paese, ad esempio nell'estremo nord della Scozia. Il modello di governance della sanità varia però da un sistema all'altro. In Inghilterra, infatti, negli ultimi anni sono nate agenzie indipendenti che hanno il compito di acquistare i servizi sanitari dai fornitori, i quali competono per vendere i propri servizi. In questo modello, le scelte dei pazienti hanno un peso rilevante, poiché a un maggior numero di utenti corrisponde maggiore finanziamento. Una separazione netta tra fornitori e acquirenti che la Scozia, al contrario, ha abolito più di un decennio fa, integrando le funzioni di indirizzo, controllo e fornitura a livello centrale. Discorso che, con lievi differenze, si ripete anche per il Galles. Questa tendenza è ancora più forte in Irlanda del Nord, dove l'assistenza sociale e quella sanitaria sono accorpate all'interno dello stesso ministero. Una continuità che poi si ripete a ogni livello di governo sul territorio. L'Inghilterra, negli anni, ha poi plasmato un sistema sanitario sempre più centralista: i diversi provider sono sottoposti a controlli e verifiche periodiche, da parte di numerosi enti sia governativi che indipendenti, che valutano l'operato delle strutture procedendo, quando necessario, a un affiancamento temporaneo o a un vero e proprio commissariamento. Scozia, Galles e Irlanda del Nord, invece, fanno meno affidamento sul giudizio di agenzie centrali che, pur esistendo, hanno compiti e poteri limitati. I tre Paesi, secondo l'Ocse, hanno puntato maggiormente su un sistema di responsabilità locale, in cui le funzioni di indirizzo e controllo avvengono, anche tramite passaggi

---

<sup>36</sup><https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/livinglongerandoldagedependencywhatdoesthefuturehold/2019-06-24>, ultimo accesso 19/03/2020

<sup>37</sup> Health at a Glance 2019: OECD Indicators [www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm](http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm)



informali, a livello dei comuni e degli enti locali. Questa differenza si ripropone, parallelamente, anche nei numerosi programmi per la qualità, l'innovazione e lo sviluppo di un'assistenza centrata sul paziente: se l'Inghilterra predilige infatti un approccio top down, che muove da indirizzi nazionali, gli altri paesi del Regno partono più spesso da buone pratiche nate dal basso, che vengono poi diffuse ai "piani" più alti.<sup>38</sup> L'impegno per la qualità è sicuramente un segno distintivo del sistema sanitario del Regno unito. Sono numerosi i programmi ricordati dall'Ocse per monitorare i risultati dell'NHS e migliorare cure e assistenza, garantendo la sostenibilità economica, i bisogni dei pazienti e il benessere dei lavoratori. Inoltre, esso viene considerato all'avanguardia nell'elaborazione di linee guida basate sull'evidenza, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nell'ascolto dell'opinione di cittadini e pazienti, nella trasparenza e nel reporting di eventi avversi e per l'impegno nell'erogazione delle cure primarie sette giorni su sette. Quest'ultimo viene proprio visto come un esempio da seguire a livello internazionale per garantire continuità delle cure e sostenibilità economica. L'ascolto del cittadino-paziente non si limita alla raccolta di impressioni in seguito a una visita o ad un intervento. Questionari sullo stato di salute prima e dopo un intervento, survey on line e focus group, sono infatti affiancati alla possibilità per le stesse comunità locali, in Ulster, Scozia e Galles, di partecipare alle decisioni politiche e incidere sulle scelte effettuate da legislatori e governanti. Il Regno unito eccelle anche nella costruzione di banche dati informatizzate sui bisogni e le cure ricevute dai pazienti. Tutti e quattro i Paesi, infatti, hanno sviluppato da tempo l'equivalente del nostro fascicolo sanitario elettronico, riunendo in un unico database le informazioni fiscali, quelle sulle cure primarie e sugli interventi ambulatoriali e in ospedale, affiancandovi, in casi come quello scozzese, anche i dati sulle prestazioni sociali ricevute. Nota dolente è rappresentata dal fatto che l'impegno per la qualità e il miglioramento continuo non sembrano portare a risultati di salute altrettanto eccellenti. In molti indicatori presi in considerazione dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo, infatti, in Regno unito ha una performance giudicata "deludente", spesso

---

<sup>38</sup> OECD (2016), Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards, OECD Publishing, Paris.

nella media degli altri paesi. È il caso, ad esempio, della mortalità per ictus ischemico o della sopravvivenza a cinque anni in caso di cancro al seno o al colon retto, in cui il risultato è sotto la media Ocse e più basso, in tutti casi, di quello italiano. Anche i ricoveri per Bpco o asma, considerati altamente inappropriati, sono al di sopra della media; anche se c'è da sottolineare che la Gran Bretagna se la cava meglio per diabete e infarto<sup>39</sup>. Ma quale dei quattro sistemi funziona meglio e dà i risultati più soddisfacenti? A questo interrogativo non è possibile dare una risposta. I dati forniti dal Regno Unito sono infatti per la maggior parte aggregati. Ne consegue che, pur di fronte a sistemi almeno parzialmente differenti, non è possibile valutare appieno gli esiti delle diverse politiche. Questa impossibilità, lamentano i ricercatori, è forse dovuta alla volontà di non emettere giudizi sui diversi sistemi sanitari a fronte di differenze geografiche e socioeconomiche che, seppur minime, continuano a esistere tra i vari territori. Tutto sommato, gli indicatori sanitari tra Inghilterra e Galles, tra Scozia e Irlanda del Nord non variano significativamente e presentano solo minime differenze ora a favore di Belfast, ora di Edimburgo, ora di Londra. Dato questo contesto di riferimento, il giudizio finale della ricerca sul sistema sanitario di Sua maestà non può che essere positivo. L'NHS, in particolare, rimane al primo posto per quanto riguarda l'impegno continuo per la qualità e l'innovazione, nonostante i risultati non siano sempre in linea con le attese e gli investimenti fatti. Si evince però la mancanza di dati disaggregati che permetta una piena valutazione delle diverse scelte fatte nei quattro differenti sistemi: in attesa di avere maggiori informazioni, l'orientamento da prendere sembra essere quello di limitare, nel caso inglese, il controllo centrale, che in alcuni casi ha dato vita a un numero eccessivo di agenzie e enti di controllo, con frammentazione delle competenze o sovrapposizioni. Un centralismo da cui invece dovrebbero imparare Galles, Scozia e Irlanda del Nord, che spesso fanno troppo affidamento su iniziative locali e autonomia dei singoli attori. Manca, infine, una vera "camera di compensazione" dove scambiare esperienze e collaborare, mettendo in comune quanto imparato dai diversi modelli organizzativo-gestionali. Ne risulta, quindi, il ritratto di

---

<sup>39</sup> Health at a Glance 2019: OECD Indicators [www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm](http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm)

un sistema eccellente, ma combattuto in una strana dicotomia tra identità (sovra)nazionale e autonomia locale<sup>40</sup>. Nell'indicare la necessità di una scelta, è forse interessante notare come i ricercatori parigini indichino, proprio ai decisori britannici, il sistema sanitario italiano come esempio "interessante" di regionalizzazione all'interno di una cornice regolatoria comune.<sup>41</sup> La sfida chiave è pertanto cercare di comprendere come sia possibile che nonostante la Gran Bretagna rappresenti un leader globale nei sistemi di monitoraggio e di miglioramento della qualità in ambito sanitario, non mostri però parimenti una forte performance negli standard internazionali di qualità effettivamente raggiunti. Per assicurare un miglioramento continuo della qualità, i 4 sistemi sanitari dovranno indirizzare gli approcci top-down verso il quality management e gli approcci bottom-up verso il quality improvement; pubblicare più risultati suddivisi in base alle diverse aree geografiche e istituire un apposito forum dove i principali rappresentanti dei sistemi sanitari possano confrontarsi con cadenza regolare sulle innovazioni da apportare nei sistemi sanitari di riferimento.

Un esempio reale di applicazione delle politiche sanitarie volte costantemente a perseguire un obiettivo di qualità nell'NHS, è quello osservabile dal codice di comportamento definito dal "*Darent Valley Hospital*" afferente al "*Dartford and Gravesham NHS Trust*", situato nella regione *Kent* del sud dell'Inghilterra, nella figura sottostante (Fig. I.3).

---

<sup>40</sup> Aiop giovani, "L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto", Luiss Business School

<sup>41</sup> OECD (2016), *Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris.

# Our Behaviours

Care with compassion	Respect and dignity	Striving to excel	Professional standards	Working together
<p><b>What I do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I make the care of patients my first concern</li> <li>I treat patients as individuals and respect their dignity</li> <li>I am never too busy to care</li> <li>I ensure I communicate clearly in ways patients understand</li> <li>I take prompt action if safety, dignity or comfort is being compromised</li> </ul>	<p><b>What I do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I contribute to a positive working environment, and am polite at all times.</li> <li>I challenge bullying, harassment, and other offensive behaviour</li> <li>I recognise people are individuals and work to eliminate discrimination</li> <li>I thank colleagues and celebrate success</li> </ul>	<p><b>What I do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I provide the highest quality service I can</li> <li>I find ways to improve my performance and learn</li> <li>I respond constructively to suggestions for improvement</li> <li>I seek feedback and act on it</li> <li>I ensure a safe working environment</li> </ul>	<p><b>What I do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I take personal accountability and strive for high standards</li> <li>I ensure I understand the standards required of me</li> <li>I plan ahead</li> <li>I am open, honest and ethical</li> <li>I role model professional behaviour</li> <li>I have the courage to do the right thing and speak up</li> </ul>	<p><b>What I do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I recognise and work closely with members of the 'wider' teams I am part of</li> <li>I am warm and welcoming to new members to the team</li> <li>I actively and positively engage in 1-2-1 and team meetings</li> <li>I am clear about what is expected of me and how I contribute to the teams effectiveness</li> </ul>
<p><b>What I do as a leader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I ensure high quality care is the top priority</li> <li>I ensure that high standards of care are provided by my teams</li> <li>I seek and act on feedback from those who use my services</li> </ul>	<p><b>What I do as a leader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I create a positive working environment</li> <li>I respect everyone's contribution</li> <li>I take effective action to eliminate discrimination</li> </ul>	<p><b>What I do as a leader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I lead improvement and innovation</li> <li>I create a culture of high expectation and ambition</li> <li>I give staff the confidence to perform to their best of their ability</li> </ul>	<p><b>What I do as a leader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I gain assurance that services are provided professionally</li> <li>I ensure my staff are appraised developed and have clear objectives</li> <li>I tackle sub-optimal performance constructively</li> </ul>	<p><b>What I do as a leader</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I engage with my team so they have shared objectives, communicate clearly and discuss our effectiveness</li> <li>I ensure my team works constructively with others</li> <li>I share learning when something has gone wrong</li> </ul>
<p><b>What I don't do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I am dismissive of patients concerns</li> <li>I pursue interests other than the patient's</li> <li>I put myself first</li> <li>I do not apologise when things go wrong</li> </ul>	<p><b>What I don't do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I patronise or undermine others</li> <li>I am impolite, unprofessional, offensive or bullying</li> <li>I avoid tackling inappropriate behaviour</li> <li>I provide no or unconstructive feedback</li> </ul>	<p><b>What I don't do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I ignore or accept poor performance</li> <li>I contribute to or permit substandard working environments</li> <li>I block improvements</li> </ul>	<p><b>What I don't do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I avoid taking action</li> <li>I do not check if I don't understand what to do</li> <li>I do not admit errors or learn from them</li> <li>I react defensively to constructive feedback</li> </ul>	<p><b>What I don't do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>I work to my own agenda</li> <li>I am insensitive to the impact of my actions on others</li> <li>I blame others and avoid ownership when things go wrong</li> </ul>

Fig. I.3

Vengono qui definiti cinque ambiti attraverso cui deve muoversi il comportamento degli operatori che agiscono a tutti i livelli del trust, che sono: prendersi cura compassionevolmente, rispetto e dignità, ambire all'eccellenza, standard professionali, lavorare insieme. In ognuna di queste aree viene definito ciò che è ritenuto opportuno fare, in che modo agire opportunamente come leader (si fa riferimento al comportamento manageriale) e cosa non fare (in rosso). Trovandoci ad analizzare un'azienda sanitaria, è naturale che il processo sia incentrato sul paziente e che questo rappresenti il centro di tutte le attività che si svolgono al suo interno. In particolare, viene messa in evidenza la necessità di comunicare sempre in maniera chiara e in un modo che sia comprensibile per il paziente stesso, assicurare un'alta qualità assistenziale che rappresenta una priorità assoluta, e assicurarsi come leader che siano rispettati alti standard assistenziali dal team di cui si è responsabili. Nella quarta colonna, che fa riferimento agli standard professionali, è possibile valutare in particolar modo come anche l'aspetto etico sia cruciale nel comportamento dei professionisti sanitari, per cui devono essere

rispettati specifici criteri di comportamento. Nell'ultima parte, che fa riferimento al lavoro di gruppo, viene ribadita la necessità di contribuire in maniera efficace all'attività svolta e per il leader del gruppo, di condividere le proprie conoscenze attraverso una comunicazione efficace, laddove si presentino difficoltà nel perseguire l'obiettivo da parte del team stesso. Un altro aspetto importante è anche l'accoglienza dei nuovi assunti, per cui viene previsto un atteggiamento di incoraggiamento e di supporto da parte di tutti coloro che agiscono nell'organizzazione, viene rispettato il contributo di tutti e il leader deve adoperarsi per cercare di eliminare le discriminazioni nel gruppo di lavoro. È inoltre responsabilità di tutti, quella di contribuire a creare un ambiente di lavoro gradevole e positivo, il che presuppone a sua volta un atteggiamento di gratitudine e di riconoscimento verso i colleghi. Pianificare anticipatamente le attività, è un'altra priorità nel lavoro quotidiano, così come assicurare un ambiente di lavoro sicuro e agire sul feedback per lavorare costantemente su di esso e migliorare la performance.

### **1.3 FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO DEL SISTEMA: ITALIA**

I sistemi sanitari regionali, così come li osserviamo oggi, sono il risultato di un percorso di crescita e aggiustamento che si è sviluppato nel corso dei decenni e la cui realizzazione ha richiesto energie e determinazione. Ne è riprova la storia dei piani sanitari regionali, dalla quale appare evidente che le Regioni che si sono dotate sin dai primi anni '80 di un adeguato quadro di programmazione e regolazione (segno di un forte impegno politico nei confronti della sanità e di una radicata sensibilità dei cittadini nei confronti della tutela della salute) hanno evitato inerzie, improvvisazioni e interessi di parte<sup>42</sup>. Al contrario, la cronica assenza di programmazione, il consolidarsi di forti interessi economici, l'utilizzo della sanità a fini politici, il diffondersi di fenomeni di illegalità, l'abitudine a prescindere dalle regole, sono tutti fattori che hanno spinto le realtà più deboli lungo binari difficili da abbandonare, perché profondamente segnati dalle carenze accumulate negli anni, salvo qualche rara eccezione. L'esperienza insegna che più i divari da colmare sono rilevanti, più il futuro è

---

<sup>42</sup> Dirindin N., "Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse" in Politiche sanitarie, Vol. 13, N. 2, Aprile-Giugno, 2012

pesantemente condizionato dal passato e i comportamenti sono modificabili solo con un impegno prolungato. Ben si comprende come infatti la riduzione dei divari nell'offerta di tutela fra il Nord e il Sud del Paese sia il principale problema da affrontare.<sup>43</sup> A fronte di un sistema sanitario complessivamente di buon livello, non si può tacere l'esistenza di carenze e malfunzionamenti che in alcune realtà, talvolta non circoscritte al solo Mezzogiorno, rischiano di rendere insostenibile l'intero sistema<sup>44</sup>. Di qui la necessità, da un lato, di tecnici preparati e, dall'altro, di una politica consapevole della complessità del settore e capace di rinunciare al suo sfruttamento a fini clientelari. Il principale punto di debolezza, infatti, sembra essere la fragilità dei principi etici che, in alcune realtà, guidano ai diversi livelli di responsabilità, l'attuazione concreta di quanto previsto dalla normativa esistente<sup>45</sup>. Difficilmente la risposta può essere meramente normativa. Di fronte alle difficoltà del sistema, le risposte non possono limitarsi ad interventi di contenimento della spesa. Anche alla luce delle recenti vicende che hanno imposto uno stato di emergenza sanitaria nel nostro Paese negli ultimi mesi per la diffusione del Covid-19, riemerge ancora di più la necessità per ognuno di fare la propria parte per superare inerzie, piccoli privilegi e passiva indifferenza. È necessario perciò sottolineare come la valutazione rivesta un ruolo fondamentale per la comprensione dei meccanismi che permettono alle politiche, programmi o progetti implementati di avere successo. Valutare è una componente essenziale del ciclo della programmazione e la programmazione è vitale per il futuro del nostro sistema di welfare. Valutare significa stabilire ex ante gli obiettivi dell'attività dei servizi, ipotizzando quali saranno i risultati attesi. Valutare comporta ex post la verifica di questi risultati e l'identificazione dei correttivi necessari per migliorare la performance<sup>46</sup>. Un tale percorso non ha bisogno solo di dati statistici e indicatori ma richiede, prima di tutto, una riflessione sui valori che la nostra comunità attribuisce ai problemi oggetto di intervento. Tale percorso non può essere delegato

---

<sup>43</sup> Caruso E e Dirindin N, "*Temì di salute e politiche sociali: responsabilità nazionali e locali nella questione meridionale*", La rivista delle politiche sociali, 3: 123- 142, 2010

<sup>44</sup> Presentazione del Rapporto SVIMEZ sull'economia e la società del Mezzogiorno," Il Mezzogiorno nella nuova geografia europea delle disuguaglianze", 2019

<sup>45</sup> Foddis A., " *La governance dei sistemi sanitari regionali tra federalismo fiscale e vincoli di bilancio*", in Working Paper of Public Health nr. 15/2014

<sup>46</sup> Ministero della Salute, "Sistema di misurazione e valutazione della performance del Ministero della Salute" Allegato al Decreto Ministeriale del 30 dicembre 2010

ai manager ma deve avvenire in modo trasparente, con forme comprensibili a tutti i soggetti portatori di interessi, utilizzando non solo le informazioni tecniche prodotte dai servizi, ma anche le opinioni e le percezioni degli utilizzatori e degli ‘abitanti’ del sistema.<sup>47</sup>

Valutare vuol dire “attribuire valore” a ciò che si fa e ai risultati che si ottengono. La riorganizzazione dei servizi parte da una riorganizzazione del lavoro e da una nuova ripartizione dei compiti; in particolare:

- nell’organizzazione del personale e del mix di figure;
- nelle competenze attribuite ai diversi profili professionali;
- nei sistemi di relazione fra le professioni;
- nei rapporti con la medicina delle cure primarie.

Pertanto, il governo di un sistema orientato all’appropriatezza ha bisogno di strumenti per favorire la partecipazione dei professionisti e dei destinatari degli interventi, alla scelta delle priorità e per verificare in modo continuativo e trasparente se i risultati sono quelli desiderati. Si riscontra tuttavia, nella rete dei servizi sociosanitari ancora una notevole resistenza all’impiego diffuso di sistemi di valutazione e una certa arretratezza nell’aderire a una cultura del render conto, irrinunciabile per la corretta gestione dei beni comuni. Occorre sostituire la diffidenza che genera una valutazione utilizzata in modo essenzialmente passivo e con intenti soprattutto giudicanti o sanzionatori, con la promozione della valutazione come occasione di condivisione e di miglioramento dei servizi <sup>48</sup>. Sebbene i sistemi di monitoraggio e di valutazione abbiano svolto un ruolo secondario in Italia, rispetto ad esempio alla Gran Bretagna, bisogna mettere in evidenza come soprattutto negli ultimi decenni, siano stati realizzati significativi progressi nel miglioramento della qualità in ambito sanitario. Così come si evince dallo studio dell’ *OECD*, “*Reviews of Health Care Quality: Italy 2014*”<sup>49</sup>, i tassi di accesso ospedaliero per asma, malattie polmonari croniche e diabete ( indicatori

---

<sup>47</sup> Nuti S., “ *La valutazione della performance in sanità*”, Bologna, Il Mulino, 2008

<sup>48</sup> Dirindin, N.”*Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse*” in *Politiche sanitarie*, Vol. 13, N. 2, Aprile-Giugno 2012

<sup>49</sup> OECD (2014), *OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>

della qualità delle cure primarie) e morte dopo ictus o attacco di cuore (indicatori della qualità delle cure ospedaliere), sono molto ben al di sotto della media OECD. Ciò non toglie che nel nostro Paese urge dare priorità alla qualità del settore sanitario e al tempo stesso garantire la sostenibilità economica. Le due grandi sfide che bisognerà affrontare sono quindi: da un lato assicurare che il continuo impegno nel contenere la spesa sanitaria includa anche l'impegno per garantire la qualità sanitaria come un principio fondamentale di *governance*; dall'altro devono essere supportate tutte quelle Regioni con una più debole infrastruttura e ridotta capacità di garantire un'assistenza egualitaria sul territorio di riferimento. Le differenze regionali dovrebbero essere attenuate attraverso un ruolo più forte delle autorità centrali nel supportare il monitoraggio regionale delle performance locali. La priorità del nostro sistema sanitario dovrebbe essere in generale, quella di anteporre il controllo della qualità a quello essenzialmente finanziario. Per fare ciò, si potrebbe pensare di garantire incentivi finanziari e professionali che siano allineati agli *outcome* e alla qualità delle cure da perseguire. Fondamentale sarà inoltre assicurare che la conoscenza e le competenze della *workforce* sanitaria siano strettamente corrispondenti ai bisogni espressi dalla popolazione.

Per innalzare i livelli qualitativi dovrebbe essere realizzata una sistematica e continua valutazione tra pari. Nel corso degli anni sono stati sviluppati diversi modelli di accreditamento, oltre che diversi strumenti di gestione delle prestazioni, rendendo difficile il confronto tra standard riconosciuti a livello nazionale e limitando lo spazio di responsabilità tra coloro che garantiscono i servizi rispetto a coloro che sono gli utenti, ovvero i pazienti. Nello specifico, possiamo valutare come:

- L'infrastruttura informativa non viene sfruttata appieno e ciò è da correlare a una debole capacità di collegamento tra i dati ricavati e al limitato uso dei dispositivi elettronici. In particolare, gli indicatori usati per le cure primarie e per l'assistenza di comunità non consentono di costruire un quadro complessivo dell'efficacia, sicurezza e cura centrata sul paziente. Un'assistenza proattiva e coordinata per le persone con complessi bisogni assistenziali deve quindi essere indirizzata al rafforzamento del settore delle cure primarie,



attraverso ad esempio l'introduzione di indicatori specifici che consentano di monitorare il tasso delle ulcere da pressione, delle cadute o la gestione delle patologie croniche.

- La professione medica continua a fare affidamento su un'unica qualifica professionale, acquisita dopo lo specifico percorso di studi e su semplici sistemi di aggiornamento professionale medico, in confronto agli altri Paesi dell'OECD. È stata posta insufficiente attenzione allo sviluppo di politiche in grado di promuovere la qualità della workforce sanitaria. Si potrebbe prendere esempio dagli altri Paesi attraverso l'introduzione di una riconvalida della qualifica in loro possesso o dell'utilizzo delle valutazioni tra pari come parte di un aggiornamento professionale continuo.
- C'è generalmente anche una mancanza di informazioni sulle performance sanitarie.

Bisogna comunque sottolineare che sono state sviluppate delle iniziative a livello nazionale per migliorare la qualità assistenziale ma non sono state uniformemente applicate a livello regionale. E ciò lo si può valutare anche nelle diverse applicazioni dei programmi di accreditamento tra le diverse regioni; alcune utilizzano quelli basati su standard riconosciuti a livello internazionale, mentre altre presentano sistemi rudimentali. Il ruolo delle autorità centrali, in questo senso, dovrebbe essere quello di promuovere la condivisione dei percorsi di accreditamento maggiormente positivi tra le regioni meno virtuose. Molti Paesi dell'OECD hanno poi istituito un ispettorato che fornisce una verifica indipendente sulla reale applicazione dei programmi di accreditamento, identificando i centri di eccellenza e supportando quelli più deboli. Per di più, nel nostro Paese dovrebbe essere considerata l'idea di allargare l'accreditamento ad altri settori, oltre che agli ospedali, nello specifico alle cure primarie e all'assistenza di comunità. Nonostante la creazione nel 2004 del Sistema Nazionale per le Linee Guida per favorire un più semplice accesso alla pratica clinica, non ci sono in realtà incentivi per favorirne la diffusione o per monitorare la loro implementazione a livello dei servizi. In Italia sono presenti ricchi database di dati nazionali e regionali che contengono informazioni sulla qualità e sugli outcome sanitari. Un esempio è la Griglia LEA che trova un'uniforme applicazione territorialmente ma l'impatto dello stesso è limitato per il fatto che contenga solo 31 indicatori.

Contrariamente al Programma Nazionale Esiti, di indicatori ne contiene 129 e riesce quindi a cogliere aspetti sostanziali. Sono presenti inoltre numerosi registri di pazienti ma che risultano essere molto frammentati con un'incostante copertura e collegamento a livello territoriale. Per garantire un migliore utilizzo di questi dati, è stato introdotto il Nuovo Sistema Informativo Sanitario nel 2001 per standardizzare il tipo e format di dati raccolti in tutto il Paese. Nonostante il fatto che si sia cercato di favorire una riconversione dei dati sanitari in modo tale che siano facilmente comprensibili, non solo dai sanitari, ma anche dagli stessi pazienti, nella pratica la possibilità per i pazienti di essere effettivamente coinvolti nei processi di valutazione della qualità delle cure loro erogate rimane molto limitata<sup>50</sup>. E proprio per questa motivazione, che risulta essere impellente il bisogno di condurre più indagini sul grado di soddisfazione del paziente in maniera estensiva e sistematica, tutto ciò al fine di favorire processi di cura realmente centrati sul paziente. Per quanto riguarda il ruolo delle cure primarie, un passo fondamentale è stato portato avanti dalla legge Balduzzi (189/2012). Tuttavia, sebbene questa abbia previsto l'istituzione degli ospedali di comunità, in realtà, anche in questo caso, non hanno trovato piena diffusione sul territorio nazionale. Facendo un confronto tra i dati del nostro Paese con quelli dei Paesi dell'area OEDC, risulta che l'assistenza comunitaria, le cure palliative e i servizi preventivi sono ben al di sotto del livello di implementazione degli altri Paesi. Quindi, sicuramente questo è un aspetto primario cui dare importanza attraverso la ridefinizione di un nuovo approccio che preveda: risorse aggiuntive, linee guida sulla costituzione e gestione dei servizi comunitari, programmi di formazione specifica, un miglior utilizzo dello scambio delle informazioni in formato Digitale e l'espansione del modello di medicina cronica. Più nello specifico, raccogliere indicatori sulla gestione delle cronicità e la coordinazione tra diversi livelli di cura, rappresenteranno fattori critici di successo per la reale applicazione della legge Balduzzi<sup>51</sup>. Si potrebbe pensare di utilizzare esistenti set di dati presenti nella Griglia LEA, PNE o nel Nuovo Sistema Informativo

---

<sup>50</sup> DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 74. Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124. (17G00088)

<sup>51</sup> A. Curto, L. Garattini, *“La riforma delle cure primarie nel servizio sanitario nazionale: fra teoria e pratica (parte prima)”* Politica sanitaria, Quaderni di Farmacoeconomia, 2014

Sanitario per introdurre indicatori di qualità nell'ambito delle cure primarie e costruire quindi un quadro multidimensionale della qualità e outcomes dei processi di cura costruiti attorno al paziente. A tal proposito, vale la pena menzionare come anche il sistema di educazione continua basato sull'acquisizione degli ECM (crediti formativi in ambito clinico) debba essere rivisto, prevedendo la possibilità di definire nuovi programmi in base alle reali applicazioni cliniche da parte di medici ed infermieri nel loro operato quotidiano, e nello specifico laddove riscontrino manchevolezze nelle loro pregresse conoscenze, in modo da avere un forte impatto positivo. Un'altra sfida importante che le professioni mediche stanno affrontando in Italia è rappresentata dalla manchevolezza di dati che possano effettivamente informare le autorità o gli stessi clinici sulla qualità delle cure che stanno erogando<sup>52</sup>. Alcune iniziative su piccola scala sono state realizzate recentemente, attraverso la partecipazione di un numero di medici che hanno permesso la raccolta di indicatori di out come da parte di una società scientifica per medici di medicina generale, (la SIMG), e attraverso la quale hanno ricevuto dei feedback sulla loro performance e outcomes. Insite sono le “ansie da prestazione” ma è solo attraverso il loro superamento e una cultura del “no blame” che i medici potranno effettivamente riflettere sulla loro pratica clinica, fare dei confronti positivi con i colleghi e quindi migliorare nel loro quotidiano. In sintesi, si può definire come la gestione della performance dovrebbe essere vista sempre più come un'attività che riesca ad influenzare le politiche e a condurre miglioramenti continui, piuttosto che essere vista come un semplice problema tecnico da superare, che coinvolge pochi stakeholders e che porta a impatti irrilevanti. Per promuovere realmente la salute, il sistema dei servizi sociosanitari non basta più. Occorre ricercare alleanze con altri soggetti e reti sociali che hanno a cuore il benessere comune: in primo luogo il mondo dell'educazione e, più in generale, quello della cultura, quello della comunicazione, della solidarietà e dell'auto-aiuto.

