



QUALITY MANAGEMENT E PRINCIPI PER LA VALUTAZIONE APPLICATI AL SISTEMA DI EROGAZIONE DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni¹⁾, Elisabetta Simeoni²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Pensare di applicare la metodologia del Total Quality Management (TQM) al sistema di erogazione dei servizi per le tossicodipendenze è senz'altro cosa estremamente interessante e utile, ma non vi è dubbio che la complessità da affrontare è molto alta e le soluzioni da ricercare non sempre immediate.

Prima di entrare in una avventura di questo tipo, la domanda preliminare da porsi è se tutto ciò è fattibile e se il sistema oggi esistente è riconvertibile su logiche di qualità, considerate le forti resistenze interne al cambiamento, le pressioni, i condizionamenti ideologici e politici esterni e le carenti risorse esistenti soprattutto relativamente al personale e alle strutture.

I dubbi di fattibilità sono molti, ma il fattore interferente più importante deriva dal tipo di servizio da erogare in relazione alla particolare "clientela" e dalla scelta terapeutica di fondo che può influenzare fortemente gli assetti organizzativi.

Questo fattore infatti condiziona e complica non poco l'impostazione generale del modello soprattutto se teniamo conto che il servizio da erogare al fine terapeutico-riabilitativo può essere fornito non solo dai Ser.T ma anche da altre unità operative esterne quali le comunità terapeutiche e da una serie di altre organizzazioni, e che il "cliente" passa da un ambiente all'altro con estrema frequenza nell'ambito della sua storia clinica.

A questo punto siamo in grado di capire che la complessità è notevole soprattutto se consideriamo che i macrolivelli dove applicare il TQM sono due: il primo nel singolo servizio (che spesso appartengono ad "aziende" diverse) in cui viene trattato il paziente, il secondo sull'intero "sistema delle tossicodipendenze" (Ser.T, comunità, centri di pronta accoglienza, unità di strada ecc.) se vogliamo realmente ottenere una omogeneità ed equanimità di prestazione (pur differenziate) sul paziente. È in questo contesto peraltro che si colloca l'assetto organizzativo ottimale per queste problematiche ossia un Dipartimento che all'interno dell'azienda presenta un orientamento strutturale e funzionale nei confronti delle organizzazioni

del privato sociale accreditato esterne all'azienda (vedi articolo specifico successivo).

Un altro concetto importante che va chiarito sin dall'inizio è la differenza tra sistemi per il TQM e sistemi di valutazione dei risultati (VR). Attuare sistemi di VR non vuol dire automaticamente che si stia facendo TQM. La VR non è di per sé un sistema che connota un approccio basato sul TQM in quanto il concetto di "Qualità", anche se porta con sé il concetto di VR, possiede una serie di altre caratteristiche che la rendono peculiare.

La prima è che il TQM è un approccio che coinvolge profondamente tutta l'organizzazione rimettendo in discussione anche le modalità di gestione, di rapporto con il cliente, di offerta del servizio, di gestione delle risorse ecc.. Per fare questo si utilizzano necessariamente dei sistemi per valutare i risultati, ma come si può intuire essi sono un mezzo e non un fine per arrivare al "sistema di eccellenza".

Un'altra caratteristica fondamentale e vincolante del TQM è che la valutazione dei risultati, intesa nel nostro caso prevalentemente come "esito del trattamento", dovrà essere fatta in maniera vincolante con una comparazione costante con standard di riferimento prefissati, riconosciuti, identificati e dichiarati come ottimali. Risulterà quindi qualificante il fatto di disporre di un sistema standard di riferimento che confronti costantemente i risultati osservati con quelli attesi.

Il concetto di TQM porta infatti nel suo interno anche il criterio che la valutazione dei risultati è sempre comparata con dei riferimenti prefissati e declinati in indicatori quantitativi correlati a "standard di qualità" a cui tendere e riferirsi e con i quali costantemente confrontarsi.

A questo proposito rimandiamo all'ultimo paragrafo per ulteriori specifiche.

Come si può comprendere, la strada per riconvertire i servizi e l'intero sistema su logiche di TQM è molto lunga ma certamente si potrebbe partire discutendo sui sistemi di valutazione dei risultati e degli esiti dei trattamenti che risulta essere il campo di maggior interesse e quello in grado (una volta definito), di fornirci informazioni di base su come e quali servizi mantenere o abbandonare, in modo da ottimizzare preliminarmente la rete dei servizi.