---

<sup>52</sup> OECD (2014), OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>

## 1.4 ASSETTI ORGANIZZATIVI A CONFRONTO

All'interno del SSN è possibile distinguere il sistema delle cure primarie da quelle secondarie.<sup>53</sup> Nel primo caso parliamo di assistenza territoriale e del sistema della residenzialità: determinano un minore costo, garantiscono una maggiore attenzione alla persona, la patologia rientra, nella maggior parte dei casi, nella fase cronica con necessità di monitoraggio e si caratterizza per l'estensività delle cure e dei percorsi clinico-assistenziali, oltreché per il controllo della domanda<sup>54</sup>. Cosa sono le cure primarie? In sintesi, si tratta dell'insieme dei servizi sanitari erogati dai medici di medicina generale (MMG) e dai pediatri di libera scelta (PLS), quell'assistenza che rappresenta la cosiddetta prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario Nazionale. Questi servizi, unitamente a quelli di assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale ed all'insieme delle cure intermedie, costituiscono i cosiddetti servizi territoriali. E' possibile definire il modello di rete dei servizi territoriali che prevede l'offerta di soluzioni flessibili a seconda dei bisogni del cittadino. Si parla perciò di *assistenza domiciliare programmata* (ADP) o *integrata* (ADI), o *ospedalizzazione domiciliare*. Il primo è il regime che prevede l'erogazione di prestazioni sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative occasionali o a ciclo programmato, limitate all'episodio di malattia in atto e si realizza nel momento in cui il paziente è impossibilitato a raggiungere lo studio del medico<sup>55</sup>. Il secondo (ADI) prevede servizi di assistenza sanitaria al domicilio del paziente in alternativa al ricovero. Consiste in un insieme di prestazioni erogate in maniera coordinata e continuativa da parte di diverse figure professionali, tra loro coordinate nell'ambito del distretto. Per quanto riguarda infine l'ospedalizzazione domiciliare, questo è un servizio gestito dalla struttura ospedaliera con proprio personale e destinato a malati affetti da patologie croniche evolutive che richiedono un'assistenza medico-infermieristica 24 ore su 24. I vantaggi della rete dei servizi territoriali sono: migliorare i

---

<sup>53</sup> Moioli Gianpietro, "L'integrazione tra l'ospedale ed il territorio; ruolo e strumenti: un progetto per favorire la continuità assistenziale", «NEU», 2009; 28 (4); pp. 6-20.

<sup>54</sup> Francesco Auxilia "L'altra faccia dell'assistenza: ospedale e cure primarie", la ca' granda, vita ospedaliera e informazioni culturali - milano - IRCCS ospedale maggiore - anno XLIV - n. 4 - 2003

<sup>55</sup> Cavallo M.C., Gerzeli S., Vendramini E. "Organizzazione e gestione delle cure primarie", McGraw-Hill, Milano 2001, Caimi V., Tombesi M., - Medicina Generale, UTET, Torino 2003.

percorsi assistenziali per la gestione della fragilità, incrementare il grado di appropriatezza dei percorsi territoriali, sostenibilità dei costi, rispetto della dignità delle persone, riqualificazione della medicina generale.<sup>56</sup> L'assistenza secondaria (ospedaliera) rientra invece nel sistema della degenzialità; prevede un alto costo, un criterio della intensità delle cure e delle procedure diagnostiche, la patologia può essere a bassa-medio o alta complessità diagnostica e il modello di finanziamento è basato sulla valorizzazione e quantificazione delle prestazioni erogate. Quindi, in linea di massima, nel primo caso, l'obiettivo è rispondere al bisogno socio-sanitario; nel secondo la cura delle acuzie<sup>57</sup>. Nel panorama sanitario nazionale, un ruolo di fondamentale importanza è rappresentato dalla capacità della medicina di famiglia di costruire ed organizzare la *rete integrata dell'assistenza territoriale*, attraverso la logica di sistema, ovvero operare come un insieme di elementi legati da rapporti di interdipendenza, coordinati e integrati tra loro. La medicina generale si organizza per funzioni tipiche del modello reticolare diffuso a basso costo, basato sul livello primario di assistenza e di appropriatezza dell'intervento<sup>58</sup>. Il sistema di “reti cliniche” nasce come strumento di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta; ovvero si tratta di un'innovazione organizzativa che mira a consolidare e migliorare la sicurezza e qualità delle cure, l'accesso alle cure, la sostenibilità economica delle scelte, la costituzione di reti cliniche secondo il modello *Hub And Spoke* (tale organizzazione prevede la concentrazione della casistica più complessa in un limitato numero di sedi Hub, ossia centri di eccellenza e di centri periferici Spoke, dove vengono inviate le persone che hanno superato una certa soglia di complessità), e la riorganizzazione delle aree di degenza secondo il modello per intensità di cura con l'obiettivo di garantire l'omogeneità delle cure, migliorare la qualità delle cure e migliorare l'efficienza del sistema. <sup>59</sup>Il nostro SSN può considerarsi un crocevia tra il modello inglese del *mixed-market*, in cui all'autorità pubblica è attribuita la funzione di acquisto e di

---

<sup>56</sup> Starfield B., “*PRIMARY CARE – Balancing Health Needs, Services, and Technology*” – Oxford University Press 1998.

<sup>57</sup> Fondazione ISTUD, “*Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza*”, Report 2013

<sup>58</sup> A. Curto, L. Garattini, “*La riforma delle cure primarie nel servizio sanitario nazionale: fra teoria e pratica (parte prima)*” Politica sanitaria, Quaderni di Farmacoeconomia, 2014

<sup>59</sup> Ida Baiano, NurseTimes - Giornale di informazione Sanitaria

scelta del fornitore, e il modello presente in Svezia della *Public competition*, in cui la concorrenza è limitata a fornitori pubblici e il finanziamento segue le scelte del paziente<sup>60</sup>. La teoria del mercato in campo sanitario prevede: la libertà di scelta degli utenti, la distinzione di ruoli tra i soggetti, l'introduzione del sistema di finanziamento a prestazione e la responsabilità economica della tecnostruttura nel governo delle risorse. I principali soggetti dell'arena competitiva in Italia sono: ASL - Aziende Ospedaliere- privati accreditati e non accreditati- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Una struttura sanitaria accreditata pubblica o privata è autorizzata a fornire prestazioni sanitarie al SSN, essendo sottoposta al regime tariffario di regolazione e al controllo e verifica della qualità dei servizi e prestazioni erogate. Un aspetto rilevante è rappresentato dal rapporto tra acquirente e produttore e dagli accordi contrattuali che definiscono le modalità di erogazione di pagamento delle prestazioni; si parla infatti di *concorrenza amministrata*.<sup>61</sup> I tratti distintivi del nostro sistema sono che le ASL, a differenza dei distretti inglesi, conservano una propria struttura integrata e le loro funzioni essenziali; le regioni possono scegliere tra diversi schemi di competizione; si tratta perciò di competizione collaborativa e non concorrenziale<sup>62</sup>. La tutela della salute attraverso la produzione dei servizi è assegnata alle ASL e alle AO autonome, entrambe definite dal legislatore come aziende dotate di personalità giuridica ed autonomia imprenditoriale con identico assetto di *governance* che conferisce ad un organo monocratico nominato dalla Regione – il Direttore Generale – coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario dallo stesso nominati – il potere e le responsabilità aziendali. Sotto il profilo economico-finanziario, la gestione e, dunque, la responsabilità dei vertici aziendali è vincolata al pareggio di bilancio, garantito dall'equilibrio tra ricavi (comprensivi dei trasferimenti regionali) e costi. Le ASL sono i soggetti ai quali la Regione assegna in via prioritaria la missione istituzionale di tutela della salute della collettività, con funzioni di produzione e di committenza per conto dei propri assistiti. L'allocazione delle risorse finanziarie

---

<sup>60</sup> Saltman e Van Otter, 1985

<sup>61</sup> *Modelli di finanziamento a tariffa e modelli regionali*, "Mecosan", 1996, 5(19), pp. 81-85,

<sup>62</sup> Fattore G., Longo F. "Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio" in Mecosan, Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, sezione 4, num.18, 1996

dalla Regione alle ASL avviene su base procapite corretta e per macro-funzioni assistenziali (assistenza ospedaliera, territoriale e collettiva) e conferisce ad esse il ruolo di *fundholder* nei confronti della popolazione assistita. Alle aziende ospedaliere è invece assegnata una funzione di produzione di servizi (in regime di ricovero o ambulatoriali), per cui il meccanismo fondamentale di allocazione delle risorse è collegato alle prestazioni erogate, valorizzate attraverso tariffe regionali specifiche per caso trattato. In base alla libera scelta dei pazienti, le ASL assicurano i LEA attraverso la produzione diretta di prestazioni, tramite le proprie strutture oppure tramite l'acquisto di prestazioni da terzi produttori accreditati che operano nel sistema di quasi-mercato regionale o nazionale (altre ASL intra o extraregionali, aziende ospedaliere intra o extra regionali, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, strutture private) con i quali instaurano rapporti di tipo contrattuale.<sup>63</sup> Nel modello generale, le ASL hanno una capacità di spesa annuale proporzionata, almeno in teoria, ai fabbisogni assistenziali prospettici della popolazione destinata tanto all'acquisizione dei fattori produttivi di tipo corrente necessari alla produzione interna di servizi, quanto all'acquisto di prestazioni sanitarie da terzi per conto dei propri assistiti. La libertà di scelta dei pazienti può determinare la loro migrazione verso strutture diverse da quelle della ASL di appartenenza. In questi casi, le scelte effettuate muoveranno le risorse finanziarie dal *fundholder* (la ASL) verso i produttori (AO, altre ASL oppure cliniche private accreditate) che operano nel quasi-mercato. La mobilità in uscita (o passiva) assorbe virtualmente una parte del budget di spesa assegnato, mentre la mobilità in entrata (o attiva) integra le assegnazioni regionali.<sup>64</sup> Considerando però l'informazione imperfetta di cui gli utenti dispongono sul proprio stato di salute, sui trattamenti necessari a migliorarla, sulla qualità e sull'appropriatezza dei percorsi assistenziali, le loro scelte non possono definirsi razionali. Questo rappresenta una delle principali criticità nei sistemi di quasi-mercato ed è un problema molto complesso, date le implicazioni sul controllo dei limiti di spesa da parte delle Regioni e sulla capacità delle ASL di contenere la spesa all'interno delle assegnazioni annuali al fine della realizzazione del

---

<sup>63</sup> L. Marinò, "Modelli di management nel settore sanitario. Criticità e prospettive" G.Giappichelli Editore, Torino, 2016

<sup>64</sup> Jommi m., Del Vecchio m., "I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio Sanitario Nazionale", in "Mecosan", 13(49), pp. 9-20, 2004.

pareggio di bilancio. Il quasi-mercato tende infatti a creare spinte concorrenziali contrapposte tra gli acquirenti di prestazioni, incentivati a contenere le fughe dei pazienti, e i fornitori di prestazioni, incentivati a potenziare la loro capacità di attrazione, poiché da questa dipendono i flussi di finanziamento. In questo scenario, le ASL e le AO hanno, pertanto, differenti problemi competitivi. Le prime, infatti, sono chiamate a trovare le soluzioni più adeguate per contenere le fughe di pazienti, evitando comunque, quando possibile, di ospedalizzare, considerato che l'assistenza in regime di ricovero presenta costi più elevati, dovuti in larga parte alla presenza di servizi alberghieri; le seconde, finanziate in base alle prestazioni prodotte (di ricovero o ambulatoriali), sono naturalmente protese a trovare le soluzioni in grado di migliorare la loro capacità di attrazione.<sup>65</sup> Per quanto riguarda il sistema di cure nell'NHS, questo è suddiviso nel: sistema delle cure primarie, secondarie e terziarie. Le cure primarie, anche qui come nel nostro SSN, rappresentano il primo punto di contatto per il cittadino inglese all'interno del sistema sanitario. Include professionisti e accesso ai servizi attraverso i medici di medicina generale (GPS), infermieri di famiglia e altri professionisti di comunità, tra cui dentisti, podologi ed ottici. Le cure secondarie, che sono definite come "l'assistenza ospedaliera e di comunità", possono essere sia svolte sia in regime elettivo che di urgenza-emergenza all'interno degli NHS trust. Le cure terziarie infine, si riferiscono specificatamente ai trattamenti specialistici e ai servizi di salute mentale forense, e pertanto richiedono costi ancora più alti dei precedenti sistemi.<sup>66</sup> Si può evincere anche in questo caso, come esista una forte integrazione tra i tre sistemi, laddove nel momento in cui un paziente presenti determinati requisiti clinici, viene inviato al sistema di cure immediatamente superiore rispetto a quello nel quale si trova, e questa rappresenta ancora una differenza tra i due sistemi sanitari presi in considerazione, laddove in Italia non è presente, così come invece lo è in Gran Bretagna, né un sistema di cure terziario, né una così forte integrazione tra il sistema di cure primarie e secondarie. Un ruolo di fondamentale importanza è svolto quindi dai GPs, i quali rinviano il paziente al livello di cura che ritengono opportuno in base alle condizioni cliniche

---

<sup>65</sup> Pitino A., "La mobilità sanitaria," in Balduzzi R., Carpani G., Manuale di diritto sanitario, Bologna, Il Mulino, 2013, p. 363.

<sup>66</sup> <https://nhsproviders.org/topics/delivery-and-performance/the-nhs-provider-sector>, ultimo accesso 19/03/2020



presentate. Anche qui ha assunto e mantenuto quindi il ruolo di gate-keeping, ossia di primo interlocutore per i suoi pazienti in caso di malattia. Dall'analisi comparata tra i due sistemi sanitari, una sostanziale differenza si può evincere quindi, nei soggetti primariamente coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari, il che definisce diverse forme di attrazione dei pazienti. Come è stato sottolineato in precedenza, il punto di svolta più importante nel sistema sanitario inglese è stata la riforma "*Health and Social Care Act 2012*", tenacemente voluta dal governo guidato dal premier conservatore Cameron, per cui l'intera infrastruttura sanitaria pubblica, dalle Strategic Health Authorities (corrispondenti alle nostre Regioni), ai Primary Care Trusts (corrispondenti alle nostre ASL), è stata abolita; il finanziamento è rimasto (per ora) a carico dello Stato mentre i servizi preventivi, come il controllo delle malattie infettive e gli screening, sono interamente trasferiti alle municipalità. I Primary Care Trusts sono stati sostituiti da consorzi di General Practitioners (GPs, i medici di famiglia), denominati Clinical Commissioning Groups (CCGs). I CCGs, organizzazioni private a pieno titolo, rappresentano ad oggi il vero perno del sistema e sono complessivamente 211 in tutta l'Inghilterra. La proposta del governo Cameron abbandona quindi il principio basato sull'allocazione delle risorse in base alla quota procapite (stesso vigente invece attualmente in Italia); la committenza che sarà esercitata dai futuri consorzi dei medici di famiglia riguarderà solo gli assistiti iscritti con i medici di quel determinato consorzio all'interno di confini geografici amorfi e indefiniti<sup>67</sup>. Verrà così meno la possibilità di programmare un'adeguata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali.<sup>68</sup> Si può valutare pertanto come, prima della riforma, il ruolo dei Primary Care Trusts fosse del tutto simile a quello delle nostre ASL, e ciò è riscontrabile: nella valutazione a lungo termine dei bisogni, nella pianificazione e committenza dei servizi per rispondere a quei bisogni, e nella rendicontazione pubblica dell'uso delle risorse per quella popolazione. Ne consegue che, venendo meno il ruolo dei Primary Care Trusts, non siano presenti

---

<sup>67</sup> Department of Health. *Liberating the NHS: Legislative frameworks and next steps*, UK: Presented to Parliament by the Secretary of State of Health by Command of Her Majesty, dicembre 2010.

<sup>68</sup> Whitehead M, Hanratty B, Popay J. NHS reform: untried remedies for misdiagnosed problems? *Lancet* 2010; 376:1373-5.

in Uk nemmeno i fenomeni di mobilità attiva e passiva, così come invece nel nostro SSN. Bisogna evidenziare come, con l'istituzione dei CCGs, emerga la questione del potenziale conflitto d'interessi tra i medici di medicina generale: GPs prescrittori di prestazioni erogate da provider privati, con possibili interessi in comune con gli altri GPs. "Metà dei GPs nei CCGs hanno legami finanziari con i provider privati", sostiene il *BMJ*<sup>69</sup>. Ciò ha immediatamente sollevato "Il fatto che i GPs abbiano interessi esterni può influenzare le loro decisioni nella scelta dei provider e può mettere a rischio il rapporto di fiducia con i loro pazienti, perché questi possono diffidare del motivo per cui sono stati inviati per un determinato trattamento": così si esprime Clare Gerada, *Presidente del Royal College of GPs*, che aggiunge: "ciò inoltre può danneggiare anche l' NHS perché avere molti differenti provider può aumentare i costi e frammentare l'assistenza, a tutto danno dei pazienti".<sup>70</sup> Ben si comprende quindi, a fronte delle analisi che sono state messe in evidenza, come in realtà, nonostante le tante criticità insite nel sistema di quasi mercato presente in Italia, ancora non si sia insinuata quella così pressante spinta verso la privatizzazione, così come è accaduto all'interno dell'NHS. In entrambi i sistemi, comunque si riscontra una gestione troppo differenziata a livello locale e nazionale, e ciò ancora di più in Italia, con conseguenze rilevanti sulla possibilità di un reale equo accesso per il paziente al fine di soddisfare i suoi bisogni, essendo la stessa gestione, troppo burocratizzata e priva di coordinamento centrale. Nell'ambito del convegno internazionale promosso dall'Anaa, Assomed e Snr, l'8 e 9 aprile 2016 su "*Le condizioni di lavoro dei medici nei Sistemi Sanitari Europei*"<sup>71</sup>, sono stati messi a confronto i diversi modelli sanitari europei (tra cui quello dell' Inghilterra) in termini di organizzazione dell'orario di lavoro, responsabilità medica, sviluppo di carriera, retribuzioni, libera professione, Ecm, fabbisogno di personale e carichi di lavoro. Ne è emerso un quadro estremamente variopinto, con molteplici criticità che comunque interessano tutti i paesi Europei valutati. Per quanto riguarda nello specifico l'NHS, un punto molto significativo è rappresentato dal fatto che siano gli

---

<sup>69</sup> Limb A, Half of GPs on clinical commissioning groups have financial links with private providers, *BMJ* 2012; 344 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2431>

<sup>70</sup> Campbell D. *The Guardian*, 27.03.2012

<sup>71</sup> <http://www.anaao.it/content.php?cont=16573>

ospedali stessi ad assumere il medico in formazione specialistica con un contratto *ad personam*, considerandolo lavoratore e non studente, a differenza di quanto avviene in Italia. In UK ci sono due principali percorsi di carriera : la medicina generale (cure primarie) e la medicina ospedaliera. Il medico di cure primarie generalmente esercita in gruppi associativi guidati dalla CCGs (Commissione di gruppi clinici). La maggior parte dei medici ospedalieri sono *consultants* e specializzandi (*junior doctors*). Il medico ospedaliero può aspirare al ruolo di *senior doctors*. I *junior doctors* hanno un programma di training post laurea della durata di 5-7 anni e sono stipendiati (a differenza dell'Italia). Inoltre, il medico inglese ogni anno deve confrontarsi con il proprio datore di lavoro, presentando: una revisione dei risultati della propria performance clinica, feedback da colleghi e pazienti, ed un report degli audit, delle lamentele e dell'aggiornamento continuo che ha effettuato. In più, annualmente, gli viene richiesto di rivedere la programmazione del proprio lavoro in termini contrattuali, educazionali, qualitativi e quantitativi (*Job Plan*). Il *General Medical Council* rilascia ogni 5 anni un certificato di rivalidità al medico affinché possa proseguire il proprio lavoro negli anni e questa è un'altra sostanziale differenza, in ottica comparata con l'Italia. Al fine di questa riconferma, il medico deve produrre 6 tipi di informazioni sui seguenti punti: CPD (*continuing professional development*), attività di miglioramento della qualità, eventi significativi, feedback dai colleghi, feedback dai pazienti, resoconto di lamentele e complimenti.

L'aggiornamento professionale continuo è largamente pagato al medico dall'NHS. Gli specializzandi ricevono, durante il loro programma educativo, salario, supporto e monitoraggio in tal senso, inoltre godono di permessi di studio per specifici corsi. I medici ospedalieri senior presentano specificatamente nel loro contratto una parte legata all'aspetto formativo e possono godere anch'essi di permessi di studio per specifici corsi legati alla personale *Job Plan Review*. In UK il settore privato riceve fondi in un rapporto 85%:15% dall'NHS. Questa quota sta aumentando gradualmente negli ultimi anni. Al medico è consentito di lavorare, e dunque guadagnare anche nel settore privato. Questo è permesso dal contratto stesso dell'NHS ma deve essere confermato dal *Consultant's Job Plan* (la pianificazione lavorativa annuale del medico). Solo pochi medici lavorano esclusivamente per il

settore privato. Il lavoro privato è pagato o direttamente dal paziente o dalla sua assicurazione. I costi delle prestazioni sono più elevati rispetto a quelli del sistema pubblico ma presentano comunque un tetto massimo di contenimento. È necessario specificare che il Sistema Sanitario Inglese è molto faticoso ed impegnativo; c'è una forte carenza di personale in tutte le categorie professionali con alcune specialità più in sofferenza rispetto ad altre. Al contempo, la richiesta è molto alta, con *aspettative crescenti riguardo alla qualità delle cure e al rapporto costo/efficacia*. Inoltre, come nella maggioranza dei paesi europei, la demografia sta cambiando e anche le risorse tecnologiche si rivelano più costose anche se più efficaci. Il 2016 è stato infatti un anno segnato da criticità di performance, tagli alla finanza, ai contratti e uno sciopero dei Junior Doctors <sup>72</sup> che ha rischiato di far inginocchiare il sistema sanitario. Alla luce di quanto detto finora, appare perciò evidente che andrebbero modificati anche alcuni aspetti in riferimento al percorso d'inserimento lavorativo dei medici italiani, i quali al termine degli anni di studio presso la facoltà di medicina e chirurgia, devono accedere a un concorso nazionale per poter entrare nella scuola di specializzazione da loro scelta. E il percorso è tutt'altro che semplice, considerando l'esiguità del numero dei posti messi a concorso rispetto ai potenziali aspiranti.<sup>73</sup> I contratti degli specializzandi medici in Italia sono poi coperti da una borsa di studio, a differenza della Gran Bretagna dove invece i Junior Doctors ricevono uno stipendio. Anche il modello della medicina generale presente in Italia andrebbe rivisto. Infatti, il modello rimane ancora troppo ancorato a vecchie prassi che devono essere riformate e nello specifico<sup>74</sup>:

- Il sistema di retribuzione e premiante che deve basarsi sui risultati e non solo sulle prestazioni;
- Il sistema di valutazione deve essere intrinseco e coerente con la gestione professionale del sistema, con indicatori specifici e qualificanti;

---

<sup>72</sup> Weaver M., "What you need to know about the junior doctors' strike", in The Guardian, 2016

<sup>73</sup> Convegno nazionale, " *Formazione e accesso al lavoro: innovare per garantire il futuro della professione medica*" Bari, 13-14 giugno 2014

<sup>74</sup> I. Cavicchi. " *Questione medica*", Quotidiano sanità, 2015

- La programmazione generale deve basarsi sul fabbisogno effettivo di servizi sanitari della comunità;
- Il sistema di valori prevalenti deve modificarsi da “cura del malato” a “preservare e migliorare la salute del cittadino”;
- Va favorita una cultura della salute e della filosofia della prevenzione come modello per la sicurezza dei Cittadini e della Comunità;
- Va qualificata una informatizzazione di alto livello per una gestione integrata delle attività assistenziali.

## Capitolo II

### QUALITA' IN SANITA'

Dall'inizio del secolo passato, in cui essenzialmente inizia la storia della qualità in ambito industriale si identificano tre principali passaggi: il controllo della qualità<sup>75</sup>, la garanzia della qualità o *Quality assurance* e la qualità totale o *Total Quality management*.<sup>76</sup> Negli anni cinquanta in Giappone nacque la Japanese Union of Scientists and Engineers (JUSE) con lo scopo di promuovere lo sviluppo e la diffusione del controllo della qualità. La JUSE iniziò a studiare le tecniche di controllo statistico sviluppate negli USA durante la guerra e nel 1949 creò il Quality Control Research Group (QCRG). Qualche anno dopo, l'approccio alla qualità si sposta verso il concetto della garanzia della stessa e viene introdotto il termine di *Quality assurance* negli Stati Uniti<sup>77</sup>. Questa metodologia si impone di intervenire in modo sistematico sia sul processo produttivo che sul prodotto, per ottenere non solo una ragionevole probabilità del conseguimento degli obiettivi di qualità, ma anche l'evidenza documentata della qualità raggiunta. La garanzia della qualità comporta perciò l'integrazione di molteplici attività che correlate tra loro determinano la qualità del prodotto, tra cui: informazione e formazione del personale, verifica e valutazione dell'efficacia del piano di garanzia della qualità ed eventuali azioni correttive, esecuzione delle attività come descritto dalle procedure cioè "come dove e quando" e relativa documentazione, definizione della struttura organizzativa complessiva e della funzione aziendale incaricata dell'implementazione, della verifica e della revisione del piano di garanzia della qualità. Con il passare del tempo, inizia a farsi strada l'idea che le organizzazioni ben strutturate, che attuavano strategie corrette e che applicavano correttamente le procedure, fossero in grado di offrire ai propri clienti un'adeguata confidenza del rispetto di determinate specifiche di prodotto. Cambia così l'approccio al problema, che passa dall'essere passivo all'essere proattivo, e basato non solo sulla rimozione della non qualità ma anche sulla prevenzione degli incidenti

---

<sup>75</sup> W.M., Tsutsui, W. Edwards Deming, and the Origins of Quality Control in Japan in *The Journal of Japanese Studies* Vol. 22, No. 2, 1996

<sup>76</sup> Malinverno E., "*La qualità in sanità; metodi e strumenti di clinical governance*" Carocci Faber, 2013

<sup>77</sup> OECD publications, "*Quality and internationalisation in higher education*", 1999

attraverso la progettazione e l'applicazione di un Sistema Qualità formale capace di ridurre la possibilità di generare errori. Il Total Quality Control, descritto per la prima volta da Feigenbaum nel 1945 nell'articolo "*Quality as a management*", propone per la prima volta un atteggiamento dell'organizzazione aperto alle esigenze dei clienti e tale da realizzare obiettivi della qualità, attraverso il coinvolgimento dell'intera struttura aziendale con un approccio basato sulla motivazione delle persone e sul miglioramento continuo dell'intera struttura.<sup>78</sup> In campo sanitario, per *Quality assurance* s'intende ogni attività sviluppata dal punto di vista strettamente professionale sanitario, in funzione del raggiungimento di obiettivi concreti di miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria<sup>79</sup>; miglioramento esprimibile secondo *Donabedian* (1989)<sup>80</sup> in termini di: "*quantità di salute aggiunta ai pazienti serviti, a condizioni soddisfacenti per questi ultimi, accettati per la società nel suo complesso e coerenti con le conoscenze maturate nel contesto delle discipline scientifiche di specifico riferimento*". La *Quality assurance* consiste di due tipi di fondamentali di attività che si succedono a livello operativo, con sistematicità e senza interruzioni. Stiamo parlando del *Quality Assessment* (valutazione della qualità) e *Quality improvement* (miglioramento della qualità); il primo fa riferimento alla misura della qualità, il secondo all'impatto della stessa. Ogni intervento diretto a migliorare il livello di qualità di una prestazione o di un processo assistenziale, non può quindi che procedere da una valutazione della situazione esistente, volta a definire i problemi cui si deve tentare di porre rimedio. Per garantire tutto ciò è opportuno realizzare una serie di interventi armonicamente coordinati, secondo *Donabedian* nel cosiddetto "ciclo di monitoraggio della qualità". Solo a partire dagli anni Ottanta, seguendo l'esempio coronato dal successo del Giappone, si è diffuso anche negli Stati Uniti e in Europa il concetto della qualità come fattore di competizione basato sul coinvolgimento dell'intera azienda e perciò come agente di cambiamento organizzativo. Il *Total Quality Management* è un approccio sistematico alla qualità, non derivato da prescrizioni legislative

---

<sup>78</sup> Feigenbaum, A.V. "*Quality control: Principles, practice and administration: An industrial management tool for improving product quality and design and for reducing operating costs and losses*", McGraw-Hill, 1951.

<sup>79</sup> Malinverno E., "*La qualità in sanità; metodi e strumenti di clinical governance*", Carocci Faber, 2013

<sup>80</sup> Donabedian A. , "*The quality of care: how can it be assessed?*" in *Journal of American Medical Association*, 260,12, pp 1743-8

e rappresenta una maniera di gestire la qualità in modo globale, per assicurare la piena soddisfazione del cliente, come quella della direzione e dei dipendenti<sup>81</sup>. Il movimento del TQM, filosofia e stile di direzione che si propongono il miglioramento continuo della qualità (*Continuous Quality Improvement*) è iniziato e si è sviluppato per l'impulso dato principalmente da *Deming (1982)*, *Crosby (1986)* e *Juran (Juran, Gryna, 1988)*. Elemento nuovo e caratterizzante la qualità totale è l'aver spostato il riferimento per la qualità nella soddisfazione del cliente. Essa viene perciò ora interpretata come quell'insieme di processi associati al cliente in cui si vengono a collocare tutte le attività aziendali, dal momento che qualunque attività è riconducibile a un processo dove sono collocati da un lato il fornitore e dall'altro il cliente, e che tale catena può essere creata sia all'interno che all'esterno dell'azienda. I canoni del TQM prevedono infatti il superamento dei concetti di qualità del servizio (efficacia terapeutica) e di qualità del sistema (certificazione, accreditamento), per giungere al controllo degli aspetti organizzativi (qualità programmata e qualità erogata), dei rapporti con l'utente (qualità prevista e qualità percepita), ma anche per una valutazione di competitività operata attraverso tecniche di "benchmarking" (qualità paragonata).<sup>82</sup> Anche se il TQM/CQI è uno stile di gestione maturato in ambito industriale, appare adatto ad essere diffuso anche nel contesto delle aziende sanitarie per tre fondamentali ragioni:<sup>83</sup>

1) il problema della qualità è cruciale nel campo degli interventi sanitari, dal momento che dalle caratteristiche qualitative di questi ultimi dipende quasi sempre la natura delle conseguenze che i destinatari del Sistema Sanitario possono registrare sul piano del recupero o della conservazione della loro salute;

2) è sempre più evidente sul piano professionale ed etico, la necessità di assicurare a chi è il principale destinatario degli interventi sanitari, un ruolo fondamentale e attivo nelle decisioni relative

---

<sup>81</sup> Dean J. W., Bowen D.E., "Management theory and total quality: improving research and practice through theory development" in *Academy of Management Review* Vol. 19, No. 3, 1994

<sup>82</sup> Braccini M., "La qualità totale come strategia competitiva" Ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli, 1998

<sup>83</sup> Uche Nwabueze, "Implementing TQM in healthcare: The critical leadership traits", *Total Quality Management & Business Excellence*, 22:3, 331-343, 2011



all'orientamento dei servizi, in funzione della soddisfazione dei desideri e delle aspettative relativi alle modalità dell'erogazione dei servizi stessi;

3) è altresì sempre più evidente che è necessario richiedere a tutti coloro che sono coinvolti in modo diretto o indiretto, nei processi assistenziali, di sostenere un ruolo attivo nel miglioramento della qualità del loro lavoro.

In tale prospettiva, una chiave di miglioramento della qualità dei servizi sanitari è rappresentata dalle interdipendenze tra 3 dimensioni: l'*utente*, che trova negli aspetti soggettivi che contraddistinguono la qualità percepita, gli elementi di valutazione della prestazione; il *professional*, che trova gli elementi con cui generare confronti e valutazioni nell'ambito delle conoscenze consolidate dalle discipline scientifiche; il *management* che trova nella dimensione economica e di mercato, i parametri con cui valutare la qualità delle prestazioni erogate come componente della performance aziendale.<sup>84</sup>

L'attività di miglioramento della qualità dei processi organizzativi sanitari deve avvenire sulla base di una organizzazione dedicata e di un approccio operativo fondato sul modello **FOCUS-PDCA**, F(find); O(organize); C(clarify); U(understand) S(select); P(plan); D(do); C(check); A(act)<sup>85</sup>. Un importante contributo di promozione della qualità totale, in Europa, è fornito dall'*European Foundation for Quality Management (EFQM)*. La European Foundation for Quality Management (EFQM) è nato da una fondazione con sede a Bruxelles, istituita dalle principali aziende industriali europee. Il modello EFQM (European Foundation for Quality Management) dà peso ai risultati conseguiti e non solo in termini di soddisfazione dei clienti. E difatti la logica alla base del modello è riassumibile in: Risultati, Approccio, Dispiegamento, Accertamento, Revisione (**RADAR**), un ciclo tra l'altro simile a quello del TMQ. I risultati sono suddivisi in: soddisfazione del personale (il modo in cui si riesce a stabilire il grado di percezione che il personale ha dell'organizzazione), soddisfazione dei clienti (come si riesce ad individuare la percezione che il cliente ha del servizio ricevuto e dei suoi

---

<sup>84</sup> Malinverno E., "La qualità in sanità; metodi e strumenti di clinical governance" Carocci Faber, 2013, cap.1, pp 11-20

<sup>85</sup> Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, *et al* Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare *BMJ Quality & Safety* ;23:290-298, 2014

rapporti con l'organizzazione), impatto sulla società (il modo in cui l'organizzazione è riuscita a soddisfare i bisogni e le aspettative della comunità in termini di miglioramento della qualità della vita), risultati finanziari (individua il raggiungimento degli obiettivi di budget ed il soddisfacimento dei bisogni di quanti hanno interessi finanziario altre partecipazioni nell'organizzazione)<sup>86</sup>. Nelle applicazioni in sanità, l'area di gestione dei processi è stata suddivisa in: gestione dei processi clinici e gestione dei processi manageriali. L'area dei risultati dei risultati finanziari è stata suddivisa infine in: esiti di salute e risultati finanziari.

## **2.1 LE DIMENSIONI DELLA QUALITÀ**

Secondo la classificazione fornita da *Donabedian*,<sup>87</sup> gli indicatori si dividono in indicatori di struttura, processo o esito.

-Gli *indicatori di struttura* sono tipicamente utilizzati per l'accreditamento e sono, per esempio, quanti letti vi sono in ospedale, quanti infermieri, se è presente un'apparecchiatura TAC o RMN, ecc. Questo tipo di indicatori fornisce, come si evince dal nome, informazioni sulle caratteristiche strutturali di un ospedale o di una struttura sanitaria

-Gli *indicatori di processo* misurano il grado di aderenza del processo assistenziale agli standard di riferimento della miglior pratica clinica basata sull'evidenza. Grazie a questi indicatori è possibile comprendere in quale punto del processo assistenziale si è verificata la carenza, di comprendere dov'è il problema e conseguentemente di risolverlo. Un esempio di indicatore di processo è il trattamento chirurgico della frattura del femore nel paziente anziano entro 48 ore dal trauma.

-Gli *indicatori di esito* (o di risultato o di outcome) sono tutti quegli indicatori che tentano di quantificare il miglioramento o il peggioramento dello stato di salute del paziente durante il ricovero, per esempio la percentuale di guariti, il tasso di mortalità a 5 anni, ecc. In senso positivo, sono da intendersi il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e della disabilità; in senso negativo sono rappresentati dalle complicazioni e dagli effetti iatrogeni. Un esempio di indicatore di

---

<sup>86</sup> Akyay Uygur, Sevgi Sümerli, "The Scope and Importance of EFQM Excellence Model" in International Review of management and Business Research, Vol. 2 Issue.4, 2013.

<sup>87</sup> Donabedian A. "The quality of care. How can it be assessed?", JAMA;260:1743-8,1988.

esito è la mortalità a 30 giorni dal ricovero per infarto acuto del miocardio<sup>88</sup>. Gli indicatori di esito sono sicuramente gli indicatori più importanti perché permettono di misurare l'esito finale della cura. Secondo la classica tripartizione di *Avedis Donabedian*<sup>89</sup>, gli assi della qualità sono quindi indirizzati a valutare la struttura intesa come Qualità organizzativa, il processo inteso come Qualità professionale e l'esito che sottende la Qualità percepita. Quando l'autore invita a valutare e a migliorare la Qualità organizzativa fa riferimento alla dimensione organizzativa di una struttura sanitaria composta da:

- risorse disponibili
- personale
- attrezzature
- edifici
- modalità organizzative delle stesse.

Quando il punto di osservazione è la Qualità Professionale, viene valutato e misurato il processo composto da tutti gli aspetti delle attività di assistenza che includono le prestazioni sanitarie, la loro tempestività e appropriatezza in merito alle decisioni di intervento, al livello di effettuazione ed all'uso delle risorse. La dimensione della Qualità di processo fa riferimento quindi alla correttezza tecnica, al coordinamento ed integrazione delle prestazioni, nonché alla continuità dell'assistenza prestata dagli operatori. Pertanto è l'asse che si riferisce al comportamento degli operatori e all'efficacia delle prestazioni e delle procedure assistenziali fornite dalle aziende sanitarie. In tale prospettiva, viene quindi valutata e misurata la capacità del sistema sanitario di migliorare lo stato di salute delle persone. I processi sono tanto più importanti quanto più, in base alle evidenze scientifiche ed al consenso di esperti, aumentano le probabilità che si verifichino esiti favorevoli. In Sanità, come nel mondo industriale, si dà notevole rilevanza all'analisi dei processi come mezzo di miglioramento, soprattutto dovendo risolvere il problema dell'appropriatezza delle prestazioni, uno degli obiettivi primari della Riforma e dei Piani sanitari ad essa successivi. Infine, se l'angolo di osservazione, di

---

<sup>88</sup> Ministero della Salute, Programma Nazionale Esiti – PNE Edizione 2017

<sup>89</sup> Donabedian A. *“The definition of quality and approaches to its management, vol 1: explorations in quality assessment and monitoring”*. Ann Arbor, Mich, Health Administration Press, 1980.

miglioramento, di valutazione e di misurazione è la Qualità percepita, si intende osservare, misurare e valutare l'esito delle prestazioni sanitarie. Le modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari rappresentano l'esito e possono essere intese in senso positivo come il prolungamento della vita, la riduzione della sofferenza e della disabilità. Un esito particolare è rappresentato dalla soddisfazione dei pazienti, dei familiari e della popolazione, aspetto della Qualità Percepita oggi più valutato e misurato. Le tre dimensioni della Qualità si devono evidentemente integrare tra loro per dare contenuto al concetto di Qualità Totale nei servizi sanitari<sup>90</sup>. La Qualità Totale indica, infatti, una sequenza finalizzata ed interconnessa di attività con lo scopo di fornire un prodotto/servizio al cliente. Sequenza che quasi sempre coinvolge più di una unità organizzativa e più di una figura professionale. Va messo in evidenza come vi siano molte altre classificazioni relative alle dimensioni di qualità riferite alla sanità, proposte da diversi autori<sup>91</sup>. Si può affermare, in sintesi, che le metodologie di approccio alla Qualità sono tese alla valutazione e alla misurazione e quindi al miglioramento continuo di<sup>92</sup>:

- Qualità Professionale
- Qualità Organizzativa
- Qualità Percepita

Le diverse dimensioni prevedono metodologie, tecniche e strumenti per valutare e misurare la diversa ottica di Qualità osservata. Di seguito vengono sintetizzate le metodologie maggiormente utilizzate nei diversi campi di analisi della Qualità, rimandando gli approfondimenti alla vasta letteratura esistente<sup>93</sup>.

---

<sup>90</sup> Cheng Lim, P. and Tang, N., "The development of a model for total quality healthcare", *Managing Service Quality: An International Journal*, Vol. 10 No. 2, pp. 103-111. <https://doi.org/10.1108/09604520010318290>, 2000

<sup>91</sup> Mosadeghrad, Ali Mohammad. "Factors influencing healthcare service quality." *International journal of health policy and management* vol. 3,2 77-89. 26 Jul. 2014, doi:10.15171/ijhpm.2014.65; Majeed A, Lester H, Bindman AB. "Improving the quality of care with performance indicators" *BMJ* 2007;335:916-8. Lohr KN, Schroeder SA. A "strategy for quality assurance in Medicare". *N Engl J Med*. 1990;322:707-12.

<sup>92</sup> Donabedian A: "The definition of quality and approaches to its management", vol 1: explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, Mich, Health Administration Press, 1980.

<sup>93</sup> Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. "Use of process measures to monitor the quality of clinical practice", *BMJ* 007;335:648-50.

1) Gli strumenti e le metodologie per misurare e valutare la Qualità nell' approccio tecnico-professionale sono <sup>94</sup>:

- medical e clinical audit,
- miglioramento continuo della qualità (quality assurance, VRQ),
- accreditamento professionale,
- linee guida ed Evidence Based Medicine;

L'"**accreditamento professionale**" può essere sinteticamente definito come un meccanismo di valutazione esterna tra pari (*peer review*), per accertare il grado di corrispondenza in base a degli indicatori di qualità predefiniti.<sup>95</sup> Presenta un carattere fortemente partecipativo e si propone quasi come un'attività di autoregolazione. Criteri ed indicatori vengono definiti attraverso un lungo processo di confronto e di validazione tra pari e sono poi continuamente aggiornati, assumendo come punto di riferimento lo stato di eccellenza raggiunto.<sup>96</sup> La valutazione può essere effettuata tra pari o da un'agenzia indipendente, ma i valutatori devono essere sempre professionisti della sanità. L'accreditamento professionale si pone come obiettivo finale il miglioramento continuo, attraverso una logica di apprendimento organizzativo che coinvolge tutti i professionisti di una determinata struttura. I sistemi di accreditamento professionale, pur perseguendo tutti una finalità di miglioramento continuo e di ricerca dell'eccellenza, si differenziano fra loro per le logiche di valutazione seguite, per la scelta delle dimensioni da tenere sotto osservazione, per la definizione di criteri ed indicatori, per il sistema di misurazione adottato. I sistemi di accreditamento professionale sono strettamente correlati all'accreditamento all'eccellenza, di cui si parlerà più avanti.

I principali metodi sono<sup>97</sup>:

---

<sup>94</sup> Malinverno E., "La qualità in sanità; metodi e strumenti di clinical governance" Carocci Faber, 2013

<sup>95</sup> Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations , "La realizzazione di un programma di miglioramento della qualità" Ed. Centro Scientifico Editore, 1999

<sup>96</sup> Ranci Ortigiosa E., "La valutazione di qualità nei servizi sanitari", Ed. Franco Angeli Editore, 2000

<sup>97</sup> Ebrahim Jaafaripooyan, Dila Agrizzi, Faizollah Akbari-Haghighi, Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 23, Issue 6, 2011.

- **JCAHO**, Sistema di accreditamento Statunitense: oggetto della valutazione sono il miglioramento della qualità e dell'efficienza del servizio, con lo scopo di individuare le aree di debolezza dell'organizzazione sanitaria, consentendo di porvi rimedio e di riallocare le risorse in modo efficiente.

- **CCHFA**, Sistema di accreditamento Canadese: l'unità di osservazione è il processo di cura sull'utente e non il funzionamento del reparto. Il metodo pone l'attenzione sull'integrazione e sulla continuità del processo di cura, dall'accesso alla dimissione.

- **ACHS**, Sistema di accreditamento Australiano: dà rilievo all'esperienza individuale complessiva del paziente all'interno dell'ospedale. I criteri e gli indicatori sono stati concepiti come supporto alle strutture sanitarie nel fornire al paziente una cura di qualità elevata in modo efficace ed efficiente.

2) L'approccio organizzativo-gestionale vede nei seguenti metodi gestionali gli strumenti per implementare il modello "Qualità" nel sistema sanitario:

- certificazione di qualità (ISO 9000),
- accreditamento autorizzativo e requisiti minimi di qualità,
- accreditamento all'eccellenza (JCAHO);

Le **Normative Iso 9000** (*International Standards for Organizations*) sono norme di applicazione generale che possono essere adattate a tutti i settori produttivi di beni e servizi e sono utilizzate quando esiste la necessità di dimostrare la propria capacità di progettazione e fornitura di un prodotto conforme a degli standard predefiniti e universalmente condivisi<sup>98</sup>. I requisiti di tali norme sono costruiti per fornire una garanzia al cliente non attraverso un controllo sul risultato ma, piuttosto, sul rispetto di procedure predefinite, così da poter ridurre drasticamente i rischi di non conformità. I sistemi qualità ispirati alla norma ISO sono molto diffusi nelle aziende di produzione dei beni. Le norme ISO hanno il pregio di consentire una definizione precisa dei ruoli e delle relative modalità di comunicazione ed integrazione, riducendo i costi della "non qualità" e migliorando il servizio reso.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Chiarini & Associati, "Sistemi qualità in conformità alle norme ISO 9000", Franco Angeli, 1997

<sup>99</sup> Baraghini G., Capelli M., "Il sistema qualità ISO 9000 in sanità", Ed. Franco Angeli, 1997

Un'altra caratteristica importante delle norme ISO riguarda la possibilità di integrazione con altri sistemi, quale ad esempio il MCQ<sup>100</sup>. In questo senso, il sistema qualità ispirato alle ISO 9000, può essere considerato una prima importante tappa di avvicinamento al più complesso sistema della qualità totale. La predisposizione di un sistema qualità ispirato alle norme ISO 9000 richiede un periodo di addestramento lungo ed anche in funzione del livello di qualità iniziale dell'organizzazione e della complessità della struttura. Il sistema descrive le procedure adottate e ne verifica l'applicazione e la certificazione è il riconoscimento ufficiale operato da un ente terzo di ciò che è stato codificato. Gli elementi da prendere in considerazione per progettare tale sistema sono le norme UNI EN ISO 9001, ovvero dei requisiti richiesti per la predisposizione del sistema. Tali requisiti forniscono al cliente una garanzia sui rischi di non conformità del prodotto offerto, attraverso un controllo sul rispetto delle procedure e non sulle caratteristiche degli esiti. La certificazione viene richiesta ad un organismo indipendente, accreditato dall'ente nazionale, che regola e controlla tale attività, il *Sincert*. L'Azienda richiedente deve predisporre il "*Manuale della Qualità*" nel quale vengono esplicitate le modalità di adeguamento alle norme ISO, modalità che vengono poi verificate sul campo dal valutatore della società di certificazione, che compila una lista di riscontro<sup>101</sup>. Dall'elaborazione dei dati della lista scaturisce un rapporto finale sui cui contenuti avviene una discussione nell'ambito dell'organismo di certificazione, che può deliberare favorevolmente, oppure invitare l'azienda ad eliminare le non conformità. Il rilascio del certificato non conclude l'iter di valutazione, poiché sono previste visite di sorveglianza con cadenza annuale. E' facile immaginare come l'applicazione delle norme ISO in ambiente sanitario comporti difficoltà, anche se non impossibili, problemi di adattamento. Alle norme ISO 9000 è stato inoltre rimproverato di concentrarsi sul controllo di processo e di prendere poco in considerazione il miglioramento di qualità e la valutazione dei risultati. I recenti documenti della serie 9004 ed in particolare il 9004-4 danno però molto più peso al miglioramento di qualità. Anche le norme entrate in vigore alla fine dell'anno

---

<sup>100</sup> ISO - International Organization for Standardization, [www.iso.org](http://www.iso.org) .

<sup>101</sup> Guarnieri C., "*La qualità in sanità, certificazione ISO 9001 e miglioramento continuo*", COLLANA EBOOK ECM, 2017

2000, conosciute come Vision 2000, hanno reso il modello molto simile a quello della Total Quality Management, con una generale convergenza di tutti i modelli per la qualità.

Il concetto di **accreditamento** è stato introdotto per la prima volta in Italia con il D.Lgs n. 502/92<sup>102</sup>.

L'accreditamento va inteso come la volontà di garantire una verifica ed un monitoraggio delle strutture che forniscono prestazioni nell'ambito del SSN. Fino al 1996, l'accreditamento è stato automaticamente riconosciuto per le strutture pubbliche o private con un precedente rapporto di convenzione con il SSN. Con la pubblicazione del DPR 14.01.1997<sup>103</sup>, che definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi, le strutture di nuova realizzazione devono da subito attenersi ai requisiti specificati, così pure quelle che attuano ampliamenti o modifiche. Le altre strutture devono adeguarsi entro un massimo di cinque anni. Sono interessate tutte le strutture sanitarie, da quelle che erogano prestazioni in regime di ricovero, a ciclo continuativo e/o diurno, a quelle di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, che erogano prestazioni riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, a quelle che operano in regime residenziale.

Con il DPR 14.01.1997 sono state fissate due fasi:

- l'autorizzazione obbligatoria che implica il possesso dei requisiti minimi,
- l'accreditamento, volontario, che riconosce i fornitori, cioè coloro che possono erogare prestazioni per conto del SSN, e che implica il possesso di requisiti ulteriori, definiti dalle Regioni.

L'**"accreditamento all'eccellenza"** ha pochissimi punti in comune con l'accreditamento di tipo istituzionale immaginato dal legislatore italiano. Il modello nasce negli Stati Uniti nel 1917<sup>104</sup> e si impone definitivamente negli anni '50, grazie all'attività di quella che attualmente si chiama *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). Definito come "modello di autoregolamentazione dell'industria sanitaria", esso è inteso come l'abilitazione ad operare per conto

---

<sup>102</sup> Decreto legislativo n.502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."

<sup>103</sup> Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private."

<sup>104</sup> El-Khawas, Elaine, "Accreditamento negli Stati Uniti: origini, sviluppi e prospettive future", UNESCO. IIEP, 2001



dei sistemi di assistenza pubblica (per esempio Medicare), ed ha come elementi caratteristici, la fissazione ed il controllo degli standard e la partecipazione di tipo volontaristico da parte degli ospedali. Negli ultimi tempi, la Joint Commission ha spostato l'attenzione sui processi utilizzati per fornire assistenza di qualità, avendo già in previsione la definizione di indicatori di risultato. In ambito europeo, il modello JCAHO si è diffuso principalmente in Inghilterra ed è stato applicato dal *Clinical Pathology Accreditation* (CPA)<sup>105</sup>, per il programma di accreditamento dei laboratori clinici, nel quale il miglioramento della qualità nelle fasi pre e post-analitiche è fondamentale. Il programma CPA prende in esame sei sezioni: organizzazione e amministrazione, personale e direzione, spazi ed attrezzature, procedure, aggiornamento del personale, valutazione. Alle sei sezioni corrispondono 44 standard<sup>106</sup>. La struttura richiedente compila la documentazione prevista che dovrà essere visionata da un comitato di consulenza. In caso di giudizio positivo, viene rilasciato un accreditamento provvisorio al quale segue, dopo una visita ispettiva per la verifica del raggiungimento degli standard, un accreditamento di durata annuale. Nella maggior parte dei Paesi europei si è ancora in una fase di dibattito sulla definizione degli standard e dei programmi.<sup>107</sup>

### 3) Approccio partecipativo:

- l'"Analisi Partecipata della Qualità" (APQ), è il metodo più conosciuto; è una procedura di valutazione dei servizi pubblici e sociali, in particolare di quelli sanitari, caratterizzata dalla sua impostazione partecipativa, che prevede il coinvolgimento di cittadini ed operatori, non solo come fonte di informazione, ma anche come soggetti attivi nella realizzazione dell'indagine e come utilizzatori dei risultati. Questo metodo di valutazione dei servizi sanitari è stato messo a punto dal Laboratorio di Scienze della Cittadinanza e riguarda essenzialmente la Qualità percepita, in

---

<sup>105</sup> Lilleyman, J. and Blair, C., "Clinical Pathology Accreditation: a quality system for diagnostic pathology services", *Journal of Clinical Effectiveness*, Vol. 2 No. 4, pp. 106-109. <https://doi.org/10.1108/eb043373>, 1997

<sup>106</sup> D Burnett, C Blair, M R Haeney, S L Jeffcoate, K W M Scott, D L Williams, "Clinical pathology accreditation: standards for the medical laboratory" *J Clin Pathol*, 2002

<sup>107</sup> Øvretveit, J., "Total quality management in European healthcare", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 No. 2, pp. 74-80. <https://doi.org/10.1108/09526860010319523>, 2000; H. Legido-Quigley, M. McKee, E. Nolte, I.A. Glinos. "Assuring the quality of health care in the European Union", A case for action. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008; Observatory Studies Series n°12: xiii-xiv, 15-40, 84-89, 112-115, 183-190

particolare le relazioni interpersonali, il comfort, la disponibilità di servizi e la soddisfazione degli operatori<sup>108</sup>.

## 2.2 LA TEORIA DEI 5 GAP

Un utile modello per correggere disfunzioni interne e impostare il miglioramento continuo è quello proposto da A. Parasuraman. Il principale risultato della ricerca applicativa di Zeithaml, Parasuraman e Berry<sup>109</sup>, è l'idea che la mancata soddisfazione del cliente nasca dal cumularsi di quattro scostamenti (in inglese, gap) dovuti ad inefficienze in vari ambiti dell'azienda. Tali gap producono, nel complesso, lo scostamento più importante, che è quello, stavolta nell'ambito del cliente, tra la percezione del servizio ricevuto e le attese iniziali. Questo modello, conosciuto come teoria dei 5 gap o modello di Parasuraman, porta allo sviluppo di un modello per l'analisi dei singoli gap, e lo studio di soluzioni per ridurne l'entità, al fine di migliorare contestualmente la soddisfazione dei clienti.

I quattro gap su cui la società o ente erogatore di servizi può agire direttamente sono:

- Scostamento 1: divario tra le aspettative dei clienti e le percezioni del management
- Scostamento 2: divario tra le percezioni dei dirigenti e le specifiche di qualità del servizio
- Scostamento 3: divario tra le specifiche di qualità e le prestazioni effettive
- Scostamento 4: divario tra la fornitura del servizio e le comunicazioni esterne

Lo schema concettuale del modello di Parasuraman, in tutte le sue componenti, è rappresentato in figura sottostante (Fig. II.1).

---

<sup>108</sup> I. Cavicchi, *“Il pensiero debole della sanità”*, edizioni Dedalo, 2008

<sup>109</sup> Pena, Mileide Morais, Silva, Edenise Maria Santos da, Tronchin, Daisy Maria Rizatto, & Melleiro, Marta Maria, *“The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services”*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(5), 1227-1232. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>, 2013

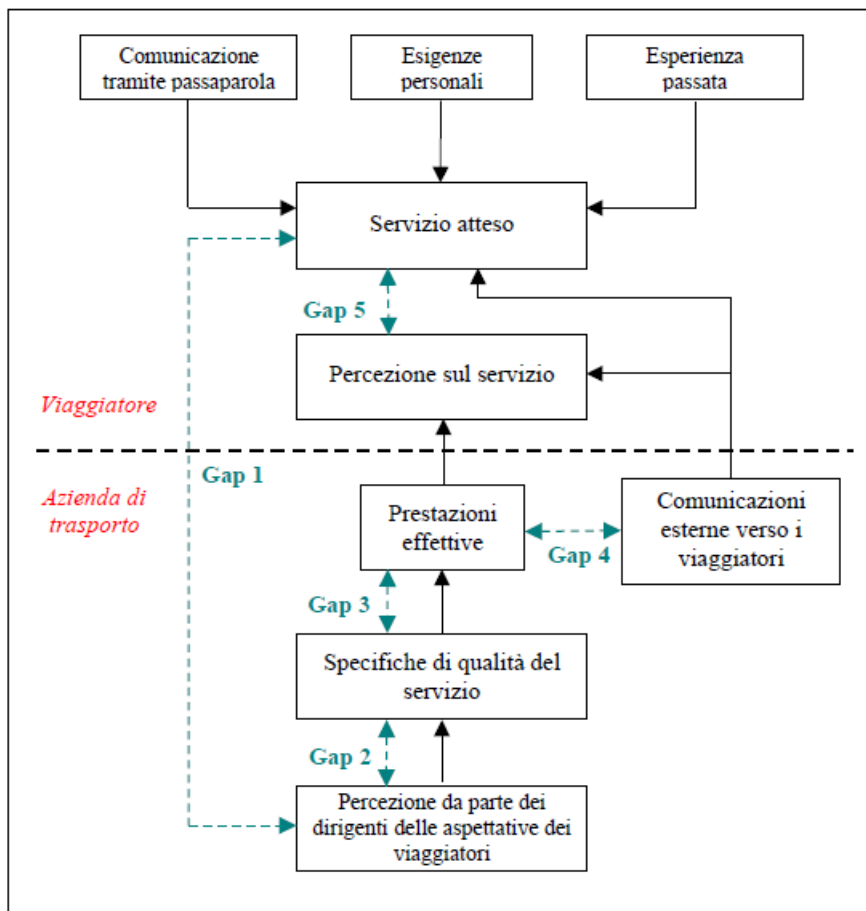


Fig. II.1 , Fonte: Parasuraman, Zeithaml, Berry (1985)

Alla base del modello, come anticipato, è l'equazione fondamentale:

$$\text{Gap 1} + \text{Gap 2} + \text{Gap 3} + \text{Gap 4} = \text{Gap 5}$$

Dallo schema si evince che le attese del cliente sono determinate essenzialmente da fattori esogeni, cioè non controllabili dall'azienda: esigenze personali, passaparola, esperienze pregresse. Vi sono poi le comunicazioni aziendali, unica arma in mano all'azienda per influenzare l'idea di servizio atteso. Dal lato dell'azienda, lo scostamento 1 si determina per un'errata conoscenza del cliente da parte del management; nello studio di questo e dei suoi bisogni, una percezione sbagliata delle reali esigenze implica errori di valutazione nella definizione delle priorità e nell'allocazione delle risorse. Tali errori sono la prima fonte di percezioni di qualità scadente del servizio.