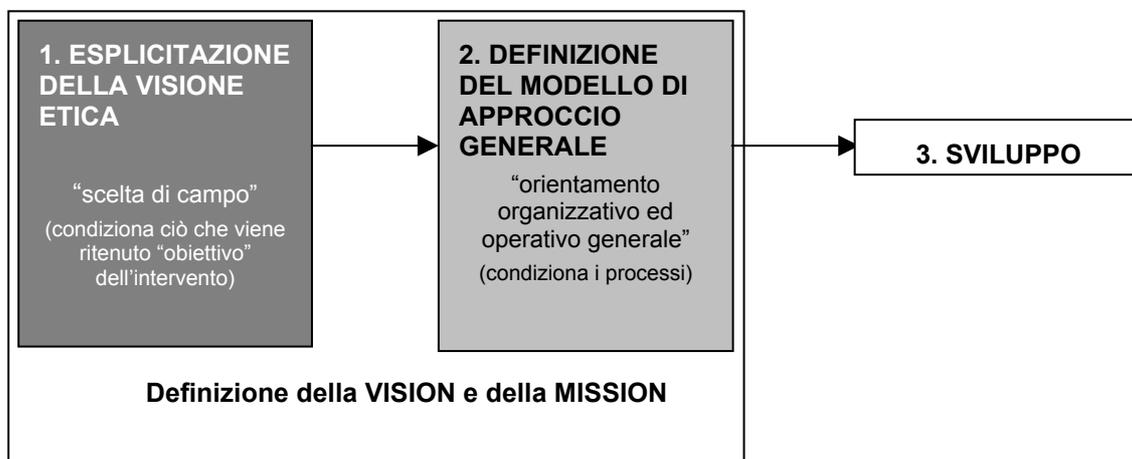
L'organizzazione dell'U.O. e la spinta efficientista deve essere, anche in questo caso, un mezzo e non un fine, dove l'obiettivo finale è la qualità della prestazione che passa attraverso una migliore organizzazione.

Infine risulta importante ricordare che nel definire il sistema TQM vi è la necessità vincolante e preliminare di aver chiare e ben esplicitate le tre componenti che determinano l'orientamento di base dell'approccio al problema delle tossicodipendenze:

- la "visione etica" esplicitata e cioè i valori dell'organizzazione e la scelta di base che si fa nei confronti dell'uso non terapeutico delle sostanze psicoattive che è in grado di condizionare tutto l'impianto produttivo e quindi il tipo e la quantità delle prestazioni da erogare, in quanto varia ciò che viene considerato "valore" in termini di salute e quindi da proteggere, promuovere e recuperare;
- il "modello di approccio preventivo, terapeutico e riabilitativo generale" conseguente alle scelte etiche e cioè la vision e la mission che orientano l'organizzazione verso una forma o l'altra di erogazione di servizi;
- il "progetto esecutivo" con il modello di valutazione sottostante (soprattutto degli esiti dei trattamenti) che si intende utilizzare, definendo soprattutto gli obiettivi e gli indicatori di valutazione ad essi collegati in un contesto di "sistema" e di continuità terapeutica.

Risulta chiaro che per poter costruire un sistema di qualità, è vincolante che questi tre punti conservino un alto grado di coerenza interna ed esterna.

Fig. 1: Passi preliminari per sviluppare un sistema TQM orientato, nelle tossicodipendenze



Il cuore del problema

Nell'approntare un programma per l'inserimento delle tecniche per il miglioramento continuo della qualità nei Dipartimenti, si possono attuare vari orientamenti e partire da diversi punti. Il nostro gruppo dopo una lunga analisi strutturale e funzionale "sull'organizzazione Ser.T" e una lunga esperienza nel campo dei tradizionali approcci ai sistemi di qualità, ha sviluppato una precisa convinzione relativamente a dove e come iniziare con i Ser.T il percorso per l'introduzione delle logiche di qualità. Queste unità operative, apparentemente semplici nella loro costituzione, portano nel loro interno una alta complessità che deriva fundamentalmente da quattro principali macrofattori:

1. alta problematicità intrinseca del problema da affrontare e dell'utenza su cui si espletano gli interventi;
2. presenza di una organizzazione del gruppo di lavoro a componenti multidisciplinari, a bassa gerarchizzazione, di difficile integrazione e con tendenza all'autogoverno "frammentato";
3. carenza di modelli culturali e professionali "evidence based" e cioè scientificamente orientati, con riferimenti di base coerenti ed univoci;
4. bassa disponibilità al cambiamento organizzativo soprattutto in relazione alla necessità di superare la difficoltà di integrarsi tra le organizzazioni del pubblico e del privato sociale accreditato.

Queste caratteristiche portano ad evidenziare il cuore del problema che a nostro avviso sta quindi soprattutto nel team e nei "processi" delle unità operative che attualmente sono, nella maggior parte dei casi, poco compatibili tra loro (in quanto con vision e mission diversificate) ed incompatibili nel loro quotidiano operare con logiche di qualità.

Il problema principale quindi sta nel "come" i Ser.T e le Comunità producono i presupposti servizi, il che si concretizza, in altre parole, nella comprensione ed esplicitazione precisa e condivisa degli obiettivi, dei processi utilizzati a fini diagnostici, nella valutazione prognostica, nei modelli di decision making, di valutazione degli risultati degli interventi. Particolare importanza riveste la comprensione e la condivisione di questi processi ma soprattutto dei criteri di riferimento sottostanti (molto spesso non esplicitati ma fortemente operanti) da parte dei singoli operatori costituenti l'equipe.

Esiste quindi un doppio ordine di problemi: il primo relativo al gruppo di lavoro e all'organizzazione interna delle singole ed eterogenee U.O., il secondo relativo al coordinamento e alla sovraorganizzazione delle diverse U.O. (dipartimento).

Il modo giusto per partire quindi ed per iniziare un programma verso il miglioramento continuo della qualità dai modelli di gestione clinica e conseguentemente organizzativa del varie equipe, dopo aver praticato in questi anni altri percorsi con scarso risultato, è quello di operare contemporaneamente su tutte le U.O. del dipartimento.

Come è facilmente comprensibile è impensabile definire un profilo di qualità dei Ser.T e delle Comunità senza prima aver risolto questioni di base di questo tipo e portata. Risulta quindi imperativo, come condizione di fattibilità e prerequisito irrinunciabile coordinare le visioni e gli intenti, concentrando quindi l'attenzione sui processi e sui criteri utilizzati nei vari modelli di gestione dell'assistenza e dei percorsi di riabilitazione. Se non si chiariranno prima queste problematiche di base, qualsiasi sistema di qualità che riusciremo a costruire sarà fondato su basi estremamente deboli e incoerenti e come tale destinato a fallire nel tempo.

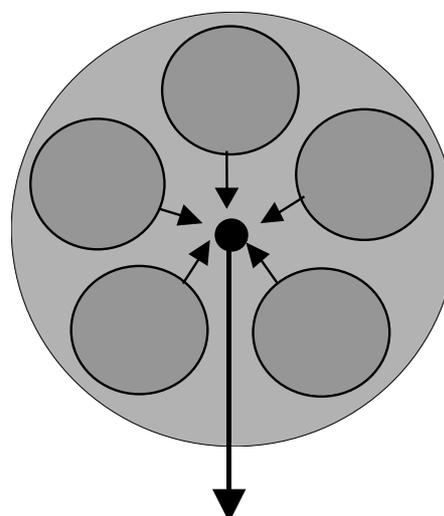
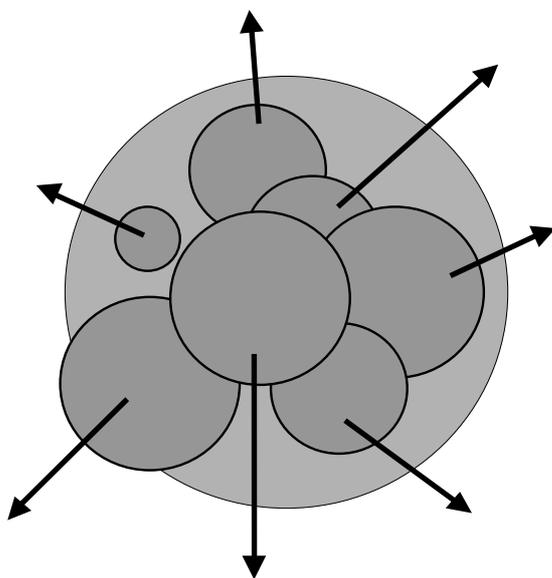
Fig. 2: Modelli di equipe

Mod.A: Scoordinato con ruoli e funzioni confuse ed in overlapping.
Risposta plurima e spesso incoerente

Mod.B: Coordinato con ruoli e funzioni definite.
Risposta univoca in esterno.

MODELLI OPERATIVI E CRITERI
DECISIONALI IMPLICITI ED
ETEROGENEI

MODELLI OPERATIVI E CRITERI
DECISIONALI ESPLICITI E CONDIVISI



Il binomio qualità e valutazione

Prima di approfondire gli aspetti e i modelli organizzativi collegati al TQM risulta utile chiarire il concetto di "valutazione" nei suoi vari aspetti. Tutto questo in quanto tale azione sta alla base dei modelli di TQM, essendo la valutazione costante delle risorse consumate, dei processi utilizzati, delle prestazioni erogate e degli esiti (risultanti) dei trattamenti, una condizione "sine qua non" per poter operare in qualità.

Tuttavia va subito chiarito che esistono diversi punti di vista da cui valutare ed è indispensabile conoscerli.

LE DIVERSE PROSPETTIVE

Esistono diverse prospettive della valutazione a seconda delle attese dei diversi attori interessati e dei loro bisogni prevalenti. Risulta indispensabile tenere conto di questa situazione fin dall'inizio in quanto essa condiziona fortemente le varie situazioni e concettualizzazioni dei modelli di valutazione e di organizzazione sottostante.

Risulta evidente che le varie aree di valutazione acquistano una diversa importanza a seconda del livello in cui è inserito il singolo attore e le sue necessità informative e di "soddisfazione", che sono tra loro diverse e strettamente dipendenti dai propri obiettivi.