Lo scostamento 2 si può invece verificare nella fase successiva dell'attività di pianificazione del servizio: quando le percezioni della dirigenza vengono tradotte in specifiche progettuali, è possibile

che si verificano difficoltà interpretative ed esecutive che portano ad un risultato dalle caratteristiche differenti da quelle desiderate.

Una volta formalizzate le specifiche di qualità del servizio, frutto della fase di pianificazione, l'erogazione effettiva può presentare carenze o inefficienze che rendono il servizio offerto ben diverso da quello progettato. Tale scostamento 3 può essere provocato ad esempio da fattori esterni, incapacità del personale di front-line, standard troppo ambiziosi, comportamenti imprevedibili del cliente, mancanza di motivazione, cioè tutti gli elementi già individuati come ragione della limitata standardizzabilità dei servizi.

Infine, lo scostamento 4 si può presentare quando le percezioni dell'utenza si discostano dall'immagine del servizio che le viene proposta. È molto importante che l'azienda sia capace di comunicare all'esterno le reali caratteristiche del servizio erogato, con chiarezza e obiettività, senza promesse eccessive, magari informando il cliente degli sforzi necessari ad assicurare certe prestazioni, e che non sono visibili dall'esterno. Tale compito è determinante nella costruzione di aspettative non distorte, che possano ulteriormente allargare l'ultimo divario, lo scostamento 5, espressione diretta dell'insoddisfazione del cliente.

Lo studio dei cinque gap evidenziati, nell'ambito della propria realtà aziendale, è fondamentale per assicurare un servizio di qualità: impegnarsi per comprendere, analizzare e ridurre le cause di ciascuno dei quattro scostamenti è il sistema più conveniente per intraprendere la strada del miglioramento continuo.<sup>110</sup>

---

<sup>110</sup> Paul A. Dion, Rajshekhar Javalgi & Janet Dilorenzo-Aiss, "An Empirical Assessment Of The Zeithaml, Berry And Parasuraman Service Expectations Model", *The Service Industries Journal*, 18:4, 66-86, DOI: [10.1080/02642069800000042](https://doi.org/10.1080/02642069800000042), 1998

### 2.3 CONFRONTO TRA LE PRINCIPALI METODOLOGIE DI ANALISI

I metodi di valutazione e di miglioramento della qualità, già applicati operativamente in alcune realtà isolate, tendono a svilupparsi secondo diverse variabili in riferimento a quanto precedentemente illustrato: diversità delle prospettive dei soggetti interessati, carattere multidimensionale della qualità, peculiarità delle aziende sanitarie.<sup>111</sup> Da un'analisi delle diverse metodologie, si evince che ciascuna di esse, dalla MCQ (miglioramento continuo della qualità), all'APQ (Analisi Partecipata della Qualità), dalle norme ISO 9000, ai sistemi di qualità totale TQM etc., focalizza in misura prevalente l'attenzione su una dimensione ritenuta prioritaria, ma nessuna delle metodologie presenti in letteratura analizza la complessità globale e più generale del problema, individuando di conseguenza un insieme di variabili strategiche (di successo) che ottimizzino il processo di controllo e miglioramento della qualità in sanità<sup>112</sup>. Del resto, come abbiamo ampiamente evidenziato nel presente contributo, come non può essere considerata univoca la misura della qualità, parimenti non può essere considerato univocamente definito il concetto stesso di qualità in sanità, soprattutto, in relazione alla valutazione delle qualità delle prestazioni sanitarie e delle cure erogate nei diversi regimi assistenziali previsti dal SSN. Le metodologie appartenenti al gruppo MCQ e TQM, considerano *proritario* l'accreditamento all'eccellenza, in quanto tendono ad implementare un sistema dinamico ed un conseguente miglioramento continuo della qualità, sia pure con metodologie e livelli in parte diversificati (in quanto va specificato che il MCQ analizza essenzialmente i comportamenti professionali, con un'ottica orientata agli esiti, mentre il TQM prende in esame le varie dimensioni della qualità, con una prospettiva orientata al cliente). Una necessaria distinzione deve essere operata, a nostro giudizio, tra "accreditamento istituzionale" ed "accreditamento all'eccellenza", evidenziando innanzitutto che il primo è un adempimento obbligatorio fondato sulle norme vigenti (DPR 14 gennaio 1997) mentre il secondo si basa su un procedimento volontario.

---

<sup>111</sup> Braccini M., "La qualità totale come strategia competitiva" Ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli, 1998

<sup>112</sup> Majeed A, Lester H, Bindman AB, "Improving the quality of care with performance indicators", *BMJ*;335:916-8, 2007

Le differenze tra i diversi possibili percorsi sono riportati nelle tabelle sottostanti. L'accreditamento istituzionale si limita essenzialmente ad eliminare le strutture inaffidabili e non promuove necessariamente la qualità, come avviene invece nell'accreditamento volontario o di eccellenza. Va sottolineata infatti la differenza tra “**accreditamento istituzionale**” ed “**accreditamento all'eccellenza**”, evidenziando innanzitutto che:

- il primo è un *adempimento obbligatorio*, fondato sulle norme vigenti (DPR 14 gennaio 1997),
- il secondo si basa su un *procedimento volontario*.

Nell'accreditamento all'eccellenza prevalgono infatti i caratteri dell'autoregolazione, con la partecipazione attiva dei professionisti e delle istituzioni controllate. È un'attività di valutazione professionale, sistemica e periodica, volta a garantire che la qualità dell'assistenza sia appropriata ed in continuo miglioramento. Il procedimento volontario è volto all'acquisizione di una certificazione. Quest'ultima rappresenta l'atto mediante il quale un ente terzo, indipendente, dichiara ad una struttura che la sua organizzazione (personale, attività, controlli, etc.) e i suoi prodotti, processi, servizi etc. sono conformi ad una data norma di riferimento. Nella certificazione prevale il controllo esterno ad opera di un organismo indipendente che certifica la conformità a determinati standard e costituisce la fase finale di un processo di riorganizzazione aziendale, realizzato in conformità alle norme ISO. Tali norme sono incentrate sull'implementazione di un sistema di qualità, nel quale l'azienda assicura che un prodotto, processo, servizio etc. sia conforme agli obiettivi prefissati e agli scopi per cui deve essere impiegato. In altre parole, il controllo del processo secondo le norme ISO 9000 consiste essenzialmente in<sup>113</sup>:

- *dire quello che si fa,*
- *fare quello che si è detto,*
- *dimostrare quello che si è fatto (audit interno ed audit esterno),*
- *pensare a come migliorarlo*<sup>114</sup>.

---

<sup>113</sup> ISO - International Organization for Standardization, [www.iso.org](http://www.iso.org)

<sup>114</sup> James L. Lamprecht, “*L'applicazione delle norme UNI EN ISO 9000 nelle piccole aziende*”, Edizione Italiana a cura di Mauro Formaggio, 2000

In ambito sanitario, l'applicazione della norma ISO 9000 presenta il vantaggio di offrire una garanzia di qualità del sistema aziendale nel suo complesso, costituendo una sorta di paradigma, in cui possono essere inglobati altri aspetti e altre metodologie scientifiche, come ad esempio il MCQ e il TQM.<sup>115</sup> Gli esperti del TQM ritengono che l'applicazione delle norme ISO sia compatibile, ed addirittura propedeutica alla gestione manageriale della qualità realizzata nei sistemi di qualità totale. Ponendo a confronto le due diverse metodologie, si evidenzia che le norme ISO analizzano solo una parte dell'attività di valutazione e miglioramento, trascurando la soddisfazione dei dipendenti, la soddisfazione dei clienti e soprattutto l'impatto sociale, elementi che invece fanno parte e sono determinanti nel caso del TQM<sup>116</sup>. In sintesi, potremmo dire che il MCQ analizza essenzialmente i comportamenti professionali, secondo un'ottica orientata agli esiti; le norme ISO controllano gli aspetti organizzativi e manageriali; la TQM prende in esame le varie dimensioni della qualità, con una prospettiva orientata al cliente; l'APQ rivolge l'attenzione al cittadino, di cui vuole rappresentare, forse forzatamente, il punto di vista.<sup>117</sup> Da queste indicazioni, sia pure molto sintetiche, si evidenzia che nessuna metodologia è di per sé esaustiva, pur notando tuttavia tra le varie metodologie, tentativi di convergenza ed inglobamento dei vari sistemi di analisi. Orientarsi in questo contesto in rapida evoluzione non è facile, ma attraverso la politica della gradualità e l'attenzione ai riferimenti normativi, con l'auspicio che questi ultimi siano universalmente condivisi, è possibile intraprendere il percorso della qualità aziendale, con la consapevolezza che in fondo migliorare il servizio vuol dire *de facto* raggiungere un solo obiettivo apparentemente banale: ***fare bene le cose giuste***<sup>118</sup>. Ma quello che potrebbe sembrare un'affermazione ovvia, comporta sul piano operativo una vera e propria sfida alla cultura imprenditoriale, all'organizzazione gestionale ed al patrimonio delle professionalità nel loro complesso.

---

<sup>115</sup> F.Gori, G. Quintaliani, A.Perelli, "Accreditamento istituzionale e certificazione", Azienda Ospedaliera di Perugia, 2002

<sup>116</sup> Hellsten, U. and Klefsjö, B., "TQM as a management system consisting of values, techniques and tools", *The TQM Magazine*, Vol. 12 No. 4, 2000

<sup>117</sup> CONTI T., "Come costruire la Qualità Totale – Una guida per il management", Sperling and Kupfer Editori, Milano, 1992.

<sup>118</sup> P.F.Drucker

***Differenza tra accreditamento istituzionale ed accreditamento all'eccellenza (Fig. II.2)***

	<b>Accreditamento istituzionale</b>	<b>Accreditamento all'eccellenza</b>
<b>Obiettivo</b>	Accesso al mercato	Promozione alla qualità
<b>Opzione</b>	Obbligatoria	Volontaria
<b>Ricaduta</b>	Economica	Educativa e di immagine
<b>Qualità</b>	Minima	Eccellente
<b>Gestione</b>	Istituzionale	Ad opera di professionisti
<b>Modalità</b>	Ispezione	Consulenza
<b>Contenuti</b>	Prevalentemente istituzionale	Professionali
<b>Riferimenti</b>	Normativa	Stato dell'arte ed evidenza scientifica

***Differenza tra ISO 9000 e Total Quality Management (Fig. II.3)***

<b>ISO 9000</b>	<b>TOTAL QUALITY MANAGEMENT</b>
Modello di assicurazione qualità	Modello di eccellenza aziendale
Prassi strutturate	Efficacia della prassi
Standard	Strumenti di autovalutazione
Certificazione	Trasformazione aziendale e MCQ



## 2.4 EVOLUZIONE LEGISLATIVA DELL'APPROCCIO ALLA QUALITÀ IN SANITÀ

La qualità del sistema sanitario è il risultato di un approccio multidimensionale, mirato al ciclo continuo di miglioramento di sei diverse aree: accessibilità, efficacia, efficienza, equità, sicurezza, accettabilità/centralità sul paziente<sup>119</sup>.

Alcune principali normative che introducono il concetto di qualità in ambito dei servizi pubblici sono:

1) l'art. 11, *Qualità dei servizi pubblici*, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59. In particolare, vengono definiti all'articolo 11, gli standard di qualità, i quali esprimono i livelli minimi di qualità che devono essere assicurati agli utenti dai soggetti erogatori di servizi.

2) la legge 4 marzo 2009, n. 15, *Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e alla efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*, nonché disposizioni integrative delle funzioni attribuite al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro e alla Corte dei conti;

3) il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, *Attuazione della Legge 4 marzo 2009 n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni*, in particolare relativamente a quanto contenuto nel Titolo II, *Misurazione, valutazione e trasparenza della performance*;

4) l'art. 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198, *Attuazione dell'art. 4 della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ricorso per l'efficienza delle amministrazioni e dei concessionari di servizi pubblici*.

5) il Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.

---

<sup>119</sup> Saba R., *“La relazione tra qualità ed eccellenza in sanità”*, Quaderni di ricerca del Dipartimento di Ricerche aziendali “Riccardo Argenziano” Università degli Studi di Pavia, n.13, Aracne Editrice, Roma, 2008 e *“Standard di Qualità dell'Ente Parco Nazionale della Val Grande”* in *“parco nazionale val grande”*, Gennaio 2016, pag.3

In particolar modo, nella figura II.4, vengono delineati i principali punti sui quali si sofferma la legge di riforma (D.L.502/92), relativamente all'ambito della qualità.<sup>120</sup>

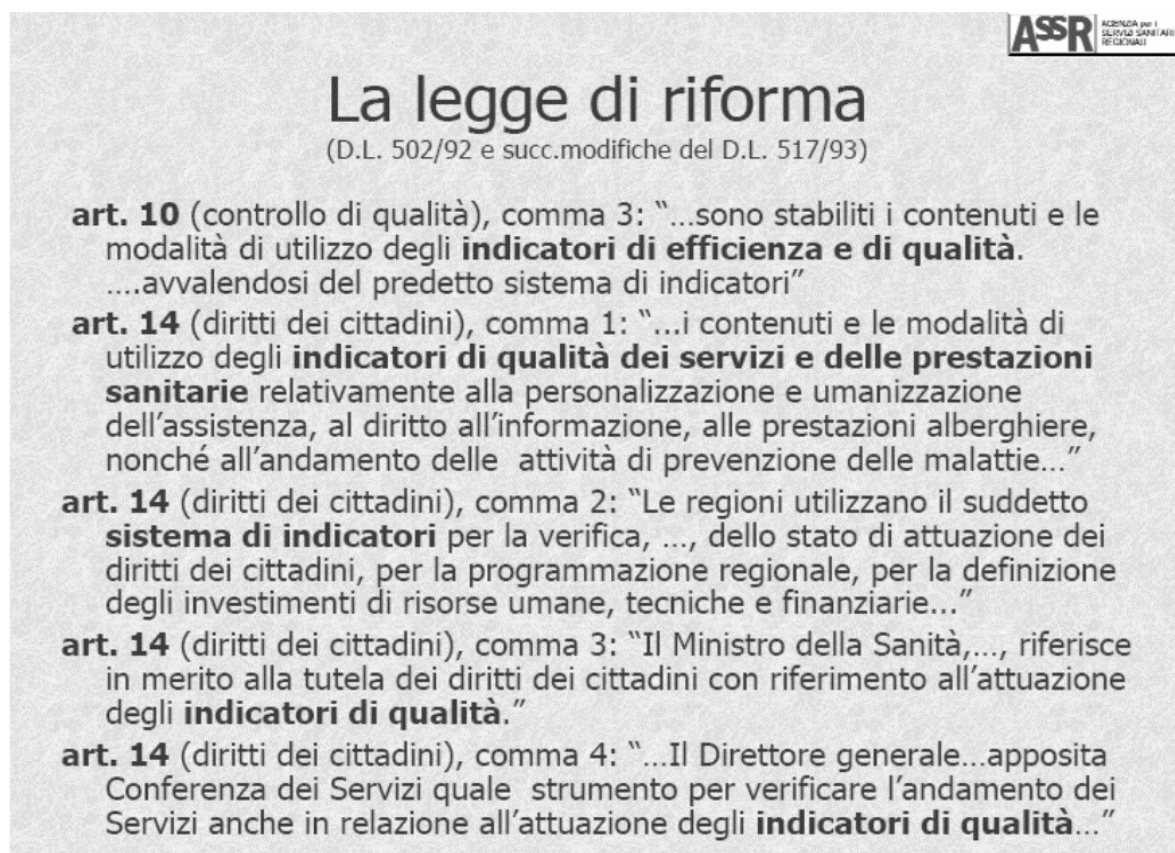


Fig. II.4

Anche il decreto legislativo 229/99 prevede la strutturazione di un adeguato sistema di controlli esterni, attraverso cui le ASL e le regioni possono monitorare la correttezza delle rilevazioni, l'appropriatezza delle prestazioni ed il livello qualitativo dei servizi offerti. Il suddetto decreto, all'articolo 10, definisce che *"per garantire la qualità dell'assistenza è adottato il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi e flussi informativi."* In particolare, il ruolo dell'istituto dell'accreditamento, introdotto dal decreto legislativo 517/93, e modificato dal decreto legislativo 229/99, ha specificatamente definito i prerequisiti necessari attraverso cui avviene l'ingresso nella rete del SSN: l'autorizzazione, l'accreditamento e la stipula di accordi e contratti.

<sup>120</sup> Mediobanca, "Indicatori per il controllo dell'efficienza e dell'economicità della spesa nel SSN", Ottavio Capriolo-Milano, cap. 2, pp 45-46

*L'autorizzazione* risponde al diritto alla libera iniziativa, ed è il mezzo attraverso il quale si concede alle strutture preposte all'attività sanitaria, la possibilità di esercitare liberamente la propria attività, in seguito alla conformità con una serie di requisiti, parametri e criteri definiti nel Dpr 14.01.1997. Qualunque nuova struttura sanitaria è impossibilitata ad operare senza aver ottenuto l'autorizzazione necessaria (che è richiesta anche quando si vuole ampliarne una già esistente). Quindi la struttura sanitaria, pubblica o privata, per poter esercitare la propria attività, deve, in prima istanza, ottenere la concessione dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, da parte del Comune e della Regione che verifica il possesso dei requisiti strutturali (metri quadrati, sale e spazi, assenza di barriere architettoniche depositi, magazzini e spogliatoi ecc) e organizzativi (figure professionali abilitate ed in numero idoneo all'attività sanitaria da svolgere in piena sicurezza per i pazienti). Sostanzialmente, senza l'autorizzazione una struttura sanitaria non è autorizzata a svolgere alcun tipo di attività di carattere sanitario e assistenziale, come prevede espressamente il D.lgs. 502/1992: «l'autorizzazione è obbligatoria per tutte le strutture pubbliche e private che intendono esercitare attività sanitarie, da rilasciarsi previo accertamento della conformità a definiti requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti a livello nazionale con un atto di indirizzo e coordinamento».

Le strutture sanitarie private, dopo aver ottenuto l'autorizzazione ad esercitare la propria attività, possono chiedere *l'accreditamento istituzionale*, atto con cui si verifica che la struttura privata possieda gli stessi *standard qualitativi* delle strutture pubbliche e, pertanto, viene a queste ultime equiparata<sup>121</sup>. L'accreditamento che viene introdotto con *D.lgs. 502/1992, ripreso nel Dpr 14.1.97 e rivisitato con il D.lgs. 229 del 19.6.99*, così come è stato definito precedentemente, è un processo di selezione obbligatorio delle strutture sanitarie in quanto ogni regione verifica il possesso di *standard qualitativi, organizzativi e strutturali* di strutture e professionisti, equiparando al pubblico le strutture ed i professionisti del privato che sono così autorizzati ad operare all'interno e per conto del Sistema Sanitario Nazionale. In tal caso, i relativi oneri economici vengono imputati al SSN e il cittadino che

---

<sup>121</sup> Aperia Bella F., “*L'accreditamento istituzionale nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie*” in Osservatorio di diritto sanitario- Federalismi.it, n.0,2014.

vi si rivolge non sostiene costi aggiuntivi rispetto a quelli che sosterebbe se si rivolgesse ad una struttura o ad un professionista pubblico. L'accreditamento istituzionale risponde alla necessità di organizzare il SSN e i singoli sistemi regionali secondo *garanzie di qualità*, tenendo conto delle effettive esigenze della popolazione, dei livelli di assistenza da garantire e della disponibilità reale di risorse economiche. Una volta ottenuto l'accreditamento istituzionale, la struttura privata stipula appositi *accordi contrattuali* con la Regione, mediante i quali si stabilisce il numero di prestazioni che il SSN "acquista" da quella struttura o da quel professionista privato accreditato. Tali prestazioni (determinate previa definizione del fabbisogno di prestazioni sanitarie della popolazione) verranno quindi erogate al cittadino senza alcuna spesa aggiuntiva rispetto alla stessa prestazione erogata nella struttura pubblica e alle stesse condizioni; pertanto, se il cittadino è tenuto alla c.d. compartecipazione alla spesa (pagamento ticket) nella struttura pubblica, allo stesso modo dovrà pagare lo stesso ticket presso la struttura (o il professionista) privata accreditata.<sup>122</sup>

---

<sup>122</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999;229>, ultimo accesso: 18/03/2020

### Capitolo III

#### METODI E STRUMENTI DI *CLINICAL GOVERNANCE*

Il concetto di Governo Clinico è stato introdotto in Inghilterra alla fine degli anni '90<sup>123</sup>, in concomitanza dell'avvento del governo laburista, all'interno del libro bianco della sanità (*The White Paper "the new NHS modern and dependable"*), nell'ambito di un processo di modernizzazione dei servizi, caratterizzato soprattutto dall'impegno di innalzamento degli standard di qualità delle prestazioni offerte. Il governo clinico (GC), tradotto da *Clinical Governance*<sup>124</sup>, è una: "*strategia mediante la quale 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*" (Donaldson)<sup>125</sup>. Il governo inglese ha quindi introdotto nuove politiche, nuove strutture e strumenti di gestione che permettono di impattare direttamente sul governo della qualità e dell'appropriatezza dei servizi sanitari, attraverso un approccio di insieme e sistematico. Il cambiamento ha riguardato tutte le parti del sistema, a cominciare dalle *Primary care trust*, *Mental health trust*, *NHS trust*, *Ambulance trust*, introducendo una logica di concertazione e collaborazione tra le aziende, il cui coordinamento viene garantito dalle *Strategic Health Authorities*, istituzioni con il compito di garantire lo sviluppo delle linee strategiche del NHS a livello locale. L'idea di base è che la qualità delle prestazioni offerte non può esclusivamente scaturire dall'iniziativa dei professionisti clinici e che quindi il governo della qualità non possa essere affidato esclusivamente all'autocontrollo dei professionisti e delle società scientifiche, ma necessita di specifici organismi e strumenti che consenta la gestione integrata delle attività.<sup>126</sup> L'introduzione del governo clinico ha comportato, a livello Nazionale, la definizione di tre

---

<sup>123</sup> A. Halligan, L. Donaldson, "Significato e attuazione del governo clinico", *Giornale Italiano di Nefrologia* Anno 19 n. S-21, pp. S8-13, 2002

<sup>124</sup> Department of Health, "*A first class service: Quality in the new national health service*", Londra, 1998

<sup>125</sup> Halligan A, Donaldson L., "*Implementing clinical governance: turning vision into reality*". *BMJ*; 322: 1413-7, 2001

<sup>126</sup> Scally G, Donaldson LJ. "*Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*", *BMJ*; 317: 61-5, 1998.

livelli di intervento, supportata dalla creazione di strutture specifiche con compiti di supporto, di controllo, di valutazione e reporting<sup>127</sup>:

1. Individuazione di standard nazionali, supportata dall'istituzione del *National Institute for Clinical Excellence* e il *National Service Frameworks*;

2. Erogazione a livello locale di prestazioni secondo gli standard indicati. Tale attività viene supportata dall'istituzione della *Clinical Governance Support Team*, attualmente incorporata nella *NHS Modernisation Agency*, che fornisce esperti, informazioni, pareri e formazione per clinici e gestori; la *National Patient Safety Agency*, che ha lo scopo di monitorare gli eventi avversi e sviluppare ed attuare iniziative volte alla sicurezza dei pazienti, la *National Clinical Assessment Authority*, per valutazioni e pareri sulla performance dei professionisti.

3. Monitoraggio dell'efficacia del sistema. L'introduzione della clinical governance comporta senza dubbio un incremento delle attività di monitoraggio delle performance<sup>128</sup>. Tale compito viene svolto attraverso: le *Strategic health authorities*, la *Commission for Health Improvement*, sostituita a partire dall'aprile 2004 dalla *Commission for healthcare audit and inspection* (organismo indipendente che valuta, attraverso specifici indicatori, il livello di qualità delle prestazioni erogate e dei servizi offerti ed identifica le buone pratiche e le aree che necessitano di miglioramento), l' *NHS Performance Assessment* e il *National Survey of Patient and User Experience* che raccoglie informazioni sui bisogni e le attese dei cittadini e garantisce il ritorno di conoscenze a pazienti e operatori. A livello locale, l'implementazione della *Clinical Governance* include i seguenti fattori: <sup>129</sup>

**a.** chiara responsabilità per la qualità generale dell'assistenza;

**b.** programma generale di attività cliniche mirate al miglioramento della qualità;

**c.** chiara politica di gestione dei rischi<sup>130</sup>;

---

<sup>127</sup> Halligan A. "How the national clinical governance support team plans to support the development of clinical governance in the workplace". *Journal of Clinical Governance*; 14: 155-7,1999.

<sup>128</sup> Roland, M., Campbell, S. and Wilkin, D., "Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement?" *Journal of Management in Medicine*, Vol. 15 No. 3, pp. 188-201. <https://doi.org/10.1108/02689230110403678>, 2001

<sup>129</sup> Department of Health. "The new NHS: modern, dependable", London: Stationery Office; 1998

<sup>130</sup> M. L. Chiozza, M. Plebani, "Clinical Governance: from clinical risk management to continuous quality improvement" *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, Volume 44: Issue 6, 2006

**d.** procedure per identificare ed affrontare le motivazioni che sottendono bassi livelli di prestazioni.

Esso poggia su un quadro organizzativo che, pur mostrando una certa variabilità tra le varie strutture ospedaliere, in generale comprende:

- *Chief executive*, che ha la responsabilità delle attività e istituisce il comitato strategico;
- *Trust board*, ovvero il comitato strategico: sovrintende tutte le attività di governo clinico costituito da: *chief executive*, da direttori non executives, rappresentanti della comunità locale, e dai *senior clinicians*;
- *Clinical governance steering or monitoring group*: è un comitato operativo che supporta le attività di governo clinico che si svolgono nei dipartimenti. I componenti sono rappresentanti dei responsabili di governo clinico dipartimentali;
- *Clinical governance leads group*: gruppo costituito dai responsabili a cui sono affidate le varie attività di governo clinico, Rischio clinico, formazione ecc.
- *Departmental/team groups*: sono i gruppi di gestione clinica delle attività nei singoli dipartimenti.

Il direttore esecutivo dell'azienda ha la responsabilità di assicurare la qualità dei servizi erogati dalla azienda. Ogni azienda si impegna a controlli e verifiche per attenersi a richiesti livelli di qualità secondo gli standard definiti a livello nazionale e rende conto del proprio operato redigendo il rapporto annuale.

I dati sugli effetti della *Clinical Governance*, riferiti alle esperienze del Regno Unito nel 2003, riportati da *Danielle Freedman* (2004), esprimono efficacemente l'impatto dell'adozione degli strumenti del governo clinico sul miglioramento della qualità delle cure, e in particolare:

- a) La riduzione della variabilità ingiustificata delle pratiche cliniche;
- b) Il migliore impiego delle risorse;
- c) La crescita della soddisfazione dei pazienti;
- d) I cambiamenti documentati verso una maggiore efficacia delle pratiche cliniche;

- e) I cambiamenti positivi della cultura organizzativa;
- f) La maggiore conoscenza sulla qualità delle cure da parte dei dipendenti.

Tali effetti appaiono particolarmente rilevanti se vengono osservati alla luce di alcuni dati che caratterizzavano il sistema sanitario Inglese nel 1999:<sup>131</sup>

- Gli errori medici erano la terza più frequente causa di morte, dopo il cancro e le malattie cardiovascolari;
- Gli eventi avversi hanno coinvolto il 10% dei pazienti ricoverati;
- Tali eventi hanno prodotto un costo approssimativamente di 2 miliardi annui di sterline nelle strutture di ricovero;
- 400 pazienti sono annualmente deceduti o sono stati seriamente danneggiati da incidenti clinici;
- Più di 400 milioni di sterline annue sono state pagate per concludere controversie causate da negligenze imputabili agli operatori clinici;
- Il costo annuo per il contagio da infezioni ospedaliere è stato di un miliardo di sterline, delle quali il 15% poteva essere evitato.