Tab. 1: Aree della valutazione della qualità in base alle diverse prospettive degli attori interessati

ATTORI	AREA DI VALUTAZIONE				
	INPUT	PROCESSI	Output (Prestazioni)	Outcome (Risultati su paziente)	Impatto sul fenomeno
CLIENTE				X	
OPERATORE		X	X	X	
MANAGER	X	X	X	X	X
POLITICO	X			X	X
SOCIETÀ				X	X

UN MODELLO GLOBALE DI MISURAZIONE/VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI: LE 10 DIMENSIONI

Anticipando alcuni concetti, vale la pena entrare subito nel merito al fine di dare al lettore la prospettiva complessiva su cui andremo a discutere.

Esistono diverse dimensioni su cui misurare la qualità degli interventi assistenziali che necessariamente deve essere valutata in maniera multidimensionale partendo dalla considerazione che la qualità si raggiunge assicurando contemporaneamente una serie di condizioni e caratteristiche.

Il modello qui presentato va applicato per ottenere una valutazione di insieme dell'intervento specifico di una organizzazione sociosanitaria che si occupa di persone con problemi di dipendenza da sostanze, ma tale approccio è sicuramente estensibile a tutte le strutture sociosanitarie aziendali.

Fig. 3: Dimensioni per la misurazione della Qualità degli interventi (caratteristiche da garantire agli interventi per considerarli di qualità)



Nell'elencare le caratteristiche diventa indispensabile però definire precisamente che cosa si deve intendere con i termini riportati nella figura. A questo scopo è stata messa a punto la tabella successiva in modo da ridurre la variabilità interpretativa delle singole dimensioni utilizzate. Ad ogni dimensione è stato associato un insieme di indicatori utilizzabili per la misurazione della qualità, in modo da rendere possibile una visualizzazione delle dimensioni identificate.

La difficoltà, sicuramente superabile e che ha trovato soluzione nello strumento informatico MFP © riportato in seguito, sta nel creare processi operativi e di raccolta dati orientati a “farsi valutare” e alimentare un sistema informativo in grado di non essere intrusivo nella operatività ma contemporaneamente in grado di monitorare costantemente tali dimensioni.

Ai 10 criteri ne dovrebbe essere aggiunto un altro per i quali si rimanda ai capitoli successivi, che è quello dell'economicità. Il concetto di economicità degli interventi si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il valore aggiunto (durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto valore) e l'utilità (in grado di soddisfare una domanda). Quello su cui vogliamo riportare l'attenzione, senza scendere ora nel dettaglio, è il fatto che con questo criterio si centri il concetto di qualità sull'utilità reale degli interventi in stretta relazione alla valorizzazione delle risorse impiegate.

Per non fermarsi solo alle definizioni, sono stati messi a punto anche una serie di indicatori in grado di poter rappresentare la singola dimensione di qualità e renderla “visibile”.

Tab. 2: Aree di valutazione delle caratteristiche dell'intervento

N	DIMENSIONE	DEFINIZIONE
1	Sicurezza	condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata.
2	Eticità e Umanizzazione	Grado di rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso, nell'informativa, nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente. Adattamento delle procedure assistenziali alle esigenze di vita e di lavoro del cliente.
3	Accessibilità	Grado di facilità di accesso alla struttura, ai trattamenti e alle informazioni da parte dei clienti.
4	Libera scelta	Condizione in cui si può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie appropriate e del luogo di cura.
5	Partecipazione del cliente	Grado di informazione attiva dei clienti da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano.
6	Equità del trattamento	Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria. Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi.
7	Appropriatezza	Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbilità, discomfort, perdita di gg lavorative ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche.
8	Efficacia	La capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: Grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento.
9	Efficienza (interna ed esterna) e tempestività	Grado di utilizzo ottimizzato delle risorse (efficienza produttiva o interna) e grado di risposta ai bisogni e/o soddisfazione della domanda della popolazione (efficienza allocativa o esterna). Viene definita anche come la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi, al minor costo. L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impegnate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghi interventi. La tempestività è il tempo intercorso tra la domanda e l'erogazione dell'offerta.
10	Continuità assistenziale	Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o trasferimenti in altre strutture.