La *Clinical Governance*, per come si è sviluppata nel NHS, non è una metodologia o solo un insieme di strumenti, ma una prospettiva di integrazione di processi clinici e gestionali, per la quale assumono rilevanza di elementi fondanti l'eccellenza nella qualità clinica, le connessioni sistemiche, un tessuto organizzativo capace di favorire l'implementazione di modalità cliniche sperimentalmente efficaci, nonché un collante culturale fondato su principi e valori diffusi e condivisi<sup>132</sup>. Si può valutare quindi come l'esperienza britannica abbia coinvolto nel processo di cambiamento l'interno NHS nei tre livelli: centrale, regionale e a livello di trust. Il progetto italiano, seguendo invece un percorso più graduale, ha focalizzato prevalentemente i cambiamenti strutturali a livello aziendale, anche se affida

---

<sup>131</sup> Freedman D.B., “*Clinical Governance: How to Integrate Managerial and Clinical Approaches with the Quality of Service*”, comunicazione al convegno “Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale”, Scuola di Management Luiss Guido Carli, 2004, Roma

<sup>132</sup> McSherry R., Pearce P., “*Clinical Governance*”, Blackwell, Oxford UK 2002



all'introduzione della *Clinical Governance*, l'ammodernamento del SSN, passando per il recupero della centralità dei clinici nella gestione sanitaria delle aziende. La *Clinical Governance*, dunque, emerge come prospettiva di integrazione degli strumenti di governo clinico delle strutture erogatrici di servizi sanitari<sup>133</sup>, con l'obiettivo di sanare la cesura tra gestione economica, di competenza della Direzione Generale e la gestione clinica, affidata ai professionisti clinici. *L'integrazione*, implicita nella prospettiva sistemica della *clinical governance*, sta alla base di una diversa concezione della progettazione organizzativa, del performance management e della direzione strategica e operativa, nella quale emerge una leadership diffusa e unificante. Inoltre, l'integrazione assume il significato non solo di coordinamento, ma anche di attivazione delle naturali connessioni tra strutture e strumenti, di ricomposizione delle cesure e di ricerca delle sinergie tra parti interrelate del sistema organizzativo. La *clinical governance* dovrebbe essere introdotta a livello dei processi clinici, secondo un approccio "bottom-up", poiché è proprio a livello operativo che si sviluppa l'appropriatezza clinica, in termini di soddisfazione dei bisogni di cura, e quella economica, inerente alla razionale allocazione delle risorse disponibili. Appaiono perciò disfunzionali i percorsi di introduzione della *clinical governance* top-down, fondati sull'attivazione di nuove strutture stratificate sul reale organizzativo esistente. Al contrario, sembra opportuno un percorso di sperimentazione progressiva per progetti<sup>134</sup>, nell'ambito di regole istituzionali, organizzative e di comportamento, in modo da attivare una progettualità di sistema diffusa, capace di elaborare risposte organiche, coordinate e bilanciate<sup>135</sup>. Per questa motivazione, tale cambiamento è stato realizzato in una prospettiva evolutiva, proprio per evitare gli effetti dirompenti della discontinuità, introducendo progressivamente alcuni degli strumenti della *clinical governance* (clinical risk management, audit clinico e clinical guidelines, ecc.). Le valutazioni sui primi effetti dell'introduzione della *clinical governance* sono apparse significative rispetto agli obiettivi assunti, in termini di miglioramento della qualità e del contenimento dei costi,

---

<sup>133</sup> Bueton S.A., Roland M., "*Clinical Governance: Bridging the Gap Between Managerial and Clinical Approaches to Quality Care*", in *Quality in Health Care*, n.8, 1999

<sup>134</sup> Palumbo F., "*Clinical Governance e programmazione sanitaria*", comunicazione al convegno "Clinical Governance-una prospettiva organizzativa e gestionale", Scuola di Management Luiss Guido Carli, 2004, Roma

<sup>135</sup> Borgonovi E., "*Aziendalizzazione e governo clinico*", "Mecosan", n.49, 2004

ed in particolare per quanto attiene alla riduzione dei rischi, degli eventi avversi e degli incidenti clinici, al miglioramento delle pratiche cliniche e dell'efficacia organizzativa. E' stata anche evidenziata l'esigenza di un percorso per progetti nell'ambito delle sperimentazioni clinico-gestionali, sostenuto da una forte legittimazione istituzionale e da opportune forme di incentivazione. L'introduzione della *clinical governance*, ovvero la scelta di un approccio diverso rispetto al passato, volto al miglioramento della qualità delle cure, dovrebbe comportare anche un ripensamento non superficiale dei modelli e modalità organizzative e degli strumenti di gestione. In particolare, il Ministero della Salute, nell'elaborazione delle azioni di supporto all'introduzione del governo clinico, ha individuato le seguenti componenti chiave della *Clinical Governance*:

- ✓ Il clinical risk management e i programmi di riduzione degli errori;
- ✓ L'audit clinico e il relativo sistema di reporting;
- ✓ Il sistema nazionale delle linee guida cliniche (SNLG), fondato sull'evidence based medicine;
- ✓ La ricerca e sviluppo;
- ✓ I sistemi di misurazione degli esiti-outcome e di performance management;
- ✓ I programmi di formazione continua;
- ✓ I programmi di coinvolgimento dei pazienti;
- ✓ L'istituzione di strutture organizzative dedicate al GC, ed in particolare l'adozione dei dipartimenti assistenziali, come sede privilegiata del coordinamento del GC;
- ✓ I sistemi e le strutture che favoriscono la responsabilizzazione rispetto agli obiettivi del GC<sup>136</sup>.

Il modello dell'albero della *Clinical Governance* (figura III.1), elaborato dal Prof. Ricciardi<sup>137</sup>, interpreta efficacemente le tendenze più diffuse della struttura e dei flussi di attività del GC.

---

<sup>136</sup> Bueton S.A., Roland M., "*Clinical Governance: Bridging the Gap Between Managerial and Clinical Approaches to Quality Care*", in *Quality in Health Care*, n.8, 1999

<sup>137</sup> Ricciardi W., Relazione introduttiva al convegno "*Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*", Scuola di Management Luiss Guido Carli, 2004, Roma

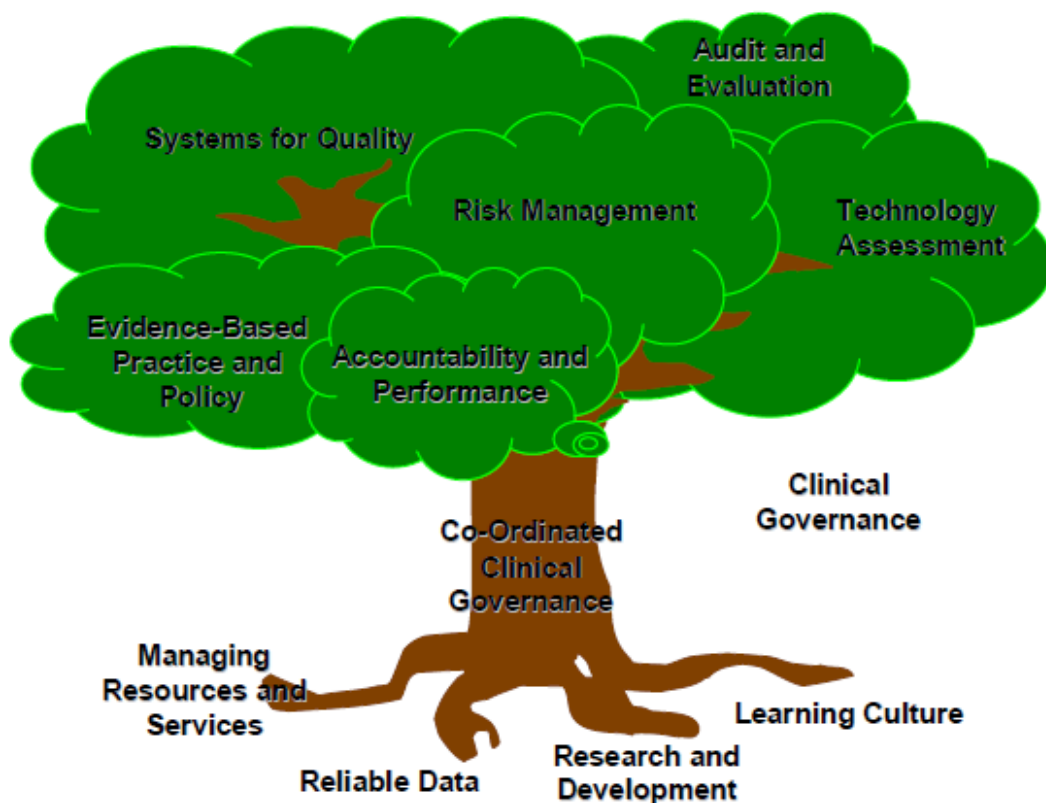


Fig. III.1, Fonte: Ricciardi, 2004

L' albero è costituito da rami che rappresentano le componenti del sistema di *Clinical Governance*, ovvero gli strumenti per la gestione clinica delle strutture sanitarie. Le radici dell'albero sono rappresentate dalla disponibilità di manager per gestire le risorse e i servizi, dalla cultura dell'apprendimento continuo, dai risultati della ricerca e sviluppo, dall'affidabilità dei dati e delle informazioni che consentono di prendere decisioni basate sulle evidenze e non sull'inaffidabilità delle opinioni. Queste radici necessitano di essere continuamente alimentate in un vitale tessuto organizzativo. Dalle radici si risale lungo il tronco dell'albero sino ai rami, alimentando continuamente con nuova linfa le componenti (gli strumenti) della clinical governance. Anche il tronco svolge una funzione critica nella combinazione sistemica dei prodotti delle radici mediante il coordinamento clinico e la forza di integrazione della cultura organizzativa. I rami sono portatori di prospettive e di strumenti con cui la clinical governance mantiene alti gli standard delle prestazioni. In particolare, l'*evidence-based practice and policy* sta a significare che le evidenze scientifiche ed esperienziali non riguardano solo prestazioni cliniche, ma anche le decisioni inerenti alle politiche

sanitarie; *l'accountability and performance* si riferisce alla trasparenza, alla responsabilità delle strutture erogatrici di servizi e dei medici in particolare di render conto all'esterno delle loro performance; *i systems for quality* identificano le strutture, le modalità organizzative e il reporting per monitorare e migliorare continuamente la qualità delle prestazioni e dei servizi clinici interni; *il risk management* comprende le strutture, i sistemi e le responsabilità per la gestione dei rischi, compreso l'audit clinico; *il technology assessment* riguarda le valutazioni di adeguatezza delle tecnologie – nel senso più ampio del termine – ma con particolare riferimento alle tecnologie di monitoraggio, di diagnosi e di trattamento, lungo il loro intero ciclo di vita <sup>138</sup>. Il GC richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale. Considerato che la *mission* principale delle Aziende sanitarie è quella di soddisfare il bisogno di salute del cittadino, sono tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per la *governance* dell'organizzazione<sup>139</sup>. Ma è nei dipartimenti che gli strumenti della *Clinical Governance* hanno trovato una concreta applicazione in un'ottica di integrazione. Le diverse prospettive utilizzate per l'attivazione dei dipartimenti – strategica, organizzativa e gestionale – garantiscono una efficace progettualità e nel contempo una direzione dello sviluppo orientato al miglioramento continuo dei servizi finali. I dipartimenti svolgono una funzione essenziale per ricomporre la frammentazione delle attività cliniche, per valorizzare le interrelazioni sinergiche tra le UO, per mantenere e generare nuove competenze. Questi ultimi rappresentano la soluzione organizzativa per l'efficace ed efficiente sfruttamento delle interdipendenze tra le diverse Strategic Service Unit (SSU)<sup>140</sup>. L'adozione del modello organizzativo dipartimentale risponde a prescrizioni normative e ad esigenze gestionali e supera la tradizionale organizzazione degli ospedali per Reparti

---

<sup>138</sup> Fontana F., "Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale", Franco Angeli, Milano 2005.

<sup>139</sup> Rob McSherry, Paddy Pearce, John Tingle, "Clinical Governance", Wiley- Blackwell, 2011

<sup>140</sup> Le *Strategic Service Unit* sono un insieme organizzato di attività finalizzate a soddisfare specifici bisogni di cura di categorie omogenee di utenti attraverso l'utilizzo di appropriate competenze e tecnologie. Le SSU sono tra loro differenziate, anche se interrelate, così da poter applicare su di esse specifiche strategie di sviluppo e miglioramento, senza rinunciare ai benefici delle reciproche sinergie. L'entità organizzativa nella quale si colloca una SSU (o più SSU omogenee) è costituita dall'unità operativa (UO) (Abell, 1980).

e Divisioni, che aveva prodotto una eccessiva frammentazione delle responsabilità ed una inefficiente allocazione delle risorse<sup>141</sup>.

Un sistema di *governance* dovrebbe fornire una risposta appropriata ai “problemi selvaggi” dei sistemi complessi, caratterizzati da forti autonomie che si influenzano e si limitano a vicenda. Gli obiettivi possono essere definiti nel governare l'estrema complessità delle organizzazioni sanitarie attraverso:

- La promozione integrata della qualità assistenziale;
- L'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica;
- Mettere a punto un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità, efficienza (figura III.2).<sup>142</sup>



Fig. III.2

<sup>141</sup> L'introduzione dei dipartimenti nel sistema ospedaliero italiano è avvenuta dietro una lunga serie di sollecitazioni istituzionali che inizia con la prima riforma ospedaliera del 1968-69 (Guzzanti, 2004). La seconda riforma del SSN, dopo quella della legge 833/78, attuata con il Dlgs 502/92, sancisce l'organizzazione dipartimentale dei servizi clinico-assistenziali nelle aziende ospedaliere. La riforma ter del SSN, di cui al Dlgs 229/99, rafforza l'implementazione dell'organizzazione dipartimentale, prevedendo tra l'altro la partecipazione, come componenti, dei direttori di dipartimento nel collegio di direzione.

Solo recentemente il Ministero della Salute ha riconfermato il dipartimento come naturale sede organizzativa per lo sviluppo del governo clinico (Palumbo, 2004).

<sup>142</sup> Buetow SA, Roland M, “Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care”, *BMJ Quality & Safety* 8:184-190,1999.

L'introduzione del *Clinical Governance* deve quindi tener conto della specificità delle attività cliniche, dei vincoli interni, del livello di legittimazione dell'ambiente istituzionale; condizioni queste che si riflettono sull'individuazione di un percorso contingente di cambiamento <sup>143</sup>. Tutti gli strumenti del GC, elencati di seguito più nello specifico, non dovrebbero essere utilizzati in maniera sporadica e/o a-finalistica<sup>144</sup>; non dovrebbero essere confinati esclusivamente all'ambito professionale, ma devono essere integrati in tutti i processi di governo aziendale: strutturali, organizzativi, finanziari e professionali<sup>145</sup>.

- *Evidence-Based Practice* → è necessario diffondere l'EBP core-curriculum tra i professionisti sanitari, che dovrebbero essere in grado di:

- formulare quesiti clinico-assistenziali;
- ricercare, con la massima efficienza, le migliori evidenze disponibili;
- conoscere i principi del *critical appraisal*: validità interna, rilevanza clinica, applicabilità;
- integrare le evidenze nelle decisioni clinico-assistenziali.

- *Information Management* → consente di acquisire a livello istituzionale:

- strumenti per la gestione delle informazioni scientifiche: banche dati, editoria elettronica, internet, software di archiviazione bibliografica;
- competenze per valutare criticamente studi primari e secondari: revisioni sistematiche, linee-guida, HTA reports, analisi economiche, analisi decisionali.

- *Data Management* → migliora l'interazione e la comunicazione tra i diversi sistemi informativi aziendali; sviluppare i database clinici, facendo riferimento agli standard internazionali DocDat.

---

<sup>143</sup> Freedman D.B., "*Clinical Governance : bringing management and clinical approaches to quality in the UK*", in *Clinica Chimica Acta*, 2002

<sup>144</sup> Freeman T, Walshe K. "*Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England*" *Qual Saf Health Care*;13:335- 43, 2004.

<sup>145</sup> Frederick H. Konteh, Russell Mannion, Huw T.O. Davies, "*Clinical governance views on culture and quality improvement Clinical Governance: An International Journal*", ISSN: 1477-7274, 2008

- *Linee Guida e Percorsi Assistenziali* → sviluppano metodologie per l'adattamento locale di linee guida (LG) e la costruzione di percorsi assistenziali (PA), abbandonando definitivamente l'inutile ambizione di produrre ex-novo LG. Al fine di definire PA evidence-based, condivisi tra i professionisti e adattati al contesto locale, GIMBE® ha elaborato un framework che prevede diverse fasi:<sup>146</sup>

- definizione delle priorità;
- costituzione del gruppo di lavoro aziendale multi-professionale;
- ricerca, valutazione critica ed eventuale integrazione delle LG;
- analisi del contesto locale, adattamento delle LG e costruzione dei PA;
- pianificazione dell'aggiornamento dei PA;
- definizione delle strategie di diffusione e implementazione dei PA;
- definizione del panel degli indicatori di processo e di esito;
- verifica dell'impatto dei PA attraverso la pianificazione, conduzione e reporting del clinical audit.

- *Health Technology Assessment* → utilizza modelli e report internazionali di HTA e consente di: riorganizzare le modalità di gestione aziendale (acquisto, manutenzione, dismissione) delle tecnologie sanitarie, specialmente se esistono input regionali alla loro governance; promuovere la diffusione delle tecnologie efficaci e la dismissione di qualunque tecnologia di efficacia non documentata o, comunque, obsoleta.

- *Clinical Audit* → confronta l'assistenza erogata con standard definiti, permettendo di:

- identificare le inapproprietezze, sia in eccesso, sia in difetto;
- verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e, se possibile, di esito.

- *Risk Management* → l'errore viene considerato come “difetto del sistema” e non del singolo professionista. Permette di diffondere la cultura della gestione del rischio, strumento di

---

<sup>146</sup> Position Statement **GIMBE®**: “*Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie*”. Disponibile a: [www.gimbe.org/gimbe/statement/ps\\_gc.htm](http://www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm)

miglioramento professionale e organizzativo, senza farsi condizionare esclusivamente da problematiche assicurative e medico-legali. Inoltre garantisce la pianificazione e implementazione di programmi aziendali di gestione del rischio clinico<sup>147</sup>.

- *Formazione continua, training, accreditamento professionale* → per consolidare tra gli operatori sanitari la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale. Riguarda l’inserimento delle attività di ECM (in particolare, la formazione sul campo) nelle strategie multifattoriali mirate alla modifica dei comportamenti professionali. Consente inoltre di sviluppare strumenti per misurare la qualità tecnico-professionale, sino a definire criteri di training e accreditamento, standardizzando la valutazione di conoscenze, competenze e attitudini.
- *Research & Development* → diffonde tra i professionisti la cultura e gli strumenti della ricerca clinica e sui servizi sanitari, con particolare enfasi allo sviluppo della ricerca indipendente. Necessario per governare le modalità di coinvolgimento dell’Azienda e dei professionisti nella ricerca sponsorizzata, al fine di garantirne utilità sociale, metodologia, etica e integrità.
- *Staff management* → definisce le strategie di management degli staff per valorizzare le risorse umane, in relazione alle attitudini, conoscenze e competenze di ogni singolo professionista.
- *Partecipazione degli utenti* → coinvolge i cittadini nella valutazione e nelle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, sia perché costituisce un loro diritto, sia perché il loro contributo può ridurre l’inappropriatezza della domanda.<sup>148</sup>

Tra le problematiche ancora irrisolte emergono le aspettative non sempre convergenti tra professionisti clinici e manager sanitari e la presenza di sistemi informativi aziendali inadeguati per raccogliere indicatori di qualità e/o scarsamente comunicanti tra loro. Sarebbe pertanto auspicabile

---

<sup>147</sup> M. Gulino, G. Montanari Vergallo, P. Frati, “*The Relevance of Clinical Risk Management*” in *Journal of History of Medicine*”, Vol 23, No 3, 2011.

<sup>148</sup> *Ibidem*



che l'attenzione da parte delle amministrazioni sia rivolta sempre di più nell'immediato futuro, all'implementazione di tali sistemi<sup>149</sup>.

### **3.1 PATIENT SATISFACTION**

Il servizio erogato è il risultato di un processo dove un insieme di persone interagiscono all'erogazione del servizio stesso (personale di contatto, back-office, supporto fisico e cliente)<sup>150</sup>. Il giudizio sull'erogazione di un servizio sanitario è sempre strettamente soggettivo, in quanto dipende sia dall'esito della cura che riceve che dalle *skills* del paziente stesso<sup>151</sup>. Anche lo stesso sistema della misurazione della qualità dell'assistenza sulla base di tre dimensioni correlate (struttura, processo ed esito) così come definito da *Donabedian*, presuppone, come abbiamo argomentato nei capitoli precedenti, che fra queste tre dimensioni vi sia un rapporto causa - effetto di tipo probabilistico, potendo una buona struttura sanitaria aumentare la probabilità che in essa si sviluppi un buon processo di cura, ha una maggiore probabilità che possa concludersi con un buon risultato, senza che questo possa mai essere dato per scontato<sup>152</sup>. Bisogna però precisare come “*Qualità percepita*” e “*soddisfazione dell'utenza*” siano termini che nella gran parte delle indagini vengono utilizzati come sinonimi di quel gradimento che l'utente esprime rispetto ad un servizio. Numerosi autori in letteratura, e in particolare gli estensori del modello Servqual<sup>153</sup>, hanno messo in luce come tra i due concetti vi sia in realtà una certa differenza. Se per la definizione di qualità percepita si possono adottare molteplici versioni, tutte in qualche modo correlate al giudizio soggettivo della persona che deve esprimere la valutazione, per quanto riguarda invece la definizione della soddisfazione dell'utenza, le opinioni sono molto più concordi e si orientano verso una misurazione della

---

<sup>149</sup> F. Pelone, W. Ricciardi, “*Il Public reporting in Sanità: riflessioni e proposta di un nuovo strumento operativo*”, In Italian Journal of Public Health, QIJP, Volume 2, Number 10, 2013

<sup>150</sup> A. Coluccia, F. Ferretti, R. Cioffi, “*Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità*”, in Supplemento B, Psicologia Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia; Vol. 31, N. 3: B31-B41, 2009.

<sup>151</sup> Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities. Public Health 2016;132:3-12. doi: 0.1016/j.puhe.2016.01.001.

<sup>152</sup> Bottai R, Micheletti V, Alfano A, Celerini C. Indagini di soddisfazione rivolte agli utenti. *Salute e Territorio*; 128: 228-31, 2001.

<sup>153</sup> Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. “*Servire qualità*”; Milano:McGraw-Hill, 1991.

soddisfazione ottenuta come differenza tra percezione e attese di servizio<sup>154</sup>. Richiamando proprio il modello Servqual, la soddisfazione dell'utenza è calcolata dalla differenza tra qualità percepita e qualità attesa. I clienti misurano infatti la qualità del servizio fra la qualità ideale e quella ritenuta accettabile ed esprimono la soddisfazione del servizio ricevuto fra la discordanza del servizio atteso e quello percepito. Quindi concludendo la soddisfazione del cliente non è altro che la differenza fra la sua attesa e il suo vissuto.<sup>155</sup> Questi concetti, se trasferiti in ambito sanitario, assumono delle valenze specifiche. Un punto di vista eccessivamente orientato alla soddisfazione dell'utente può allontanare l'organizzazione dalla sua *mission*. Se anche in sanità l'attenzione per l'utente è prioritaria, in questo contesto non si può intendere per qualità solo il miglioramento della sua soddisfazione<sup>156</sup>, ma come detto in precedenza, il primo aspetto essenziale della qualità deve rimanere quello relativo alla cura. Per questi motivi, in sanità si tende a sviluppare molto di più il concetto di qualità percepita piuttosto che quello di soddisfazione dell'utenza.

Per conoscere la percezione dei cittadini sulla prestazione ricevuta è indispensabile progettare un *sistema di ascolto*, che rilevi continuamente nel tempo sia le esigenze, sia le valutazioni degli utenti<sup>157</sup>. Allo scopo di monitorare con assiduità il rapporto con gli utenti si possono utilizzare numerosi strumenti, che formano appunto il sistema di ascolto: monitoraggio strutturato dei reclami, raccolta di informazioni post-servizio, interviste telefoniche informali ad alcuni utenti, *focus group* con gruppi di utenti, indagini tra i dipendenti ed altri tipi di indagini ad hoc. Tra questi strumenti di ascolto, un uso rigoroso delle rilevazioni di *Patient Satisfaction*, può rappresentare il mezzo più appropriato per raccogliere informazioni sia sulle aspettative del paziente stesso, in relazione ai servizi che gli vengono forniti, sia sulle percezioni dei pazienti sulle prestazioni ricevute<sup>158</sup>. La letteratura sulla *Patient Satisfaction* è prevalentemente statunitense, in quanto negli Stati Uniti non

---

<sup>154</sup> Liu SS, Amendah E, Chang EC, Pei L. "Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context." *Health Mark Q*, 23(4): 49-73, 2006

<sup>155</sup> El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. "The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses". *Int J Qual Health Care*; 20: 363-71, 2008

<sup>156</sup> Mastrobuono I, Bova D, Visconti G, Pirazzoli M, Bollero E. "Il percorso della qualità nell'organizzazione delle strutture sanitarie"; *Organizzazione Sanitaria*: Anno XXVI, 4: 23-42, 2002

<sup>157</sup> Schiavi G., "La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie", Franco Angeli, Milano, 2004.

<sup>158</sup> Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 22: 8-19, 2009.

esiste un Sistema Sanitario di tipo Nazionale e quindi le imprese della salute sono considerate al pari di altre organizzazioni di servizio e si valutano secondo criteri di efficacia e di efficienza<sup>159</sup>. Questa equiparazione da un lato rischia di essere “rozza”, mettendo sullo stesso piano servizi bancari, agenzie di viaggio a organizzazioni sanitarie. Al contempo stesso però, queste imprese hanno elaborato ricerche, generato conoscenze e progettato strumenti, da cui non si può più prescindere, se non a costi elevati e con il rischio di rimanere emarginati<sup>160</sup>. Un servizio è di qualità se tutti gli attori coinvolti sono garantiti nei propri diritti e partecipano attivamente alla produzione della prestazione. La qualità deve dunque essere letta come il punto di mediazione ottimale, *l'integrazione tra i diversi valori*, le aspettative, le aspirazioni, i bisogni, *i diritti* che ruotano attorno ad un servizio (quelli dei titolari, dei gestori, dei professionisti, degli utenti diretti, delle loro famiglie). Essa è multidimensionale, contingente e soggettiva poiché è frutto dell'interazione tra i sistemi di riferimento dell'organizzazione e quelli dei cittadini<sup>161</sup>. Il processo di erogazione e fruizione di interventi e servizi socio-sanitari è “cosa viva”, sempre diverso, frutto della relazione tra individui, tale da rendere la sua qualità impossibile da “ispezionare” prima che il servizio venga effettivamente erogato<sup>162</sup>. Nel valorizzare il punto di vista del cittadino, la rilevazione della soddisfazione degli utenti (e degli operatori) concorre a migliorare l'immagine e la credibilità di una rete di servizi, aumentando la fiducia in essa di professionisti ed utenti<sup>163</sup>. Questo nuovo investimento nella soddisfazione, suggerisce un cambio radicale di approccio: l'utente viene finalmente visto come una persona, non solo come una parte malata o bisognosa, ma come portatore di diritti e di risorse e coproduttore del servizio, a forte valenza relazionale, di cui usufruisce. Diventa dunque un interlocutore qualificato nell'esprimere giudizi sui servizi e sulle prestazioni, anche se permangono problemi di forte

---

<sup>159</sup> Marinò L., “*La ricerca dell'economicità nelle aziende sanitarie locali*”, pp 45-51, G. Giappichelli, 2008,

<sup>160</sup> Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S.; “*Improving patient satisfaction in hospital care settings*”. *Health Services Management Research*, 24(4), 163–169. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2011.011008>, 2011

<sup>161</sup> Messina, G., Fenucci, R., Vencia, F., Niccolini, F., Quercioli, C., & Nante, N. “*Patients' evaluation of hospital foodservice quality in Italy: What do patients really value?*”, *Public Health Nutrition*, 16(4), 730-737. doi:10.1017/S1368980012003333, 2013.

<sup>162</sup> Badri MA, Attia ST, Ustadi AM. “*Testing not-so-obvious models of healthcare quality*”, *Int J Health Care Qual Assur*, 21: 159-174, 2008

<sup>163</sup> Liu SS, Amendah E, Chang EC, Pei L. “*Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context*”, *Health Mark Q*, 23(4): 49-73, 2006.

asimmetria informativa e di traduzione della sua capacità di giudizio in potere effettivo. In una logica di apprendimento organizzativo, anche gli operatori devono essere avvicinati dall'organizzazione in modo diverso. Essi si comportano sul lavoro dipendentemente da come percepiscono l'ambiente in cui operano: se esso è deresponsabilizzante nei loro confronti, scarsamente attento ai bisogni degli utenti, o a quelli dei dipendenti, questi "valori" diventano parte della cultura di quell'organizzazione e del modo di lavorare dei suoi dipendenti che, demotivati, erogano un servizio di bassa qualità di cui non possono che essere essi stessi insoddisfatti<sup>164</sup>. Affinché invece ogni anello della catena della produzione di un servizio contribuisca alla buona riuscita degli interventi o della cura, deve prodursi motivazione ad una collaborazione attiva e positiva, che promuova l'innovazione e la partecipazione e riduca i conflitti e i disservizi.<sup>165</sup>

Gli *obiettivi* che una struttura sanitaria può perseguire attraverso un'indagine di *Patient Satisfaction* sono <sup>166</sup>:

1. comprendere meglio le aspettative dei pazienti;
2. conoscere come i pazienti percepiscono le prestazioni dell'azienda erogatrice;
3. quantificare gli scostamenti tra aspettative e percezioni dei pazienti;
4. valutare se le prestazioni percepite raggiungono un livello minimo, accettabile per i pazienti;
5. tenere sotto controllo l'evoluzione delle aspettative dei pazienti nel tempo;
6. monitorare continuamente le prestazioni dell'azienda erogatrice e le eventuali criticità del servizio;
7. valutare l'efficacia delle azioni correttive adottate;
8. realizzare un sistema informativo sulla qualità;
9. rendere il personale consapevole delle criticità del servizio;
10. impostare un sistema premiante in linea con la strategia della qualità.