Tab. 3:Indicatori per singola dimensione

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
1	Sicurezza	<p>Dei clienti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - % di pazienti che acquisiscono lesioni traumatiche all'interno delle strutture (incidenti). - % di soggetti in trattamento con intossicazioni acute da sovradosaggi da farmaci. - % di pazienti con trattamenti sottodosati ed esponenti al rischio di recidiva, overdose o di astinenza. - % di ritrattamenti precoci (entro 30 gg dalle dimissioni). - n. di controlli urinari/settimanali. - Tempo massimo in cui avviene una formale e reale valutazione e ridefinizione del programma terapeutico. - Esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale - Esistenza ed applicazione di procedure per il controllo delle reazioni avverse ai trattamenti. <p>Degli operatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N. medio di conflitti con operatori/mese. - Esistenza di procedure formali per la gestione delle emergenze di sicurezza (conflitti, aggressioni, risse ecc.). - Grado di applicazione delle norme per il rischio professionale infettivo. - N. di incidenti di contaminazione durante la manipolazione di materiali biologici o attività di prelievo ecc. - N. medio di ore/operatore di formazione ed addestramento specifico sulle norme di prevenzione/aa. - Esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale.
2	Eticità e Umanizzazione	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di documenti etici esplicitati formalmente, diffusi e adottati per la programmazione degli interventi. - Grado di coerenza dei principi contenuti nella dichiarazione etica con il rispetto dei diritti umani (secondo i riferimenti U.N., U.E.). - Grado di coerenza dei processi utilizzati dalle U.O. con i principi etici dichiarati. - N. di segnalazioni formali (denunce, proteste e richieste) arrivate alle strutture in cui si ravvisino episodi di discriminazione e non rispetto dei diritti umani. - Customer satisfaction specifica per il grado di rispetto della persona, comprensione e adattamento delle terapie e degli accessi sulle esigenze di vita e di lavoro del cliente. - Esistenza di sistemi efficienti per la valutazione ex-ante delle attività (di progetto o correnti) da finanziare con valutazione dei bisogni da soddisfare e ponderazione delle priorità (equilibrata distribuzione delle risorse in base ai bisogni e alle priorità della popolazione – eticità degli investimenti). - Esistenza di sistemi efficienti per la valutazione ex-post dell'efficacia ed economicità degli interventi.

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
3	Accessibilità	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di parcheggi idonei nel raggio di 200 metri. - Presenza di linee di trasporto pubblico con distanza delle fermate dal servizio erogante a non più di 300 metri. - Assenza di barriere architettoniche sulle vie di accesso. - Presenza di un front office strutturato con personale dedicato/addestrato all'orientamento del cliente. - N. di linee telefoniche esclusivamente dedicate al cliente in entrata. - Tempi di attesa medi delle telefonate. - Tempi di attesa medi per il primo contatto con l'operatore. - Tempi di attesa medi per l'entrata in terapia. - Presenza di filtri e vincoli di accesso (vincolo di residenzialità, gg dall'ultimo trattamento ecc.). - Indice di fuga (% di soggetti residenti in carico in altri servizi). - Indice di attrazione (% di soggetti non residenti in carico).
4	Libera scelta	<ul style="list-style-type: none"> - Grado e numero di processi assistenziali dove la libera scelta del cliente viene elusa dagli operatori. - Esistenza regolamenti e/o vincoli nell'operatività delle U.O. che possono condizionare la libera scelta del cliente relativamente a: <ul style="list-style-type: none"> - Luogo di cura (territorialità obbligatoria, accesso esclusivo per alcune U.O del dipartimento, ecc.). - Operatore curante (es. prenotazioni in ambulatori che non permettono la scelta del curante, assegnazione automatica dei curanti sulla base di regole organizzative interne del U.O. e non sulla scelta, ecc.). - Tipo e modalità di trattamento (il paziente può chiedere ed ottenere trattamenti – accreditati - diversi da quelli proposti dal curante? Può porre vincoli e condizioni – in conformità alle proprie scelte ed esigenze generali - alle terapie proposte? Ecc.)
5	Partecipazione del cliente	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo e distribuzione di materiale informativo sui trattamenti e l'organizzazione (Ser.T, Comunità ter., Gruppo di autoaiuto, ecc.) per i clienti. - Presenza di materiale informativo specifico sui diritti e le responsabilità dei clienti. - Esistenza di una strategia di comunicazione strutturata e permanente con i clienti. - Esistenza di gruppi consultivi organizzati di clienti e di momenti strutturati di confronto. - Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dei bisogni e della domanda del cliente. - Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica della soddisfazione del cliente. - Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dell'aderence ai trattamenti dei clienti.
6	Equità di trattamento	<ul style="list-style-type: none"> - Esistenza di criteri espliciti di inclusione nei vari trattamenti ed equamente applicati. - Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati ai clienti relativamente all'affidamento extra servizio della terapia sostitutiva. - Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati ai clienti relativamente all'inserimento in comunità.

7	Appropriatezza	<ul style="list-style-type: none"> - Tasso di differenziazione dei trattamenti (% di soggetti nei vari trattamenti – farmacologici sostitutivi, antagonisti ecc., residenziali, semiresidenziali, di supporto psicologico ecc.). - % di soggetti in trattamento farmacologico sostitutivo con dosaggio nel range terapeutico (in grado di assicurare effetto antiastinenziale, eroinabloking e anticraving) da valutare in soggetti con terapia stabilizzata (> 3 mesi) e non in dimissione. - Tempo medio di trattamento in base all'evoluzione del programma. - Tipo e frequenza dei controlli urinari per la verifica dell'assunzione contemporanea di droghe (es. almeno 2 controlli/sett.). - N. di incontri cliente – operatori per la verifica periodica del programma (controlli e riconferme formali), es. almeno 1 al mese. - Grado di integrazione delle terapie farmacologiche con supporto psicologico, sociale, educativo e medico. - Grado di reale guadagno di salute durante il trattamento relativamente a (indicatori di outcome): cessazione dell'uso di sostanze, aumento della qualità della vita, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione delle patologie correlate e delle situazioni devianti (criminalità e prostituzione). <i>* la terapia non può essere considerata adeguata se si continua ad attuare senza alcun guadagno sugli indicatori di outcome.</i> - % di soggetti con criteri di inclusione per trattamenti residenziali non inseriti in comunità (interventi inappropriati). - Grado di aderenza ai controlli urinari. - % di soggetti con affidamento del metadone con morfinurie (o altre sostanze) negative. - % di pazienti con abbandono o allontanamento dal trattamento. - Indice di avanzamento (% soggetti in avanzamento e tempo medio di transito) nel percorso terapeutico ottimale verso forme di risoluzione della tossicodipendenza (primo contatto →%→ terapie intensive →%→ terapie residenziali →%→ reinserimento →%→ risoluzione). 	
8	Efficacia (Grado di salute aggiunta, grado di patologia evitata)	UTILIZZO SOSTANZE D'ABUSO	<ul style="list-style-type: none"> A. % U-Morfinuria positiva ultimi 30gg., 3m., 6m., B. % U- Altre sostanze (anfetamine, cocaina, THC, BDZ ecc.) C. abuso alcolico come compensazione alla sospensione uso di eroina (% alcolurie pos.) D. % U - Metadone positiva E. numero di ricadute a 12 m.
		GRADO DI PERFORMANCE (personale e sociale)	<ul style="list-style-type: none"> A. Grado di istruzione B. Grado di professionalità (abilità specifiche). C. Grado di Social conformità. D. Grado di compenso psichico. E. Capacità produttiva reale (capacità di assicurarsi un reddito utile mediante attività lecite). F. Presenza attività lavorativa (occupazione). G. Dimensione della qualità della rete sociale. H. Numero di episodi di conflittualità familiare ultimi 3 m.. I. Numero di attività sociali positive (modello SSAS). J. Abilità preventive
		QUALITÀ DI VITA (QL)	<ul style="list-style-type: none"> A. QL percepita B. QL clinical status related C. QL social status related

		INCIDENZA PATOLOGIE CORRELATE	<p>A. Presenza patologie infettive (HIV, HBV, HCV, MTS, TBC).</p> <p>B. Numero di episodi di overdose ultimi 3m..</p> <p>C. Presenza/ intensità sintomi psichiatrici.</p> <p>D. Livello di conoscenza, percezione del rischio, attitudine al rischio, abilità preventive anti HIV (siringa, profilattico) e overdose.</p> <p>E. Numero di episodi di attività criminale che hanno dato origine ad azioni delle Forze dell'Ordine ultimi 3m..</p> <p>F. Presenza di attività di prostituzione.</p>
--	--	-------------------------------------	--

*NOTA IMPORTANTE - La valutazione dell'efficacia dei trattamenti deve essere eseguita prendendo in considerazione due principali dimensioni: grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata conseguenti agli interventi, valutati come **scostamenti** da una situazione iniziale preintervento. La valutazione può essere eseguita su pazienti in trattamento stabilizzato (da almeno 60 giorni) e valutando quindi lo scostamento tra la condizione di salute all'entrata (t1) e dopo un tempo standard di osservazione (t2) che potrà essere 3 – 6 – 9 – 12 mesi. Questo modello valuta quindi lo scostamento tra t1 e t2 e prende in considerazione gli esiti del trattamento fino a quando il paziente resta in carico e all'interno del percorso terapeutico. Per la valutazione di follow up post trattamento si possono utilizzare gli stessi indicatori ma attribuendo un significato diverso alla valutazione relativamente al nesso di causalità esistente con il trattamento una volta che è stato sospeso e che il paziente è ritornato nell'ambiente di vita senza ulteriori supporti. A questo proposito rimandiamo all'articolo specifico.*

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
9	Efficienza e Tempestività	<p>Ser.T:</p> <p>Efficienza produttiva (o tecnica)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volume prestazionale in relazione alle risorse. - Densità prestazionale media su singolo paziente per tipologia di prestazione (medica, psicologica, sociale ecc.). - gg totali di assistenza/costo globale grezzo U.O.. <p>Efficienza allocativa (o esterna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grado di evasione della domanda non urgente (n. clienti richiedenti/n. di clienti accolti a 10 gg, 30 gg, 60 gg dalla domanda). - Grado di evasione della domanda urgente (n. clienti richiedenti/n. di clienti accolti a 24 ore, 48 ore, 72 ore dalla domanda). - Grado di soddisfazione dei bisogni (n. clienti attesi/n. clienti osservati). - N. di soggetti TD stimati sul territorio/n. soggetti TD in carico. <p>Tempestività</p> <ul style="list-style-type: none"> - tempi di attesa
		<p>Comunità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempi di attesa. - Tempo medio di residenzialità – carico/cliente. - Indice di occupazione (% di posti occupati nell'anno su totale disponibile). - Indice di rotazione (n. medio di persone residenti per posto disponibile/aa). - Indice di turnover (n. di gg trascorsi tra una dimissione di un cliente ed una successiva ammissione di un altro cliente).