---

<sup>164</sup> Gregori e Viganò, "Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano fragile. Analisi empiriche sul sistema S.Va.M.A. della regione Veneto", Brossura, 2008

<sup>165</sup> C. Korunka, D. Scharitzer, P. Carayon, P. Hoonakker, A. Sonnek, F. Sainfortd, "Customer orientation among employees in public administration: A transnational, longitudinal study" in Applied Ergonomics Volume 38, Issue 3, 2007.

<sup>166</sup> Rosenthal MB, Fernandopulle R, Ryu Song HS, Landon B. Paying For Quality: "Providers' Incentives For Quality Improvement Health Affairs"; 23: 127-141, 2004.

Le ricadute potenziali sull'organizzazione possono essere riassunte nei punti seguenti:

- Il miglioramento del comfort e in generale degli aspetti fisici legati all'accoglienza e alla qualità degli spazi;
- La continuità assistenziale, perché si attiva la revisione dei processi diagnostico- terapeutici che guidano il percorso del malato in ospedale e sul territorio;
- Una maggiore attenzione alle relazioni interpersonali, attraverso una comunicazione efficace non solo tra operatori e utenti, ma anche tra il personale che opera normalmente in ambiti diversi (ad esempio tra medici di base e ospedalieri, tra i vari medici specialisti, tra medici e infermieri, tra personale sanitario e personale amministrativo);
- La *qualità tecnica*: dove c'è questa spinta a prendersi cura del malato, aumenta la motivazione, l'attenzione, la spinta all'aggiornamento, l'errore clinico si riduce o costituisce un'occasione di approfondimento;
- La stessa raccolta dei reclami si trasforma in una preziosa occasione per rilevare un bisogno o un cattivo funzionamento del servizio.

Con tale premessa si comprende come la sfida della *Patient satisfaction* in ambito sanitario sia, prima ancora che *misurare il grado* di soddisfazione dei bisogni e delle attese, quella di *cogliere tutta l'ampiezza e la profondità* di queste dimensioni soggettive, specifiche tanto del cliente esterno quanto del cliente interno. Una indagine di *Patient satisfaction* in grado di rispondere all'esigenza di presa in carico globale della persona necessita ovviamente di affinare gli strumenti di indagine tradizionali<sup>167</sup>. Da un punto di vista applicativo, occorre innanzitutto arricchire lo strumento valutativo adottato (sia esso di tipo quantitativo, qualitativo o un'integrazione tra i due) con una serie di informazioni relative alla storia del soggetto (caratteristiche socio-demografiche, stato di salute, aspettative, bisogni, atteggiamenti...) che, correlate con l'esperienza della cura (accesso al servizio, aspetti di umanizzazione, comfort, informazione, ecc.) rendano più chiaro ed esplicito il suo percorso

---

<sup>167</sup> Salomon L., Gasquet I., Mesbah M., Ravaud P. "Construction of a scale measuring patients' opinion on quality care", Int J Qual Health Care, 11: 507-516,1999.

cognitivo-emotivo e l'esito finale della sua valutazione. Il questionario costituisce, nelle sue diverse modalità di progettazione e somministrazione, lo strumento più adattabile a queste esigenze; tuttavia pur essendo disponibili molti articoli, saggi, ricerche che presentano risultati estremamente lusinghieri circa l'esito positivo del sondaggio attraverso questionario, per gli operatori delle aziende sanitarie è spesso difficile trovare indicazioni utili sulla metodologia utilizzata e, soprattutto, un'analisi più approfondita di molte esperienze applicative mostra alcuni limiti e criticità<sup>168</sup>. Infatti, nella maggior parte dei casi, questo tipo di questionario porta al risultato di un giudizio molto positivo da parte dell'utente, e consente l'individuazione soltanto di macro categorie di disservizi, ma non riesce a mettere in evidenza situazioni specifiche, per le quali è possibile introdurre interventi migliorativi<sup>169</sup>. Allo stesso modo, risulta molto difficile identificare segnalazioni di pratiche positive o di eccellenza. Ed è per questi motivi che la proposta di superamento del questionario tradizionale è quella di orientarsi verso uno strumento in grado di *indagare dimensioni più profonde*, che si estendano ad obiettivi connessi all'interpretazione che il paziente dà della sua situazione presso i servizi sanitari. Questi obiettivi possono essere collegati ai concetti di aspettativa, fiducia, vissuto ospedaliero e *analisi dell'esperienza*. A titolo di esempio, analizzeremo due strumenti utilizzati in due contesti sanitari differenti, quello Italiano ed Inglese, per mettere in evidenza come la qualità percepita e la soddisfazione dell'utenza in realtà necessitino di protocolli specificamente studiati, a conferma di come i due concetti vivano di proprie identità all'interno di quadro concettuale ben più ampio, che è appunto quello della qualità genericamente detta.

---

<sup>168</sup> Coluccia A, Ferretti F, Lorini F. "Il modello di valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari dell'AP-HP di Parigi", *Difesa Sociale* ; 3: 27-32, 2002.

<sup>169</sup> Doyle C, Lennox L, Bell D. "A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness", *BMJ Open*3 (1):e001570, 2013.

### 3.2 ESPERIENZA ITALIANA: “*QUESTIONARIO DI QUALITÀ PERCEPITA*”

Dal 1999 il Centro di Soddisfazione dell’Utenza dell’Università degli Studi di Siena, in collaborazione con l’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, ha prima sperimentato e poi messo a regime un sistema di monitoraggio della qualità percepita da parte dei degenti del Policlinico Universitario “*Le Scotte*” basato su un questionario denominato QQP (Questionario di Qualità Percepita)<sup>170</sup>. È stato preso in considerazione questo strumento come rappresentativo dell’esperienza italiana in tema di misurazione della soddisfazione del paziente, perché è stato sottoposto a diverse prove di attendibilità e validità, oltre che essere stato oggetto di un’analisi sulle differenze di genere<sup>171</sup>. Il QQP si caratterizza come uno strumento realizzato per il monitoraggio della qualità percepita del servizio sanitario ricevuto durante la degenza attraverso il giudizio dei degenti, il cui utilizzo trova forti collegamenti con gli aspetti gestionali delle politiche di qualità interne all’azienda. A tal proposito è necessario precisare che uno dei motivi che hanno portato all’adozione di questo sistema è stato quello di collegare una quota dell’incentivazione del personale anche ai giudizi provenienti dagli utenti del servizio, cercando di stimolare gli operatori ad una maggiore attenzione nei confronti di queste problematiche. Sulla base di questi presupposti, il QQP misura la qualità percepita del servizio sanitario su un gruppo di costrutti teorici riferiti non tanto al sistema di erogazione del servizio (accoglienza, degenza, dimissioni), ma piuttosto sui supporti organizzativi che lo producono all’interno del reparto (medici, infermieri, ausiliari, strutture), proprio a causa delle esigenze gestionali sopra descritte. Gli obiettivi che sono stati perseguiti nella progettazione del questionario sono: la facilità di comprensione, l’esaustività sul piano della valutazione dei vari momenti che caratterizzano il processo di erogazione del servizio sanitario all’interno del reparto ed infine la facilità e rapidità della compilazione<sup>172</sup>. Lo strumento finale è strutturato su 14 item, rappresentanti i

---

<sup>170</sup> Coluccia A, Ferretti F, Lorini F, Calamai M. “*Il questionario di qualità percepita (QQP)*”. *Mondo San*; 1: 14-19,2002.

<sup>171</sup> A. Coluccia, R. Cioffi, F. Ferretti, F. Lorini, G. Vidotto, “*Questionario di Qualità Percepita (QQP): uno studio sulle differenze di genere*”, in *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 2006.

<sup>172</sup> Messina, G., Fenucci, R., Vencia, F., Niccolini, F., Quercioli, C., & Nante, N. Patients’ evaluation of hospital foodservice quality in Italy: *What do patients really value?* *Public Health Nutrition*, 16(4), 730-737. doi:10.1017/S1368980012003333, 2013.

quattro costrutti teorici sopra indicati (percezione del personale medico, infermieristico, ausiliario e percezione nei confronti delle strutture). La tavola in figura III.3 illustra la classificazione degli item rispetto alle aree d'osservazione. Il formato di risposta a disposizione dei degenti ricoverati richiede di esprimere il proprio livello di gradimento nei confronti delle situazioni sopra illustrate attribuendo un punteggio variabile tra un giudizio "pessimo" (valore attribuito=1) ed un giudizio "ottimo" (valore attribuito= 5). A completamento dello strumento si trovano una serie di quesiti di carattere generale a risposta chiusa riguardanti le caratteristiche dei degenti (età, sesso, titolo di studio, provenienza e giorni di degenza trascorsi dall'ingresso in reparto)<sup>173</sup>. Il QQP è uno strumento che è stato messo a punto per essere utilizzato direttamente all'interno del reparto durante la permanenza del degente. Il QQP è caratterizzato da considerevoli proprietà psicometriche. Sottoposto a prove di attendibilità e validità, i valori che ne sono scaturiti hanno evidenziato come tale strumento sia adatto a misurare in modo omogeneo il costrutto oggetto della rilevazione, ovvero la soddisfazione dell'utenza, e come la struttura ricavata mediante questa analisi coincida esattamente con i raggruppamenti di *items* utilizzato come base teorica per il QQP<sup>174</sup>.

**Tavola I. Classificazione degli items del QQP nei quattro costrutti teorici**

FATTORE 1: medici	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Chiarezza delle informazioni fornite dai medici</li> <li>2. Attenzione dei medici nei suoi confronti</li> <li>3. Facilità di reperire personale medico</li> <li>4. Partecipazione e gentilezza dei medici nei confronti suoi e dei suoi familiari</li> </ol>
FATTORE 2: infermieri	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Accoglienza ricevuta all'ingresso in Reparto dal personale infermieristico</li> <li>6. Disponibilità da parte degli infermieri a fornire le informazioni</li> <li>7. Accuratezza da parte degli infermieri nella somministrazione di farmaci e nell'esecuzione delle procedure assistenziali</li> <li>8. Disponibilità del personale infermieristico a fornire prontamente l'assistenza con cortesia e rispetto</li> </ol>
FATTORE 3: ausiliari	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Disponibilità del personale ausiliario all'aiuto nell'alimentazione</li> <li>10. Attenzione e cortesia del personale ausiliario nell'accompagnarla presso diagnostiche e/o servizi</li> <li>11. Cortesia del personale ausiliario</li> </ol>
FATTORE 4: strutture	<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Aspetto delle strutture del Reparto: condizioni dei mobili e funzionamento accessori</li> <li>13. Qualità del cibo: gradevolezza, temperatura e servizio</li> <li>14. Pulizia ed igiene del Reparto</li> </ol>

Fig. III.3

<sup>173</sup> Coluccia A, Cioffi R, Ferretti F, Lorini F, Vidotto G. "Questionnaire of perceived quality (QQP): a study on the differences of gender", G Ital Med Lav Ergon -Mar; 28(1 Suppl 1): 53-60,2006.

<sup>174</sup> Ibidem



### 3.3 ESPERIENZA BRITANNICA: “*THE PICKER PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE*”

Rappresentativo per il contesto inglese è invece il questionario sull’esperienza del paziente definito dal *Picker Institute*. Il *Picker Institute di Boston* è un’associazione non profit con sede presso *l’Institute of Health Sciences, University of Oxford*, specializzata nella “misurazione dell’esperienza del paziente”, e in Europa svolge ricerca in numerosi stati (Gran Bretagna, Germania, Svezia, Svizzera)<sup>175</sup>. Recentemente si è conclusa una ricerca svolta in collaborazione con il *Department of Health* inglese basata su 100.000 questionari somministrati a pazienti di medici di base (tasso di risposta: 64%) e su 117.000 questionari somministrati a malati di cuore (tasso di risposta: 74%).<sup>176</sup> Sono state realizzare specifiche linee guida per le indagini di soddisfazione, indicando una specifica metodologia e ponendo il suddetto istituto quale collettore delle informazioni e fornitore delle statistiche sul gradimento dei servizi offerti dalle strutture sanitarie del paese. Nei questionari utilizzati dal *Picker* non si chiede il livello di soddisfazione del paziente bensì “ciò che è successo” durante la cura: le esperienze soggettive. Come si legge sul sito del *Picker Institute*:

*“Invece di chiedere ai pazienti di fornire tassi di soddisfazione, il Picker chiede ai pazienti se alcuni eventi e processi sono avvenuti durante specifici episodi di cura”*<sup>177</sup>.

Il vantaggio di chiedere specifiche domande fattuali su dettagliati aspetti dell’esperienza del paziente, riposa sull’assunto che le risposte a queste domande sono più facili da interpretare rispetto alle risposte chiuse (per intenderci quelle a cui si risponde scegliendo tra possibili alternative tipo scarso - discreto - buono - ottimo). Infatti sempre sullo stesso sito leggiamo:

*“Pochi pazienti rispondono in maniera negativa a domande generiche sulla qualità delle cure, in forte contrasto con le loro risposte su questioni specifiche. Sapere, ad esempio, che il 9% dei pazienti*

---

<sup>175</sup> [www.picker.org](http://www.picker.org)

<sup>176</sup> Il documento di riferimento per tali linee guida è il seguente: “NHS - Trust based patient surveys: inpatients-acute hospitals”, extended version, last update 11 february 2002. Il documento può essere richiesto al *Picker Institute* di Oxford.

<sup>177</sup> Crispin Jenkinson, Angela Coulter, Rachel Reeves, Steve Bruster, Nick Richards, “*Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized controlled trial of long versus short form survey instruments*”, *Journal of Public Health*, Volume 25, Issue 3, Pages 197–201, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdg049>, 2003

*ha valutato l'assistenza ricevuta come "scarsa" o "insufficiente" non fornisce agli amministratori e ai medici molto sostegno per prendere decisioni su ciò che deve essere fatto per migliorare la qualità delle cure nel loro ospedale. Dall'altra parte, conoscere la proporzione dei pazienti che vuole più informazioni sui sintomi di ricaduta da tenere in considerazione quando hanno lasciato l'ospedale, ad esempio, e monitorare periodicamente le tendenze di questo indicatore e altri simili è molto più utile per la gerarchizzazione delle priorità nel miglioramento della qualità socio-sanitaria<sup>178</sup>*

Operativamente, il questionario *Picker* comprende i seguenti paragrafi (che a loro volta contengono le domande):

- A. L'ammissione all'ospedale
- B. L'ospedale e il reparto
- C. I medici
- D. Il personale infermieristico
- E. La cura e il trattamento
- F. Il trattamento del dolore
- G. Operazioni/Trattamenti
- H. La dimissione
- I. Trattamento dei dati sanitari
- J. Aspetti generali
- K. Dati socio-anagrafici
- L. Commenti<sup>179</sup>

Lo scopo è quello di adottare uno strumento standard attraverso cui poter effettuare dei confronti scientificamente validi tra le performance delle strutture sanitari. Tale programma è stato definito fondamentale per la riforma dei piani sanitari dell'NHS, in quanto l'esperienza dei pazienti è stata

---

<sup>178</sup> CRISPIN JENKINSON, ANGELA COULTER, STEPHEN BRUSTER, "The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries", International Journal for Quality in Health Care, Volume 14, Issue 5, Pages 353–358, <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>, 2002

<sup>179</sup> Tanese Angelo, Negro Giuseppe, Gramigna Annalisa, "La Customer Satisfaction nelle amministrazioni pubbliche" pp 175-176, Cantieri, Edizione Rubbettino, 2003

giudicata una reale priorità per il sistema sanitario britannico. La metodologia suggerita nelle linee guida realizzate dall'istituto Picker per conto dell'NHS, prevede il coinvolgimento delle strutture sanitarie nella gestione vera e propria dell'indagine, dalle sue fasi di progettazione, alla somministrazione del questionario, alla compilazione del database contenente le risposte degli intervistati<sup>180</sup>. I questionari del *Picker Institute* cercano di cogliere il vissuto ospedaliero del paziente lungo otto dimensioni: l'accesso alle cure; il rispetto per le preferenze del paziente; il coordinamento delle cure; l'informazione e la socializzazione, il comfort fisico; il supporto emotivo; il coinvolgimento di familiari e amici; la continuità e la transizione. Queste aree sono declinate, nel questionario, lungo una sorta di percorso cronologico che rispetta l'itinerario che il paziente compie all'interno del luogo di cura. Lo strumento deve includere il gruppo delle 58 domande base che compongono lo strumento, a cui possono essere aggiunte domande riguardanti specifiche tematiche di interesse per l'organizzazione<sup>181</sup>. Nella Figura III.4 vengono illustrati alcuni esempi di quesiti contenuti nel questionario dedicato a rilevare la soddisfazione dei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere. Il questionario è disegnato per essere analizzato attraverso la creazione di un certo numero di “*problem scores*” di tipo dicotomico che indicano la presenza o l'assenza di un problema. Tale caratteristica permette di consegnare al gestore risultati validi scientificamente, facilmente leggibili e facilmente traducibili in precise priorità per il miglioramento della qualità.

---

<sup>180</sup> Murrells T, Robert G, Adams M, et al, Measuring relational aspects of hospital care in England with the ‘*Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation*’ (PEECH) survey questionnaire, *BMJ Open* ;3:e002211. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002211, 2012

<sup>181</sup> Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S. *et al.* The coronary heart disease in-patient experience questionnaire (I-PEQ (CHD)): Results from the survey of National Health Service patients. *Qual Life Res* 11, 721–727, <https://doi.org/10.1023/A:1020818500819>, 2002.

**Your Care and Treatment**

**E1** Sometimes in a hospital, one doctor or nurse will say one thing and another will say something quite different. Did this happen to you?

1.  Yes, often
2.  Yes, sometimes
3.  No

**E2** Did you feel involved in decisions made about your care?

1.  Yes, definitely
2.  Yes, to some extent
3.  No

**E3** How much information about your condition or treatment was given to **you**?

1.  Not enough
2.  Right amount
3.  Too much

**E6** Did you find someone on the hospital staff to talk to about your concerns?

1.  Yes, definitely
2.  Yes, to some extent
3.  No
4.  I had no concerns

**E7** Were you given enough privacy when discussing your condition or treatment?

1.  Yes, always
2.  Yes, sometimes
3.  No

**E8** Were you given enough privacy when being examined or treated?

1.  Yes, always
2.  Yes, sometimes
3.  No

**Fig. III.4** (Alcuni esempi di domande contenute nel questionario dedicato ai pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere), **FONTE: Picker Institute, [www.pickereurope.ac.uk](http://www.pickereurope.ac.uk).**

Come si può evincere, nei documenti del Picker e dell’NHS il termine *soddisfazione* è frequentissimo, proprio per evidenziare la ricerca di metodi e strumenti che riflettano maggiormente il punto di vista del paziente, anziché utilizzare questionari centrati sul punto di vista dell’organizzazione<sup>182</sup>. La differenza con il QQP sta proprio qui; ed è una differenza che trova origine nelle premesse dello strumento, esplicitamente indicato come un questionario per il monitoraggio della qualità percepita, con forti collegamenti al sistema di erogazione del servizio e al sistema incentivante per il personale. In sintesi, un vero e proprio strumento di gestione aziendale che non va a valutare il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti, ma focalizza la propria attenzione sulla capacità delle componenti

<sup>182</sup> CRISPIN JENKINSON, ANGELA COULTER, STEPHEN BRUSTER, “The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries”, International Journal for Quality in Health Care, Volume 14, Issue 5, Pages 353–358, <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>, 2002.

dell'organizzazione di erogare un servizio che rispetti determinati criteri di qualità. Osservando, invece, lo strumento del Picker si coglie quasi la necessità di leggere le vicende dei pazienti nel loro rapportarsi con il servizio. Si tratta di un approccio molto più orientato al cliente, che, pur non trascurando l'analisi degli aspetti che creano qualità nel servizio, cerca di valutare in che misura questi creino soddisfazione. Questo ci porta ad ipotizzare che non solo esiste una differenza concettuale tra la qualità percepita e la soddisfazione dell'utenza, ma anche soprattutto che gli strumenti per l'analisi di questi due concetti debbano essere diversi, ognuno legittimamente costruito sulla sua vocazione, ma inequivocabilmente destinato a scopi diversi<sup>183</sup>.

### **3.4 CLINICAL AUDIT**

Il clinical audit rappresenta uno degli strumenti che attengono all'applicazione della CG. Recenti statistiche dimostrano come nei sistemi complessi, come quello sanitario, è elevata la probabilità del verificarsi di un errore o di un evento avverso nel corso dell'assistenza prestata<sup>184</sup>. Nel tentativo di fronteggiare tali incidenti nelle aziende sanitarie, abbiamo la possibilità di utilizzare due metodologie distanti l'una dall'altra, ma dal comune obiettivo di eliminare o almeno di ridurre questo tipo di accadimenti e le loro conseguenze. Questi approcci sono definibili<sup>185</sup>:

- Metodi reattivi
- Metodi proattivi

L'approccio reattivo si origina in seguito al verificarsi di errori o incidenti. L'obiettivo è quello di studiare a posteriori gli eventi, così da identificarne la causa ed evitare quindi il ripetersi degli stessi o quantomeno a comprendere l'origine ed eventualmente modificare i processi. Diversamente, l'approccio proattivo mira all'individuazione e successiva eliminazione delle criticità del sistema prima che l'incidente si verifichi; il tutto utilizzando una metodologia basata sull'analisi dei processi. Tra gli strumenti reattivi, vanno menzionati l'Audit clinico e altri due particolarmente utilizzati in

---

<sup>183</sup> Coluccia A, Ferretti F, Lorini F, Calamai M. “*Il questionario di qualità percepita (QQP)*”. Mondo San; 1: 14-19,2002.

<sup>184</sup> Lisa I. Iezzoni, MD, “*Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*”, Fourth Edition ISBN: 9781567934373 Hardbound, 624pp, 2012

<sup>185</sup> Boccardelli P., Fontana F. jr., “*Il cambiamento organizzativo nelle aziende sanitarie*”, “Rivista Italiana di Ragioneria ed Economia Aziendale”, n.7-8, 2004

Gran Bretagna e meno in Italia, che sono il *Significant event audit* (SEA) e il *Root cause analysis* (RCA), che vengono descritti in seguito.

Tutte le definizioni di audit clinico sottolineano la sua importanza quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi e delle cure offerte. In tal senso esso è considerato uno dei principali determinanti della *Clinical governance*.

L'audit clinico è una metodologia che si focalizza su specifici problemi clinico/assistenziali o su aspetti della pratica corrente che vengono valutati in termini di struttura, processo o esito<sup>186</sup>. Ciò che lo connota è la competenza clinico-assistenziale dei partecipanti, la confidenzialità dei risultati e l'esplicito interesse al miglioramento della qualità delle cure. La sua principale caratteristica è quella di fondarsi sul confronto e la misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento<sup>187</sup>. Tale concetto è sempre più accolto nel mondo sanitario, infatti gli operatori sanitari, frequentemente richiedono di avere riferimenti precisi per fornire cure appropriate ed i pazienti, più e meglio informati, richiedono una qualità dell'assistenza adeguata rispetto alle conoscenze scientifiche. La decisione di intraprendere un'attività di audit richiede, a sua volta, la valutazione di numerosi aspetti etici, alcuni dei quali devono essere necessariamente garantiti: l'esigenza che tutti i professionisti e tutti i servizi vengano interessati negli audit clinici, l'adozione di un metodo sistematico nella definizione delle priorità, il rispetto dei principi di autonomia, di giustizia e di trasparenza nell'inclusione/esclusione di gruppi di pazienti e/o condizioni cliniche, il principio di *beneficere e non maleficere*<sup>188</sup>. Metodologicamente l'audit clinico consiste in un ciclo della qualità che possiamo schematicamente articolare in 4 fasi<sup>189</sup>: 1) preparazione, 2) attuazione, 3) azioni di miglioramento 4) valutazione dei risultati (re-audit) (Fig. III.5). L'articolazione delle attività nelle varie fasi adottata in questo documento ricalca quella utilizzata nel manuale "*Réussir un audit clinique et son plan*

---

<sup>186</sup> Wienand U. "*Evidence-based recommendations on clinical audit in Italy*", Relazione al convegno Clinical Audit and Improvemen, London, 2010.

<sup>187</sup> M. Gottwald, G. E. Lansdown, "*Improving the quality of healthcare for patients and service users*", McGraw-Hill Education, 2014

<sup>188</sup> National Institute for Clinical Excellence, "*Principles for Best Practice in Clinical Audit*" Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.

<sup>189</sup> Buscemi A., "*Risk Management in sanità: gestione del rischio, errori, responsabilità professionale e aspetti psicologici*", FrancoAngeli, Milano, 2009.

*d'amélioration*" elaborato a cura di *Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)*. E' opportuno altresì sottolineare che la suddivisione in fasi ha uno scopo puramente didattico, utile a definire il percorso logico del metodo, in realtà il processo si svolge senza soluzioni di continuità.

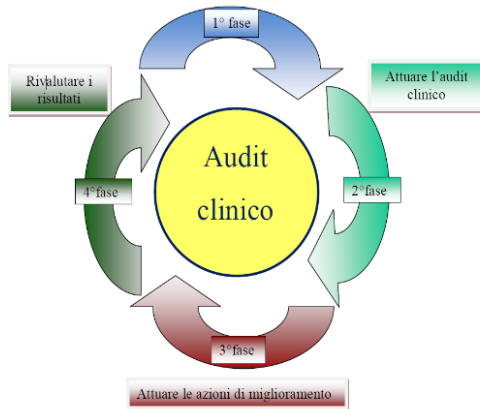


Fig. III.5

Scendendo nel dettaglio, le fasi da considerare nel processo di audit clinico sono<sup>190</sup>:

*Scelta del problema* → I criteri di scelta fanno riferimento all'importanza del problema in termini di incidenza, prevalenza, costi o rischi per i pazienti; deve essere inoltre dimostrato che vi siano margini di miglioramento della prestazione e che essa sia monitorabile e misurabile.

*Definizione degli standards* → devono essere definiti a priori e possono riguardare la struttura, i processi o gli outcome. Questi ultimi sono preferibili laddove possibile, altrimenti si possono utilizzare standard di processo che privilegino aspetti della cura particolarmente significativi per il raggiungimento di buoni risultati.

*Raccolta retrospettiva e prospettica di dati sulla performance* → entrambi i metodi di raccolta dei dati possono essere utilizzati, a seconda delle situazioni, consapevoli dei limiti e dei vantaggi di ognuno.

*Identificazione delle aree con bassa performance e attivare iniziative di cambiamento* → i risultati devono sempre essere portati a conoscenza degli operatori coinvolti e devono essere discussi in modo da concertare le azioni da adottare nella pratica clinica.

<sup>190</sup> Gillam S, Siriwardena AN. "Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do-study-act cycle and significant event audit" *Quality in Primary Care*;21(2):123-130, 2013.

*Re-audit* → è necessario verificare sempre l'esito di un cambiamento introdotto per valutarne l'efficacia e per incoraggiare ulteriori modifiche.<sup>191</sup>

L'audit clinico è universalmente riconosciuto come un importante strumento di "Clinical Governance" ed il suo utilizzo, continuo e sistematico, deve essere promosso in tutti gli ambiti del SSN, in quanto rappresenta uno dei metodi più appropriati per valutare il grado di aderenza dell'attività clinica alle migliori pratiche disponibili ed assicurare standard elevati di assistenza<sup>192</sup>. Le motivazioni che giustificano l'attivazione di un audit clinico possono essere numerose: reclami dei pazienti, occorrenza di eventi avversi, performance con esiti inadeguati, pubblicazione di nuove linee guida; tuttavia la "scommessa" è che in futuro maturi tra i professionisti la consapevolezza che l'audit sia parte insostituibile della pratica professionale. Il successo dell'audit clinico dipende da una progettazione accurata e tecnicamente rigorosa, dal coinvolgimento di tutte le parti interessate, compresa la direzione strategica e da una adeguata e capillare diffusione dei risultati e delle azioni di miglioramento individuate, al fine di promuovere la crescita professionale ed il trasferimento delle esperienze<sup>193</sup>. La sfida per la direzione strategica e la dirigenza delle aziende sanitarie è di attuare e di consolidare una cultura della valutazione e dell'*accountability*, rispondendo alla comunità degli investimenti e delle performance attraverso una trasparente comunicazione, necessaria per mantenere rapporti di fiducia sulla qualità delle cure offerte e ricevute.