10	Continuità assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - N. di soggetti che abbandonano i trattamenti. - % di dimissioni programmate sul totale delle dimissioni. - Tempo trascorso tra la prescrizione e l'erogazione della prestazione. - Esistenza di procedure e modulistica strutturata per il trasferimento delle informazioni cliniche nel caso di trasferimento dei pazienti tra le varie unità operative (pronta accoglienza – Ser.T – Comunità ecc.). - Tempo medio di trasmissione delle informazioni.
----	---------------------------------	--

Qualità, indicatori e standard di riferimento

Una volta definiti gli indicatori vi è la necessità di concordare sugli standard che essi dovrebbero avere al fine di considerare le varie dimensioni ricadenti all'interno di un range "di qualità". Tale definizione può avvenire in vari modi, sia attraverso una definizione "a tavolino" sulla base dell'evidenze scientifiche e dei prerequisiti richiesti dagli enti programmatori/regolatori preposti alla definizione e controllo del sistema, sia attraverso negoziazioni tra questi e le U.O. erogatrici.

Un altro metodo è quello di utilizzare i Delta System (vedi articolo successivo) che individuano la media regionale di tali indicatori (calcolata su U.O. omogenee e in modo standardizzato) e che diventa così punto di confronto attorno al quale calcolare gli scostamenti delle singole U.O.. Così facendo saremo in grado di definire il "profilo medio" sulla base del contributo di tutte le U.O., che potrà essere utilizzato come "profilo di qualità attesa" da confrontare con quello "osservato" dalla singola U.O. (autovalutazione e autocorrezione) al fine di capirne gli scostamenti e poter attuare, se necessario, gli opportuni interventi correttivi.

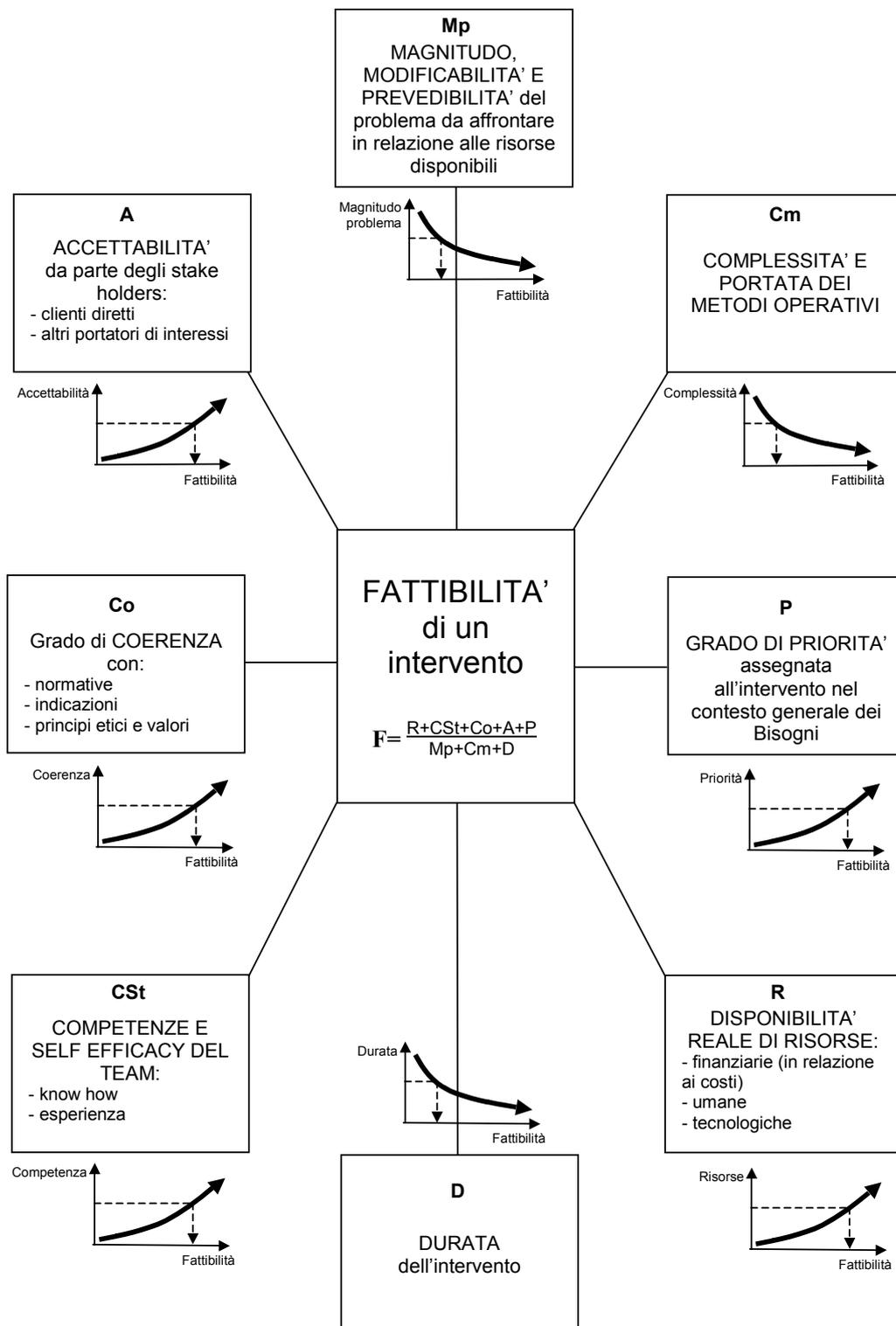
Gli enti preposti alla programmazione, con questi strumenti, sono in grado di governare meglio la qualità nell'intero sistema, potendola realmente osservare e soprattutto comparare le diverse realtà, cogliendone la diversità.