---

<sup>191</sup> Ministero della Salute (a cura di) (20), "ANALISI E CONDIVISIONE DELLE ESPERIENZE DI GOVERNO CLINICO" in: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_232\\_listaFile\\_itemName\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_232_listaFile_itemName_0_file.pdf)

<sup>192</sup> John Bullivant J, Corbett-Nolan A. "Clinical audit: A simple guide for NHS", Boards & partners

<sup>193</sup> Cavaliere B., "Misurare la complessità assistenziale: strumenti operativi per le professioni sanitarie", Maggioli, Rimini, 2009



### 3.5 SIGNIFICANT EVENT AUDIT (SEA)

Il SEA è una forma di audit che si focalizza su particolari eventi considerati significativi, per imparare e migliorare<sup>194</sup>. Più formalmente può essere definito come un “*processo in cui singoli eventi, significativi sia in senso positivo che negativo, sono analizzati in modo sistematico e dettagliato per verificare ciò che può essere appreso riguardo alla qualità delle cure ed individuare i cambiamenti che possono portare a miglioramenti futuri*” (Pringle)<sup>195</sup>. La pratica strutturata di analizzare singoli casi risale alla Seconda Guerra Mondiale, quando uno psicologo dell’*American Air Force*, J.C. Flanagan, sviluppò il *Critical Incident Review* per valutare esempi efficaci ed inefficaci di strategie in combattimento, al fine di identificare le necessità di addestramento<sup>196</sup>. L’uso di tale tecnica si diffuse ad altri ambiti quali l’industria aeronautica e, successivamente, venne applicato anche nel settore sanitario in forma di *confidential enquiries*, per analizzare casi di decesso in ambito ostetrico, anestesiologicalo e chirurgico. Recentemente Pringle ha ripreso tali esperienze e ha sviluppato il metodo SEA, applicandolo in particolare all’ambito delle cure primarie. Il SEA si differenzia dalle precedenti esperienze di analisi di casi per due aspetti: 1. Oltre a focalizzarsi su aspetti negativi (insuccessi, disastri, *near miss*, eventi avversi) è indirizzato all’individuazione di comportamenti virtuosi ed attività assistenziali efficaci e ad evidenziare, anche in momenti di grandi difficoltà, esempi di buone pratiche. 2. Non è un metodo quantitativo, ma piuttosto un’attività di riflessione condivisa tra pari. Pertanto si diversifica dal tradizionale processo di audit clinico che si caratterizza per la raccolta su vasta scala di dati quantitativi da confrontare con criteri e standard misurabili e predefiniti. Il SEA coinvolge un ristretto numero di persone che devono creare un clima di reciproco supporto, favorevole all’apprendimento; il metodo deve essere rigoroso e sistematico, senza essere inquisitorio e punitivo e viene generalmente coordinato dall’operatore che presenta il caso. Il SEA

---

<sup>194</sup> P Bowie, M Pringle, “*Significant Event Audit Guidance for Primary Care Teams*” - NHS Scotland NPSA–NRLS, 2008

<sup>195</sup> Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H and Moore A. “*Significant Event Auditing*”, RCGP Occasional Paper 70. Exeter: Royal College of General Practitioners, 1995.

<sup>196</sup> Flanagan, J. C., “*The critical incident technique*”. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358, 1954.

racchiude in un'unica attività, diversi aspetti che svolgono un ruolo fondamentale nel miglioramento della qualità delle cure:

**Lavoro di gruppo:** il SEA è un'attività multi-professionale che aiuta i professionisti a comprendere e sostenere il lavoro degli altri;

**Sicurezza dei pazienti:** il SEA è un forum dove gli eventi, sia quelli positivi che negativi, possono essere discussi in un ambiente esente da colpa, ponendo l'accento sul miglioramento del sistema;

**Cultura della trasparenza:** quanto appreso nel corso del SEA può essere condiviso sia all'interno del gruppo, sia con gli altri professionisti, nel rispetto della confidenzialità;

**Sviluppo delle competenze:** il SEA facilita l'apprendimento, individuale e del gruppo; potrebbe rappresentare, pertanto, una modalità di formazione continua.<sup>197</sup>

**Finalità del SEA:** 1. Identificare nei singoli casi le azioni che si sono dimostrate rilevanti ai fini dell'esito (utili o dannose) 2. Promuovere una cultura della trasparenza finalizzata all'apprendimento piuttosto che alla colpevolizzazione o all'autocritica 3. Favorire la costruzione del gruppo ed il sostegno dopo episodi di stress 4. Individuare le buone prassi e le pratiche non ottimali 5. Sostenere lo sviluppo professionale, identificando le esigenze di apprendimento del gruppo e dei singoli 6. Coinvolgere i vari professionisti che operano nei diversi settori correlati all'evento. Il SEA prevede un'attenta e strutturata analisi dei fatti che hanno determinato il caso per dare risposta a 3 domande cruciali<sup>198</sup>:

- a) In che modo le cose potevano andare diversamente?
- b) Che cosa possiamo imparare da quello che è successo?
- c) Che cosa deve cambiare?"

L'analisi della letteratura disponibile evidenzia diversi modelli di svolgimento di un SEA<sup>199</sup>; solitamente prevede incontri regolari, mensili o quindicinali, tra un team di operatori, per discutere i

---

<sup>197</sup> Dr Roger Henderson, Reviewed by Dr Helen Huins, "Significant event audit", 2014

<sup>198</sup> OECD (2016), Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards, OECD Publishing, Paris

<sup>199</sup> Westcott, R., Sweeney, G., & Stead, J., "Significant event audit in practice; A preliminary study". Family Practice, 1999

casi significativi. In alternativa, è possibile effettuare il SEA immediatamente dopo un evento significativo. Indipendentemente dall'approccio scelto, è importante che il SEA venga svolto, con metodo strutturato, da un gruppo costituito da tutti i professionisti interessati. Il SEA si sviluppa attraverso alcune fasi fondamentali di seguito riportate<sup>200</sup>.

Fase 1- *Scelta dell'evento significativo*: nelle organizzazioni sanitarie dovrebbe divenire prassi ordinaria e regolare l'attività di revisione di eventi significativi. Gli eventi dovrebbero essere raccolti al momento in cui si verificano e riportati in un registro dedicato e disponibile a tutti i professionisti interessati. Poiché il SEA è un'attività che presuppone dispendio di tempo e di risorse, è indispensabile che i casi vengano accuratamente selezionati sulla base di criteri predefiniti (es. rilevanza clinica, gravità, interdisciplinarietà dell'evento).

Fase 2- *Raccolta delle informazioni*: è necessario raccogliere tutte le informazioni disponibili sull'evento e ricostruirne la sequenza cronologica, attraverso interviste e/o analisi della documentazione clinica. Per gli eventi più complessi, potrebbe essere necessaria un'analisi più approfondita che utilizzi metodologie e strumenti volti a comprendere in maniera completa i fattori causali o contribuenti.

Fase 3- *Costituzione del gruppo e organizzazione degli incontri*: la dimensione del gruppo deve essere adeguata rispetto alla discussione tenendo presente che generalmente l'efficacia dei gruppi più numerosi potrebbe risultare inferiore rispetto a quella dei piccoli gruppi. Per la corretta applicazione del metodo, per ogni SEA deve essere individuato un facilitatore. La scelta viene effettuata dal gruppo e dovrebbe avvenire sulla base della capacità di leadership a prescindere, secondo alcuni, dal coinvolgimento nel caso oggetto di analisi. Il facilitatore ha il compito di condurre le riunioni, stabilire le regole di base, supportare l'analisi degli eventi e favorire il loro svolgimento in clima aperto e non ostile, considerato che ciò è spesso il fattore determinante per lo svolgimento e per il successo del SEA. Gli incontri devono essere programmati in orari che facilitino la partecipazione di tutto il

---

<sup>200</sup> Gillam S, Siriwardena AN., “ *Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do-study-act cycle and significant event audit*”, Quality in Primary Care.;21(2):123-130, 2013.

personale, evitando il più possibile interruzioni delle attività di routine. In vista della riunione, deve essere preparato e diffuso con un certo anticipo, un ordine del giorno che tenga conto della disponibilità del personale e della partecipazione dei componenti del gruppo. La durata di una discussione può variare, ma sono generalmente necessari almeno 45 minuti. La discussione di casi più complessi e impegnativi può richiedere un tempo anche superiore ad un'ora. Inoltre, sin dalle fasi iniziali è necessario esplicitare in modo chiaro le regole di funzionamento e di gestione del processo, attraverso la definizione di regole di base prima della riunione, il che rafforza lo spirito educativo del SEA e garantisce il rispetto delle opinioni e un atteggiamento “no-blame”. In generale, ogni argomento/evento deve essere presentato da un referente con la descrizione cronologica e le motivazioni per cui si è ritenuto possa essere oggetto di una discussione. Il gruppo è chiamato ad esprimere commenti positivi piuttosto che critiche; l'attenzione deve essere sempre focalizzata sul miglioramento del sistema piuttosto che sui problemi interpersonali e devono essere sottolineate le iniziative utili per attuare e sostenere il cambiamento.

Fase 4- *Analisi dell'evento significativo*: l'analisi di un evento significativo deve essere guidata rispondendo a quattro quesiti: 1) Cosa è successo? 2) Perché è successo? 3) Cosa abbiamo imparato? 4) Quali sono le azioni da intraprendere? I possibili esiti dell'analisi sono:

- Nessuna azione richiesta: viene riconosciuto il buon livello dell'assistenza e l'efficacia del processo in esame;
- Individuazione di un bisogno formativo: viene individuata una criticità che può essere superata con una adeguata formazione;
- Necessità di un audit clinico: vengono evidenziate delle criticità che necessitano di essere ulteriormente approfondite ed indagate;
- Necessità di un'azione immediata: vengono identificate delle criticità e quindi le relative azioni di miglioramento che devono essere immediatamente attuate;
- Necessità di ulteriori analisi: situazioni particolarmente complesse o che richiedono interventi particolarmente impegnativi necessitano di una valutazione più approfondita con altre metodologie.

Fase 5- *Attuare e monitorare i cambiamenti*: affinché il SEA possa costituire uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure, è necessario che le azioni individuate vengano implementate

nei processi interessati. Ogni azione dovrebbe essere coordinata e monitorata da un referente per valutare l'effettiva attuazione del cambiamento e la sua efficacia.

Fase 6- *Documentare il SEA*: al termine delle riunioni deve essere stilato un verbale, inviato a tutti i componenti del gruppo, compresi quelli non presenti alla riunione. E' infatti importante mantenere una traccia scritta di ogni incontro e documentare, in modo completo e anonimo, quanto emerso nel corso di tutto il SEA.

Fase 7- *Condividere le conoscenze*: il rapporto che conclude il SEA deve essere diffuso a tutti i livelli dell'organizzazione, affinché tutti possano apprendere da questa esperienza<sup>201</sup>.

Nella realizzazione del SEA, possono manifestarsi alcune criticità tra cui<sup>202</sup>:

- Scarsa disponibilità di tempo: nella pianificazione degli incontri si dovrebbe prevedere un arco di tempo adeguato che tenga in considerazione gli impegni dei singoli e che permetta di giungere a soluzioni che non siano troppo rapide, semplicistiche o superficiali;
- Difficoltà dei partecipanti nel mettersi in discussione: il SEA potrebbe essere una esperienza che crea disagio e imbarazzo, laddove emergano situazioni che coinvolgono la professionalità di alcuni membri del gruppo. Il timore di conseguenze inattese e di ripercussioni potrebbe limitare l'approfondimento e la discussione e quindi condizionare l'efficacia del SEA;
- Dinamiche di gruppo difficili: alcuni partecipanti possono sentirsi in imbarazzo nel parlare, specialmente se il loro contributo può essere visto come critico o in presenza di figure di ruolo gerarchicamente superiori.

Il SEA è un metodo qualitativo che si presta ad analizzare singoli eventi definiti significativi dal gruppo per imparare da essi e *migliorare la qualità dell'assistenza* principalmente nel contesto delle cure primarie<sup>203</sup>. Si differenzia dall'audit clinico poiché non prevede una misura delle performance e

---

<sup>201</sup> Wilkes, Dennis; Mills, Karen, "Using the significant event audit model and patient interviews in assessing the quality of care" The Journal of Clinical Governance, Volume 9, Number 1, 1, Publisher: Taylor and Francis Ltd, 2001

<sup>202</sup> Richard Westcott, Grace Sweeney, Jonathan Stead, "Significant event audit in practice: a preliminary study", Family Practice, Volume 17, Issue 2, Pages 173–179, 2000

<sup>203</sup> Grace Sweeney, Richard Westcott, & Jonathan Stead, "The Benefits of Significant Event Audit in Primary Care: a Case Study"

si distingue ancora da altri metodi di studio reattivi/retrospettivi quali il la Root Cause Analysis (RCA) e la discussione dei casi clinici.

In effetti, il PSA (Agenzia per la sicurezza dei pazienti) ha raccomandato che mentre i team di assistenza primaria utilizzano la SEA come parte della loro “cultura della sicurezza” per eventi significativi a bassa-medio gravità, un metodo alternativo, più esaustivo, noto come analisi della causa alla radice (RCA) dovrebbe essere usato per gli eventi più gravi che si verificano. La *Root Cause Analysis* mira a identificare la causa alla radice di un accadimento, attraverso l'analisi sistemica degli eventi avversi, così da indagare tutti gli aspetti del sistema sanitario in questione<sup>204</sup>. Si realizza attraverso la raccolta delle informazioni, la descrizione della sequenza temporale, l'identificazione dei fattori contribuenti e cause profonde, la proposta di azioni di miglioramento e il rapporto finale<sup>205</sup>. La discussione di casi invece è una discussione di gruppo, spesso uni-professionale, retrospettiva, di casi clinici di particolare interesse o complessità. È uno strumento comunemente utilizzato in campo sanitario ed in taluni casi scambiato per audit clinico; da questo si differenzia in quanto è informale, scarsamente approfondito e soggettivo e non stabilisce a priori obiettivi specifici di apprendimento e di cambiamento.

---

<sup>204</sup> Wu AW, Lipshutz AKM, Pronovost PJ. “*Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine*”, *JAMA*. ;299(6):685–687, 2008

<sup>205</sup> Ministero della Salute (a cura di) (2011), “*l’audit clinico*” in: [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1552\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf).

### 3.6 MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Un altro degli strumenti definito dal modello di *Ricciardi*, di cui abbiamo anticipato sopra (*l'accountability and performance*), riguarda invece la performance che viene intesa come il contributo che ciascun soggetto (singolo, individuo, organizzazione), apporta attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è stata costituita<sup>206</sup>. La valorizzazione dei risultati conseguiti da chi sta svolgendo un ottimo lavoro è il meccanismo fondamentale perché il merito diventi il motore del cambiamento organizzativo e del miglioramento della performance<sup>207</sup>.

È il decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009, noto come “*Riforma Brunetta*”, relativa alle pubbliche amministrazioni, che in attuazione della legge n° 15 del 4 marzo 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni, prevede l’attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, per consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in un’ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi e realizza il passaggio dalla cultura dei mezzi a quella dei risultati, con l’obiettivo di produrre un tangibile miglioramento della performance delle amministrazioni pubbliche.

La riforma prevede:

- Premi aggiuntivi per le performances di eccellenza e per i progetti innovativi;
- Criteri meritocratici per le progressioni economiche;
- L’accesso dei dipendenti migliori a percorsi di alta formazione.

L’ultimo e più recente decreto modificativo della *Riforma Brunetta*, il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74<sup>208</sup> (*Decreto Madia*), definisce l’obiettivo di ottimizzare la produttività del lavoro pubblico

---

<sup>206</sup> Claire Harris, Penny Cortvriend, Paula Hyde, “*Human resource management and performance in healthcare organisations*”, *Journal of Health Organization and Management*, ISSN: 1477-7266, 2007

<sup>207</sup> L. Del Bene, “*Lineamenti di pianificazione e controllo per le amministrazioni pubbliche*”, Giappichelli, 2008.

<sup>208</sup> Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124. (17G00088)

e garantire l'efficienza e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni, attraverso l'introduzione di meccanismi di riconoscimento del merito e della premialità, norme per la razionalizzazione e integrazione dei sistemi di valutazione, la riduzione degli adempimenti in materia di programmazione e di coordinamento della disciplina in materia di valutazione e controlli interni.

Tra le principali novità del provvedimento:

- Il rispetto delle norme in tema di valutazione costituisce non solo condizione necessaria per l'erogazione di premi, ma rileva anche ai fini del riconoscimento delle progressioni economiche, dell'attribuzione di incarichi di responsabilità al personale e del conferimento degli incarichi dirigenziali;
- La valutazione negativa delle performance rileva ai fini dell'accertamento della responsabilità dirigenziale e, in casi specifici e determinati, a fini disciplinari;
- Ogni Pa deve misurare e valutare la performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti o gruppi di dipendenti;
- Oltre agli *obiettivi specifici* di ogni amministrazione, è introdotta la categoria degli *obiettivi generali*, che identificano le priorità in termini di attività delle pubbliche amministrazioni, coerentemente con le politiche nazionali, definiti tenendo conto del comparto di contrattazione collettiva di appartenenza;
- Gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV), in base alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione, dovranno verificare l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati durante il periodo di riferimento e segnalare eventuali necessità di interventi correttivi; sono previsti strumenti e poteri incisivi per garantire il ruolo degli OIV, con riferimento al potere ispettivo, al diritto di accesso al sistema informatico e agli atti e documenti degli uffici;



- Si riconosce per la prima volta un ruolo attivo dei cittadini ai fini della valutazione della performance organizzativa, mediante la definizione di sistemi di rilevamento della soddisfazione degli utenti in merito alla qualità dei servizi resi;
- Nella misurazione delle performance individuale del personale dirigente, è attribuito un peso prevalente ai risultati della misurazione e valutazione della performance dell'ambito organizzativo di cui hanno essi diretta responsabilità;
- È definito un coordinamento temporale tra l'adozione del Piano della performance e della Relazione e il ciclo di programmazione economico-finanziaria, introducendo sanzioni più incisive in caso di mancata adozione del Piano;
- Sono introdotti nuovi meccanismi di distribuzione delle risorse destinate a remunerare la performance, affidati al contratto collettivo nazionale, che stabilirà la quota delle risorse destinate a remunerare, rispettivamente, la performance organizzativa e quella individuale e i criteri idonei a garantire che alla significativa differenziazione dei giudizi corrisponda un'effettiva diversificazione dei trattamenti economici correlati.

Misurare la performance mette le organizzazioni e le persone di fronte ad una più netta percezione e comprensione di ciò che è problematico nella loro attività: attiva il cambiamento, riduce la tendenza al *satisficing* ed elimina la miopia che rende spesso mal gestito ciò che non è misurato<sup>209</sup>. Appare evidente come in questa prospettiva, misurare le performance sia un elemento indispensabile per dare buoni obiettivi, valorizzare i contributi delle persone, mettere i dirigenti nelle condizioni di gestire e quindi creare benessere organizzativo. Quando aumenta il benessere organizzativo, aumenta conseguentemente anche la produttività e di conseguenza, la performance complessiva aziendale<sup>210</sup>. Lo strumento operativo della performance usato nelle pubbliche amministrazioni è il Piano della *performance* (art. 10 c. 1 lett. a d.lgs. 150/2009). Questo è un documento programmatico triennale, definito dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, in collaborazione con i vertici

---

<sup>209</sup> Ministero dello Sviluppo Economico, Organismo Indipendente di Valutazione, Sistema di misurazione e valutazione della performance.

<sup>210</sup> H. De Bruijn, “*Managing performance in the public sector*”, Routledge, Taylor and Francis Group, 2007

dell'amministrazione, secondo gli indirizzi impartiti dal Dipartimento della funzione pubblica, entro il 31 gennaio di ogni anno. In caso di ritardo nell'adozione del Piano, l'amministrazione deve comunicare tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della funzione pubblica. Il Piano individua gli obiettivi specifici ed annuali di cui all'articolo 5, comma 01, lettera b) del d.lgs. 150/2009 e definisce le risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori <sup>211</sup>.

Come sottolineato dalla D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013 <sup>212</sup>, il Sistema di misurazione e valutazione della performance (Si.Mi.Va.P.), è lo strumento operativo che le Aziende Sanitarie devono utilizzare al fine della valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale. Il Si.Mi.Va.P., secondo quanto stabilito dalla normativa vigente<sup>213</sup>, individua:

- a) le fasi, i tempi, le modalità, i soggetti e le responsabilità del processo di misurazione e valutazione della performance;
- b) le procedure di conciliazione relative all'applicazione del sistema di misurazione e valutazione della performance;
- c) le modalità di raccordo e di integrazione con i sistemi di controllo esistenti;
- d) le modalità di raccordo e di integrazione con i documenti di programmazione finanziaria e bilancio.

Il Si.Mi.Va.P. non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale<sup>214</sup>. Il Sistema si basa sull'oggettività della misurazione e della valutazione, a partire dalla individuazione degli indicatori, fino alla misurazione ed all'analisi degli

---

<sup>211</sup> R. Spanò, "L'evoluzione dei sistemi di Management Accounting nelle aziende sanitarie", Giappichelli Editore, 2016

<sup>212</sup> Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n. 25-6944 Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione.

<sup>213</sup> Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

<sup>214</sup> Simons R., "Sistemi di controllo e misure di performance", EGEA, 2004

scostamenti e individua le responsabilità dei soggetti coinvolti nel processo e prevede idonee modalità per assicurare la trasparenza del processo di gestione della performance, sia nei confronti del personale, che nei confronti degli *stakeholders*. Per una corretta comprensione delle finalità e delle caratteristiche del sistema, è utile distinguere:

- la performance dell'Azienda nel suo complesso;
- la performance organizzativa, riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l'Azienda;
- la performance individuale, riferita a ciascun operatore.

Le performance dell'ASL nel suo complesso e delle sue articolazioni organizzative sono pianificate annualmente nel documento programmatico del Piano della Performance<sup>215</sup>, declinato in sede di definizione del budget aziendale, determinando un forte collegamento ed integrazione del sistema della performance all'interno degli strumenti della gestione aziendale. La valutazione della performance individuale è, specie per i direttori delle strutture sanitarie, fortemente integrata con quella organizzativa, ed è finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze delle risorse umane impiegate. In questa accezione, la performance individuale è declinata secondo tre dimensioni: il contributo individuale ai risultati della gestione, le conoscenze e le capacità/abilità agite, le competenze tecniche, che caratterizzano ciascuna professione<sup>216</sup>. In parallelo a questi due concetti di performance, si sviluppa il sistema premiante aziendale, che ha lo scopo di promuovere il miglioramento continuo delle prestazioni erogate e dei risultati conseguiti nell'anno, agendo sulla leva motivazionale, che si articola sia rispetto ai risultati gestionali (ossia al meccanismo di assegnazione e verifica degli obiettivi organizzativi), sia rispetto agli obiettivi individuali e ai percorsi di formazione e di crescita professionale. Il Sistema di misurazione e valutazione della performance delle pubbliche amministrazioni consente di migliorare l'allocazione delle risorse fra le diverse strutture, premiando quelle virtuose e di eccellenza e riducendo gli sprechi e le inefficienze<sup>217</sup>. Va

---

<sup>215</sup> Il Piano della performance è un documento programmatico triennale da adottare entro il 31 gennaio (articolo 10 del d.lgs. 150/2009), tenendo conto dei contenuti e del ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

<sup>216</sup> Jerod M. Loeb, The current state of performance measurement in health care, *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 16, Issue suppl\_1, 2004.

<sup>217</sup> C. Trombetta, S. Trombetta, “ *Valutazione delle prestazioni e sistema premiante*”, FrancoAngeli Editore, 2010

sottolineato come tale Sistema delle pubbliche amministrazioni debba essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento e innovazione. La misurazione della performance, così delineata, è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di<sup>218</sup>:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse sia i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'*accountability* e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

Come dallo schema che segue (da Prenestini, Valotti, 2012, figura III.5), il contributo fondamentale che un sistema di misurazione e valutazione della performance evoluto può dare al miglioramento della qualità delle strategie aziendali, è articolabile almeno su tre differenti piani:

1. Innanzitutto, una valutazione sistematica della performance aziendale, combinata con analisi strutturate delle dinamiche di contesto, fornisce elementi fondamentali di conoscenza nella fase di elaborazione o riformulazione della strategia.
2. In secondo luogo, un sistema evoluto di valutazione della performance dovrebbe consentire un monitoraggio strutturato del grado di attuazione dei progetti strategici chiave, assicurando al tempo stesso una verifica dell'effettiva traduzione operativa degli indirizzi strategici nonché delle eventuali difficoltà, piuttosto che dei segnali positivi, riscontrabili in fase applicativa.

---

<sup>218</sup> Nuti S., "La valutazione della performance in sanità", Bologna, Il Mulino, 2008

3. Infine, compito qualificante del sistema di valutazione della performance, dovrebbe essere rappresentato dalla valutazione dell'impatto della strategia, ovvero degli effetti prodotti dalla stessa sia sui bisogni finali che sul rafforzamento della capacità competitiva aziendale.



Fig. III.6

## CONCLUSIONI

Come è stato ampiamente dibattuto attraverso la revisione della letteratura, è vasta la trattazione sul tema della *qualità del servizio sanitario* e tale da non riuscirne a fornire un'unica interpretazione. Presupposto imprescindibile alla sua valutazione è la definizione dell'oggetto stesso di valutazione, ovvero l'attività svolta. Considerando la sempre maggiore incombenza della patologia cronica nei bilanci dei Paesi evoluti, l'orientamento dovrebbe sempre più essere volto al rafforzamento delle reti territoriali per garantire una risposta quanto più vicina al paziente e tempestiva rispetto all'esigenza individuata. Per fare ciò, si renderà necessario ancor di più nel nostro contesto Nazionale, superare l'ottica ospedale-centrica, definendo meglio ruoli e responsabilità nell'articolata gestione del paziente portatore del complesso bisogno socio-sanitario, favorendo la forte integrazione tra il sistema delle cure primarie, secondarie e terziarie. Dalla comparazione tra il nostro SSN e quello Inglese, emerge come in Italia non sia tuttavia presente né un sistema di cure terziario, né una così forte integrazione tra il sistema di cure primarie e secondarie, né un ruolo così rilevante svolto dai medici di medicina generale. Questi ultimi infatti rinviano il paziente al livello di cura che ritengono opportuno in base alle condizioni cliniche presentate. Sebbene anche in UK, il medico di medicina generale ha assunto e mantenuto il ruolo di *gate-keeping*, ossia di primo interlocutore per i suoi pazienti in caso di malattia, in relazione a quanto premesso, si può evincere come il modello della Medicina Generale in Italia rimanga ancora troppo ancorato a vecchie prassi che devono essere riformate e nello specifico:

- Il sistema di retribuzione e premiante che deve basarsi sui risultati e non solo sulle prestazioni;
- Il sistema di valutazione deve essere intrinseco e coerente con la gestione professionale del sistema, con indicatori specifici e qualificanti;
- Va qualificata una informatizzazione di alto livello per una gestione integrata delle attività assistenziali.

D'altro canto, è necessario specificare che anche nel Sistema Sanitario Inglese, a fronte di una forte carenza di personale, la richiesta di alcune categorie specifiche è molto alta, con *aspettative crescenti riguardo la qualità delle cure e il rapporto costo/efficacia*. La sfida chiave è cercare di comprendere

però come sia possibile che nonostante la Gran Bretagna rappresenti un leader globale nei sistemi di monitoraggio e di miglioramento della qualità in ambito sanitario, non mostri però parimenti una forte performance negli standard internazionali di qualità effettivamente raggiunti. Bisogna infatti considerare come i decisori britannici prendano in considerazione il sistema sanitario italiano come esempio “interessante” di regionalizzazione all’interno di una cornice regolatoria comune al fine di programmare un’adeguata distribuzione geografica dei servizi per le comunità e le popolazioni locali. Dopo una breve panoramica sulle differenze tra gli assetti organizzativi dei due sistemi sanitari, è stato trattato il tema della qualità in sanità. Dal confronto tra le metodologie di valutazione e di miglioramento della qualità, emerge come l’Analisi Partecipata della Qualità (APQ) rappresenti una procedura di valutazione dei servizi sanitari, caratterizzata dalla sua impostazione partecipativa, che prevede il coinvolgimento di cittadini ed operatori come fonte di informazione, soggetti attivi nella realizzazione dell’indagine e utilizzatori dei risultati. Dall’analisi condotta è emerso che sebbene il *Total Quality management* sia uno stile di gestione maturato in ambito industriale, appare adatto ad essere diffuso anche nel contesto delle aziende sanitarie per tre fondamentali ragioni:

- 1) il problema della qualità è cruciale nel campo degli interventi sanitari, dal momento che dalle caratteristiche qualitative di questi ultimi dipende quasi sempre la natura delle conseguenze che i destinatari del Sistema Sanitario possono registrare sul piano del recupero o della conservazione della loro salute;
- 2) è sempre più evidente sul piano professionale ed etico, la necessità di assicurare a chi è il principale destinatario degli interventi sanitari, un ruolo fondamentale e attivo nelle decisioni relative all’orientamento dei servizi, in funzione della soddisfazione dei desideri e delle aspettative relativi alle modalità dell’erogazione dei servizi stessi;
- 3) è altresì sempre più evidente che è necessario richiedere a tutti coloro che sono coinvolti in modo diretto o indiretto, nei processi assistenziali, di sostenere un ruolo attivo nel miglioramento della qualità del loro lavoro.

In tale prospettiva, una chiave di miglioramento della qualità dei servizi sanitari è rappresentata dalle interdipendenze tra 3 dimensioni: l'*utente*, che trova negli aspetti soggettivi che contraddistinguono la qualità percepita, gli elementi di valutazione della prestazione; il *professional*, che trova gli strumenti con cui generare confronti e valutazioni nell'ambito delle conoscenze consolidate dalle discipline scientifiche; il *management* che trova nella dimensione economica e di mercato, i parametri con cui valutare la qualità delle prestazioni erogate come componente della performance aziendale.

In relazione alla dimensione del *professional*, appare rilevante favorire lo sviluppo di un clima di reciproco supporto, favorevole all'apprendimento e che garantisce una più equa ripartizione delle responsabilità tra coloro i quali sono volti all'espletamento delle attività. A tal fine, uno strumento utile di *Clinical Governance* potrebbe essere il *Significant event audit*, che si diversifica dal tradizionale processo di *audit clinico*, in quanto non prevede una misura delle performance, ma può favorire il *team building*, rafforzare la comunicazione e migliorare i percorsi di cura, in particolar modo nell'ambito delle cure primarie. Ciò risulta infatti imprescindibile per favorire il miglioramento della qualità nei processi di cura. Uno dei punti più deboli del nostro SSN è difatti la mancanza di integrazione tra le varie strutture che si apprestano ad erogare l'assistenza e conseguentemente tra i professionisti sanitari. Il SEA potrebbe rappresentare un valido strumento per implementare quest'aspetto, prima all'interno dell'azienda singola e poi, attraverso un sistema informativo integrato, a livello regionale, oltre che territoriale in senso stretto. È possibile valutare quindi come sia un problema diffuso, quello di garantire un'efficace condivisione dei dati, anche all'interno dell'NHS, laddove si affrontano serie difficoltà nell'implementazione dei sistemi di registrazione medica elettronica. Requisito necessario per ottimizzare quest'aspetto, sarà non solo l'aggiornamento dei sistemi informativi ma soprattutto la promozione di una reale e collaborativa disponibilità da parte di tutti gli operatori a partecipare attivamente nei processi volti a migliorare l'erogazione del servizio in sanità. La sfida più grande deve essere pertanto ricercata non solo nell'adozione del SEA, ma anche nell'efficace applicazione dello stesso. Indispensabile sarà ancora il coinvolgimento e la partecipazione degli assistiti, in modo da rafforzare il rapporto di fiducia tra l'organizzazione e



cittadino. Tutto ciò potrà contribuire a definire nuove modalità di erogazione dei servizi o interventi di miglioramento di quelli esistenti, consentendo di modellare i servizi sui bisogni e sulle aspettative degli utenti. Sarà necessario perciò ridefinire nuove strategie aziendali che, in linea con la promozione del concetto di responsabilità sociale, siano in grado di rispondere non solo al bisogno di salute attuale del paziente ma anche di quello potenziale, rispondendo così a logiche di efficacia interna. Al tempo stesso sarà necessario ricercare elevati livelli di qualità, partendo dalla prospettiva del paziente stesso, ossia dall'interpretazione dei bisogni reali e delle attese degli utenti, al fine di soddisfare al meglio le loro richieste ed aspettative, rispondendo in questo caso a logiche di efficacia esterna. Per comprendere quali dimensioni sia significativo sondare per approfondire il punto di vista del cittadino-utente nel mondo dei servizi sanitari, occorre quindi leggere più attentamente il suo ruolo e le specificità che caratterizzano l'offerta di servizi sanitari, attraverso le indagini di *Patient Satisfaction*. Una differenza sostanziale tra gli strumenti presi in considerazione nel presente lavoro, ossia tra il *Questionario di Qualità Percepita* (QQP) definito dal Centro di Soddisfazione dell'Utenza dell'Università degli Studi di Siena, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, ed il *"The Picker Patient Experience Questionnaire"* definito dal *Picker Institute*, ente autonomo e che lavora in stretta collaborazione con l'NHS, è che quest'ultimo si basa sulla definizione di esperienze soggettive, anziché focalizzarsi su costrutti teorici, presenti invece all'interno del QQP. Dal confronto tra i due, si evince pertanto un orientamento più spiccato in NHS verso lo studio del punto di vista del paziente stesso. A dimostrazione di come questo orientamento si realizzi effettivamente in NHS, si può considerare anche l'accesso più semplificato per il paziente che voglia definire dei reclami in forma scritta nei confronti degli operatori coinvolti nei processi di cura, potendo il paziente stesso avvalersi anche del supporto di un operatore terzo nel definire il reclamo. Questo è ovviamente previsto nel caso in cui non sia stato possibile risolvere la controversia verbalmente e risulta fondamentale per ricevere un feedback sul livello di cure erogate e su come definire strategie di miglioramento. A tal proposito bisogna considerare come, a fronte della forte asimmetria informativa che caratterizza il rapporto tra il professionista sanitario ed il paziente, sarà

compito del Management ponderare la rilevanza dei reclami, in relazione ad esempio alla loro frequenza o motivazione, onde evitare una valutazione troppo affrettata sulla base di dati non del tutto giustificati. Alla luce di tutto ciò che è stato analizzato, le tre grandi opportunità in sanità che consentono di definire nuovi modelli organizzativi possono essere definite attraverso:

1. La standardizzazione di protocolli e metodologie per la rilevazione della soddisfazione dell'utenza;
2. L'integrazione delle fonti di dati che possono essere utili a costruire uno scenario strutturato intorno al termine qualità (URP, Accredimento, Controlli di Gestione, Indagini di Soddisfazione, ...) e che possono interagire sinergicamente con questo in uno scambio continuo di informazioni;
3. La presentazione dei risultati attraverso una reportistica strutturata e regolare, indirizzata, nelle varie competenze, a tutti gli operatori coinvolti.

Fondamentale sarà perciò assicurare che le conoscenze e le competenze della *workforce* sanitaria siano strettamente corrispondenti ai bisogni espressi dalla popolazione. Tutto ciò consentirà un cambio di prospettiva nell'integrare il controllo della qualità a quello essenzialmente finanziario.

## **RINGRAZIAMENTI**

Nel posare l'ultima pagina su questo lavoro, desidero ringraziare tutti coloro che mi hanno accompagnato e sostenuto in questi ultimi anni e nella realizzazione della Tesi di Laurea.

Il mio relatore Luca Del bene per il sostegno, i consigli ed il supporto concessomi durante la stesura di questo lavoro, nonché la grande disponibilità mostrata nei miei confronti nonostante i suoi numerosissimi impegni.

A Umberto, grazie per continuare a condividere con me ansie, preoccupazioni ma anche le gioie nel nostro percorso.

Ad Angela, nonostante la grande distanza che ci separa, ti sento sempre tanto vicina.

Alla mia famiglia e in particolare a mia zia, alla quale devo tutto e per la quale ci sarò sempre.

Ad Andreea Bianca, che ho conosciuto grazie all'esperienza di tutor svolta quest'anno e con la quale ho stretto un rapporto di sincera amicizia. Sono certa di aver ricevuto da te più di quanto ti abbia dato.

A tutte le persone che mi hanno incoraggiata, sostenuta e supportata in questo percorso e negli anni addietro, soprattutto a Prisco ma anche a chi non ha mai creduto in me. Devo a voi più di tutti la mia voglia di migliorare sempre e crescere al meglio delle mie possibilità.

A me stessa, perché ho imparato che la strada più semplice non sarà mai quella che fa per me. Perché a grandi sacrifici corrispondono sempre grandi ricompense. Il mio augurio più grande è quello di potermi guardare dietro e poter, dopo tutto, continuare a fare un sorriso pieno di gioia.

## BIBLIOGRAFIA

### TESTI

1. Ranci C., Pavolini E., “*Le politiche di welfare*”, Il Mulino, 2014;
2. Marshall, T. H., “*Citizenship and social class, and other essays*”, Cambridge: Cambridge University Press, 1950;
3. Marinò L., “*La ricerca dell’economicità nelle aziende sanitarie locali*”, G. Giappichelli, 2008;
4. Toth F., “*La sanità in Italia*”, Il Mulino, 2014;
5. Del Bene L., “*Criteri e strumenti per il controllo gestionale nelle aziende sanitarie*”, Collana di studi Economico-aziendali, E. Riannesi, Giuffrè Editore, 2000;
6. Nuti S., “*La valutazione della performance in sanità*”, Bologna, Il Mulino, 2008;
7. Starfield B., “*PRIMARY CARE – Balancing Health Needs, Services, and Technology*” – Oxford University Press, 1998;
8. Marinò L., “*Modelli di management nel settore sanitario. Criticità e prospettive*”, G. Giappichelli Editore, Torino, 2016;
9. Pitino A., “*La mobilità sanitaria,*” in BALDUZZI R., CARPANI G., *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013;
10. Malinverno E., “*La qualità in sanità; metodi e strumenti di clinical governance*” Carocci Faber, 2013;
11. Feigenbaum, A.V. “*Quality control: Principles, practice and administration: An industrial management tool for improving product quality and design and for reducing operating costs and losses*”, McGraw-Hill, 1951;
12. Braccini M., “*La qualità totale come strategia competitiva*” Ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli, 1998;

13. Donabedian A. *“The definition of quality and approaches to its management, vol 1: explorations in quality assessment and monitoring”* Ann Arbor, Mich, Health Administration Press, 1980;
14. Joint Commission On Accreditation Of Healthcare Organizations , *“La realizzazione di un programma di miglioramento della qualità ”* Ed. Centro Scientifico Editore, 1999;
15. Ranci Ortigiosa E., *“La valutazione di qualità nei servizi sanitari”* Ed. Franco Angeli Editore, 2000;
16. Chiarini & Associati, *“Sistemi qualità in conformità alle norme ISO 9000”* , Ed. Franco Angeli, 1997;
17. Baraghini G., Capelli M., *“Il sistema qualità ISO 9000 in sanità”* , Ed. Franco Angeli, 1997;
18. Guarnieri C., *“La qualità in sanità, certificazione ISO 9001 e miglioramento continuo”*, COLLANA EBOOK ECM, 2017;
19. D. Burnett, C. Blair, M. R. Haeney, S. L. Jeffcoate, K. W. M. Scott, D. L. Williams, *“Clinical pathology accreditation: standards for the medical laboratory”* J. Clin Pathol, 2002;
20. Cavicchi I., *“Il pensiero debole della sanità”*, edizioni Dedalo, 2008;
21. Braccini M., *“La qualità totale come strategia competitiva”* Ed. Scuola Superiore G. Reiss Romoli, 1998;
22. Lamprecht J. L., *“L’applicazione delle norme UNI EN ISO 9000 nelle piccole aziende”*, Edizione Italiana a cura di Mauro Formaggio, 2000;
23. Conti T., *“Come costruire la Qualità Totale – Una guida per il management”*, Sperling and Kupfer Editori, Milano, 1992;
24. McSherry R., Pearce P., *Clinical Governance*, Blackwell, Oxford UK, 2002;

25. Fontana F., “*Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale*”, Ed. Franco Angeli, Milano, 2005;
26. McSherry Rob, Paddy Pearce, John Tingle, “*Clinical Governance*”, Wiley-Blackwell, 2011;
27. Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL. “*Servire qualità*”; Milano: McGraw-Hill, 1991;
28. Schiavi G., “*La misurazione della customer satisfaction nelle aziende sanitarie*”, Ed. Franco Angeli, Milano, 2004;
29. Tanese A., Negro G., Gramigna A., “*La Customer Satisfaction nelle amministrazioni pubbliche*”, Cantieri, Edizione Rubbettino, 2003;
30. M. Gottwald, G. E.Lansdown, “*Improving the quality of healthcare for patients and service users*”, McGraw-Hill Education, 2014;
31. Abingdon, Oxon, “*Principles for Best Practice in Clinical Audit: National Institute for Clinical Excellence*”: Radcliffe Medical Press, 2002;
32. Buscemi A., “*Risk Management in sanità: gestione del rischio, errori, responsabilità professionale e aspetti psicologici*”, Ed. Franco Angeli, Milano, 2009;
33. Cavaliere B., “*Misurare la complessità assistenziale: strumenti operativi per le professioni sanitarie*”, Maggioli, Rimini, 2009;
34. Del Bene L., “*Lineamenti di pianificazione e controllo per le amministrazioni pubbliche*”, Giappichelli Editore, 2008;
35. H. De Bruijn, “*Managing performance in the public sector*”, Routledge, Taylor and Francis Group, 2007;
36. Spanò R., “*L’evoluzione dei sistemi di Management Accounting nelle aziende sanitarie*”, Giappichelli Editore, 2016;
37. Trombetta C., Trombetta S., “*Valutazione delle prestazioni e sistema premiante*”, Ed. Franco Angeli, 2010;

38. Nuti S., *“La valutazione della performance in sanità”*, Bologna, Il Mulino, 2008.

## ARTICOLI

1. Campbell D., P. Duncan, *“10 truths about Britain's health service”*, The Guardian, 2016;
2. *“In Italia ci sono quattro medici ogni 1000 abitanti. Siamo quinti in Europa ma manca la staffetta generazionale”*, Il Sole 24 Ore, 2016;
3. Fattore G., Longo F. *“Il fundholding nel Regno Unito: appunti da un viaggio di studio”* in Mecosan, Italian Quarterly of Health Care Management, Economics and Policy, 1996;
4. Stephen A., Medical Correspondent, *“Health reforms 'will benefit most vulnerable in society”*, in The Telegraph, 2011;
5. Pollock AM, Price D, Roderick P. Health and Social Care Bill: *“A legal basis for charging and providing fewer health services to people in England”*, BMJ 2012;344:e1729 doi: 10.1136/bmj.e1729, 2011;
6. Hunter D. *“Will, 1 April mark the beginning of the end of England's NHS? Yes”*, in Pubmed, 2013;
7. OECD, *“Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards”*, OECD Publishing, Paris, 2016;
8. Dirindin N., *“Salvaguardare il sistema di welfare, riconvertire le risorse”* in Politiche sanitarie, Vol. 13, N. 2, 2012;
9. Foddis A., *“La governance dei sistemi sanitari regionali tra federalismo fiscale e vincoli di bilancio”*, in Working Paper of Public Health nr. 15/2014;
10. OECD, *“OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising Standards”*, OECD Publishing, 2014;
11. Fondazione ISTUD, *“Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza”*, Report, 2013;

12. Jommi M., Del Vecchio M., “*I sistemi di finanziamento delle aziende sanitarie nel Servizio Sanitario Nazionale*”, in “Mecosan”, 13(49), 2004;
13. Weaver M., “*What you need to know about the junior doctors' strike*”, in The Guardian, 2016 ;
14. I. Cavicchi. “*Questione medica*”, Quotidiano sanità, 2015;
15. William M., Tsutsui, W. Edwards Deming, “*Origins of Quality Control in Japan in The Journal of Japanese Studies*” Vol. 22, No. 2, 1996;
16. OECD publications, “*Quality and internationalisation in higher education*”, 1999;
17. James W. Dean and David E. Bowen, “*Management theory and total quality: improving research and practice through theory development*” in Academy of Management Review Vol. 19, No. 3, 1994;
18. Uche Nwabueze, “*Implementing TQM in healthcare: The critical leadership traits*”, Total Quality Management & Business Excellence, 22:3, 331-343, 2011;
19. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, et al “*Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare*”, BMJ Quality & Safety ;23:290-298, 2014;
20. Akyay Uygur, Sevgi Sümerli, “*The Scope and Importance of EFQM Excellence Model*” in International Review of management and Business Research, Vol. 2 Issue.4, 2013;
21. Donabedian A. “*The quality of care. How can it be assessed?*” JAMA; 260:1743-8,1988;
22. Cheng Lim, P. and Tang, N., “*The development of a model for total quality healthcare*”, *Managing Service Quality: An International Journal*”, Vol. 10 No. 2, <https://doi.org/10.1108/09604520010318290>, 2000;



23. Mosadeghrad, Ali Mohammad. “*Factors influencing healthcare service quality.*” International journal of health policy and management” vol. 3,2 77-89, doi:10.15171/ijhpm.2014.65, 2014;
24. Majeed A, Lester H, Bindman AB. “*Improving the quality of care with performance indicators*” BMJ; 335:916-8, 2007;
25. Lohr KN, Schroeder SA. “*A strategy for quality assurance in Medicare*”. N Engl J Med.; 322:707-12, 1990;
26. Lilford RJ, Brown CA, Nicholl J. “*Use of process measures to monitor the quality of clinical practice*”. BMJ 007;335:648-50;
27. Ebrahim Jaafaripooyan, Dila Agrizzi, Faizollah Akbari-Haghighi, “*Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures*”, in International Journal for Quality in Health Care, Volume 23, Issue 6, 2011;
28. Lilleyman, J. and Blair, C., “*Clinical Pathology Accreditation: a quality system for diagnostic pathology services*”, in Journal of Clinical Effectiveness, Vol. 2 No. 4, <https://doi.org/10.1108/eb043373>, 1997;
29. Øvretveit, J., “*Total quality management in European healthcare*”, in International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 13 No. 2, <https://doi.org/10.1108/09526860010319523>, 2000;
30. Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., Glinos I. A.. “*Assuring the quality of health care in the European Union: A case for action*”. European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series n°12: xiii-xiv, 15-40, 84-89, 112-115, 183-190, 2008;
31. Pena, Mileide Morais, Silva, Edenise Maria Santos da, Tronchin, Daisy Maria Rizatto, & Melleiro, Marta Maria, “*The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services*”. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 47(5), 1227-1232. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500030>, 2013;

32. Paul A. Dion, Rajshekhar Javalgi & Janet Dilorenzo-Aiss, “*An Empirical Assessment Of The Zeithaml, Berry And Parasuraman Service Expectations Model*” , The Service Industries Journal, 18:4, 66-86, DOI: 10.1080/02642069800000042,1998;
33. Majeed A, Lester H, Bindman AB. “*Improving the quality of care with performance indicators*”, BMJ;335:916-8, 2007;
34. Hellsten, U. and Klefsjö, B. , “*TQM as a management system consisting of values, techniques and tools*”, *The TQM Magazine*, Vol. 12 No. 4, 2000;
35. Mediobanca, “*Indicatori per il controllo dell’efficienza e dell’economicità della spesa nel SSN*”, Ottavio Capriolo-Milano, 1993;
36. Aperio Bella F., “*L’accreditamento istituzionale nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie*” in Osservatorio di diritto sanitario- Federalismi.it, n.0, 2014;
37. Halligan A., L. Donaldson, “*Significato e attuazione del governo clinico*”, *Giornale Italiano di Nefrologia* Anno 19 n. S-21, 2002;
38. Department of Health, “*A first class service: Quality in the new national health service*”, Londra, 1998;
39. Halligan A, Donaldson L., “*Implementing clinical governance: turning vision into reality*”, BMJ; 322: 1413-, 2001;
40. Scally G, Donaldson LJ. “*Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*”, BMJ; 317: 61-5, 1998;
41. Halligan A. “*How the national clinical governance support team plans to support the development of clinical governance in the workplace*”, *Journal of Clinical Governance*; 14: 155-7,1999;
42. Roland, M., Campbell, S. and Wilkin, D., “*Clinical governance: a convincing strategy for quality improvement?*” *Journal of Management in Medicine*, Vol. 15 No. 3, <https://doi.org/10.1108/02689230110403678>, 2001;

43. Department of Health. *“The new NHS: modern, dependable”*, London: Stationery Office; 1998;
44. Chiozza M. L., Plebani M., *“Clinical Governance: from clinical risk management to continuous quality improvement”* Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM) ,Volume 44: Issue 6, 2006;
45. Freedman D.B., *“Clinical Governance: How to Integrate Managerial and Clinical Approaches with the Quality of Service”*, comunicazione al convegno *“Clinical Governance: una prospettiva organizzativa e gestionale”*, Scuola di Management Luiss Guido Carli, Roma, 2004;
46. Bueton S.A., Roland M., *“Clinical Governance: Bridging the Gap Between Managerial and Clinical Approaches to Quality Care”*, Quality in Health Care”, n.8, 1999;
47. Palumbo F., *“Clinical Governance-una prospettiva organizzativa e gestionale”* in Clinical Governance e programmazione sanitaria, Scuola di Management Luiss Guido Carli, Roma, 2004;
48. Borgonovi E., *“Aziendalizzazione e governo clinico”*, Mecosan, n.49, 2004;
49. Freeman T., Walshe K. *“Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England”* Qual Saf Health Care;13:335- 43, 2004;
50. Frederick H. Konteh, Russell Mannion, Huw T.O. Davies, *“ Clinical governance views on culture and quality improvement Clinical Governance: An International Journal”*, ISSN: 1477-7274, 2008;
51. Gulino M., Montanari Vergallo G., Frati P., *“The Relevance of Clinical Risk Management”* in Journal of History of Medicine, Vol 23, No 3, 2011;

52. Pelone F., Ricciardi W., “*Il Public reporting in Sanità: riflessioni e proposta di un nuovo strumento operativo*”, In Italian Journal of Public Health, QIJP, Volume 2, Number 10, 2013;
53. Coluccia A., Ferretti F., Cioffi R., “*Cenni teorici sul concetto di qualità percepita in sanità*”, in Supplemento B, in Psicologia Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia; Vol. 31, N. 3: B31-B41, 2009;
54. Batterham RW, Hawkins M, Collins PA, Buchbinder R, Osborne RH. “*Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities*”, Public Health 132:3-12. doi: 0.1016/j.puhe.2016.01.00, 2016;
55. Bottai R., Micheletti V., Alfano A., Celerini C. “*Indagini di soddisfazione rivolte agli utenti*”, Salute e Territorio; 128: 228-31, 2001;
56. Liu SS, Amendah E, Chang EC, Pei L. “*Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context*”, Health Mark Q; 23(4): 49-73, 2006;
57. El-Jardali F, Jamal D, Dimassi H, Ammar W, Tchaghchaghian V. “*The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses*”. Int J Qual Health Care; 20: 363-71, 2008;
58. Mastrobuono I., Bova D., Visconti G., Pirazzoli M., Bollero E. “*Il percorso della qualità nell’organizzazione delle strutture sanitarie*”; *Organizzazione Sanitaria*: Anno XXVI, 4: 23-42, 2002;
59. Gill L, White L. “*A critical review of patient satisfaction*”, Leadership in Health Services 22: 8-19, 2009;
60. Otani, K., Herrmann, P. A., & Kurz, R. S.; “*Improving patient satisfaction in hospital care settings*”, Health Services Management Research, 24(4), 163–169. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2011.011008>, 2011;
61. Messina G., Fenucci, R., Vencia, F., Niccolini, F., Quercioli, C., & Nante, N. “*Patients’ evaluation of hospital foodservice quality in Italy: What do patients really*

- value?*” Public Health Nutrition, 16(4), 730-737. doi:10.1017/S1368980012003333, 2013;
62. Badri MA, Attia ST, Ustadi AM. “*Testing not-so-obvious models of healthcare quality*”, Int J Health Care Qual Assur ,21: 159-174, 2008;
63. Liu SS, Amendah E, Chang EC, Pei L. “*Satisfaction and value: a meta-analysis in the healthcare context*”, Health Mark Q, 23(4): 49-73, 2006;
64. C. Korunka, D. Scharitzer, P. Carayon, P. Hoonakker, A. Sonnek, F. Sainfortd , “*Customer orientation among employees in public administration: A transnational, longitudinal study*” in Applied Ergonomics Volume 38, Issue 3, 2007;
65. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Ryu Song HS, Landon B. *Paying For Quality: Providers’ Incentives For Quality Improvement Health Affairs*; 23: 127-141, 2004;
66. Salomon L., Gasquet I., Mesbah M., Ravaud P. “*Construction of a scale measuring patients’ opinion on quality care*”, Int J Qual Health Care, 11: 507-516, 1999;
67. Coluccia A, Ferretti F, Lorini F. “*Il modello di valutazione della qualità percepita dei servizi sanitari dell’AP-HP di Parigi*”, Difesa Sociale; 3: 27-32, 2002;
68. Doyle C, Lennox L, Bell D. “*A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness*”, BMJ Open3 (1):e001570, 2013;
69. Coluccia A, Ferretti F, Lorini F, Calamai M. “*Il questionario di qualità percepita (QQP)*”. Mondo San; 1: 14-19, 2002;
70. Coluccia A, Cioffi R, Ferretti F, Lorini F, Vidotto G. “*Questionnaire of perceived quality (QQP): a study on the differences of gender*”, G Ital Med Lav Ergon -Mar; 28(1 Suppl 1): 53-60, 2006;
71. Crispin Jenkinson, Angela Coulter, Rachel Reeves, Steve Bruster, Nick Richards, “*Properties of the Picker Patient Experience questionnaire in a randomized*

- controlled trial of long versus short form survey instruments*”, Journal of Public Health, Volume 25, Issue 3, <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdg049>, 2003;
- 72.** Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., “*The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries*”, International Journal for Quality in Health Care, Volume 14, Issue 5, <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>, 2002;
- 73.** Murrells T, Robert G, Adams M, et al, “*Measuring relational aspects of hospital care in England with the ‘Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation’ (PEECH) survey questionnaire*”, BMJ Open ;3:e002211. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002211, 2012;
- 74.** Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S. *et al.* “*The coronary heart disease in-patient experience questionnaire (I-PEQ (CHD)): Results from the survey of National Health Service patients*”. Qual Life Res 11, 721–727, 2002;
- 75.** Lisa I. Iezzoni, MD, “*Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*”, Fourth Edition ISBN: 9781567934373 Hardbound, 2012;
- 76.** Wienand U. “*Evidence-based recommendations on clinical audit in Italy*”: Relazione al convegno Clinical Audit and Improvement, London, 2010;
- 77.** Gillam S, Siriwardena AN. “*Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do-study-act cycle and significant event audit.*” Quality in Primary Care.;21(2):123-130, 2013;
- 78.** John Bullivant J, Corbett-Nolan A. “*Clinical audit: A simple guide for NHS*” Boards & partners;
- 79.** Bowie P., Pringle M., “*Significant Event Audit Guidance for Primary Care Teams*” - NHS Scotland NPSA–NRLS, 2008;
- 80.** Pringle M., Bradley C.P., Carmichael C.M., Wallis H. and Moore A. “*Significant Event Auditing*”. RCGP Occasional Paper;

81. Flanagan, J. C., “*The critical incident technique*”, *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358, 1954;
82. Westcott, R., Sweeney, G., & Stead, J.,” *Significant event audit in practice; A preliminary study*”. *Family Practice*, 1999;
83. Gillam S, Siriwardena AN., “ *Frameworks for improvement: clinical audit, the plan-do-study-act cycle and significant event audit*”, *Quality in Primary Care.*;21(2):123-130, 2013;
84. Wilkes, Dennis; Mills, Karen, “*Using the significant event audit model and patient interviews in assessing the quality of care*” in *The Journal of Clinical Governance*, Volume 9, Number 1, 1, Publisher: Taylor and Francis Ltd, 2001;
85. Sweeney G., Westcott R.,Stead J., “*The Benefits of Significant Event Audit in Primary Care: a Case Study*”;
86. Wu AW, Lipshutz AKM, Pronovost PJ. “*Effectiveness and Efficiency of Root Cause Analysis in Medicine*” *JAMA.* ;299(6):685–687, 2008;
87. Harris C., Cortvriend P., Hyde P., “*Human resource management and performance in healthcare organisations*”, in *Journal of Health Organization and Management*, ISSN: 1477-7266, 2007;
88. Jerod M. Loeb, “*The current state of performance measurement in health care*”, in *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 16, Issue suppl\_1, 2004.

## RIFERIMENTI LEGISLATIVI

1. Ministero della Salute, *“Sistema di misurazione e valutazione della performance del Ministero della Salute”* Allegato al Decreto Ministeriale del 30 dicembre 2010;
2. DECRETO LEGISLATIVO 25 maggio 2017, n. 74. Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124. (17G00088);
3. Decreto legislativo n.502/1992 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*;
4. Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 *“Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.”*;
5. Ministero della Salute (a cura di) (2011), *“L’audit clinico”* in: [ww.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1552\\_allegato.pdf](http://ww.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf);
6. Modifiche al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in attuazione dell'articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124. (17G00088);
7. Deliberazione della Giunta Regionale 23 dicembre 2013, n. 25-6944 Linee di indirizzo regionali per le aziende ed enti del SSR della Regione Piemonte per la costituzione ed il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) in applicazione del D.lgs. 150/2009 e s.i.m. in materia di misurazione, valutazione e trasparenza della performance. Approvazione;
8. Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.



## SITOGRAFIA

1. [https://www.corriere.it/sette/13\\_marzo\\_13/2013-11-vigo-boom-economico\\_8c939f22-8bef-11e2-8351-1dc254821b1.shtml?refresh\\_ce-cp](https://www.corriere.it/sette/13_marzo_13/2013-11-vigo-boom-economico_8c939f22-8bef-11e2-8351-1dc254821b1.shtml?refresh_ce-cp);
2. <https://navigator.health.org.uk/content/working-patients-1989>;
3. <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/contents/enacted>;
4. <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>;
5. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/livinglongerandoldagedependencywhatdoesthefuturehold/2019-06-24>;
6. <https://nhsproviders.org/topics/delivery-and-performance/the-nhs-provider-sector>.
7. <http://www.anaao.it/content.php?cont=16573>;
8. [ISO - International Organization for Standardization, www.iso.org](http://www.iso.org) ;
9. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999;229>
10. [www.picker.org](http://www.picker.org).