Fattibilità e qualità

Un altro importante fattore collegato alla qualità degli interventi è il loro grado di reale fattibilità. Essa infatti molto spesso è in grado di condizionare la qualità stessa degli interventi che per poter essere eseguiti devono fare in conti anche con le condizioni contingenti e le risorse disponibili.

"La qualità costa" è uno slogan molto vero e spesso questo "costo" (o molto più precisamente questo "insieme di costi" non solo finanziari) è in grado di condizionare molto fortemente la realizzabilità delle nostre aspettative. L'argomento verrà trattato più approfonditamente negli articoli successivi, a cui si rimanda, ma nel frattempo risulta utile avere almeno un inquadramento generale dei principali fattori determinanti la fattibilità degli interventi.

Fig. 4: Principali fattori determinanti la fattibilità di un intervento

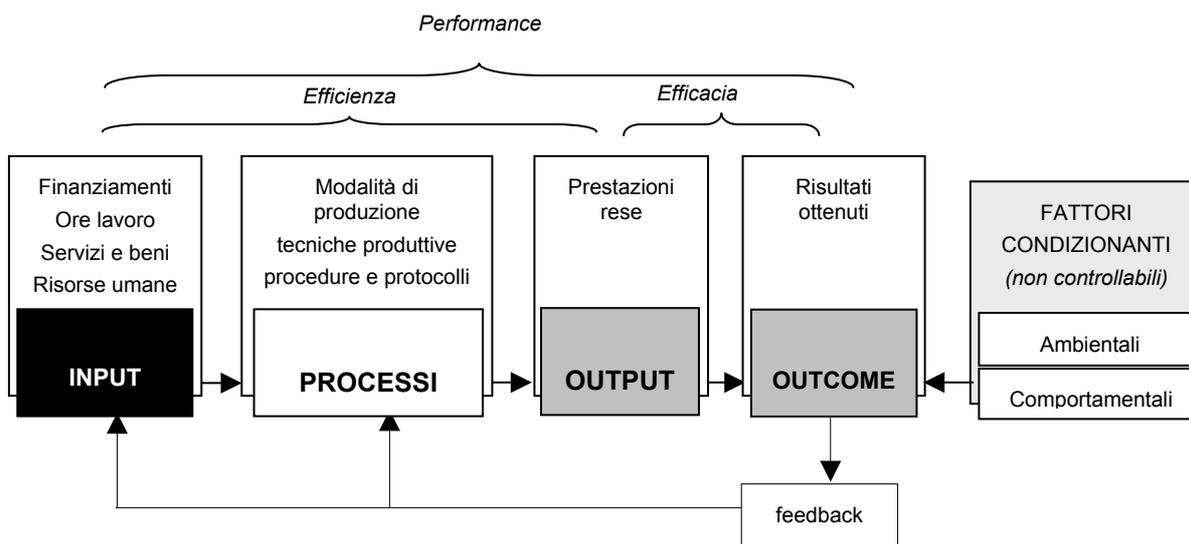


Altri concetti base

Con i termini “valutazione quality oriented” applicato alla problematica della tossicodipendenza, possiamo intendere la misurazione di una serie di variabili utilizzabili anche come indicatori per i sistemi TQM. Queste variabili dovrebbero essere in grado di rappresentare ed evidenziare il grado di soddisfazione dei bisogni (preventivi, terapeutici e riabilitativi) e le domanda dei pazienti, le prestazioni erogate (output) e gli esiti raggiunti (outcome). Dovrebbero inoltre essere ottenute in relazione ad obiettivi socio-sanitari completi, predefiniti e non autoreferenziali.

L'applicazione di questo concetto non può essere disgiunto quindi da una costante e contemporanea attenzione alle risorse impiegate (input), all'efficienza ed alla correttezza scientifica ed all'appropriatezza delle metodologie produttive impiegate (processi), ai risultati in termini di prestazioni erogate (output) ed agli esiti dei trattamenti (outcome)

Fig. 5: Il processo produttivo per l'erogazione del servizio inteso come catena del valore



Efficacia

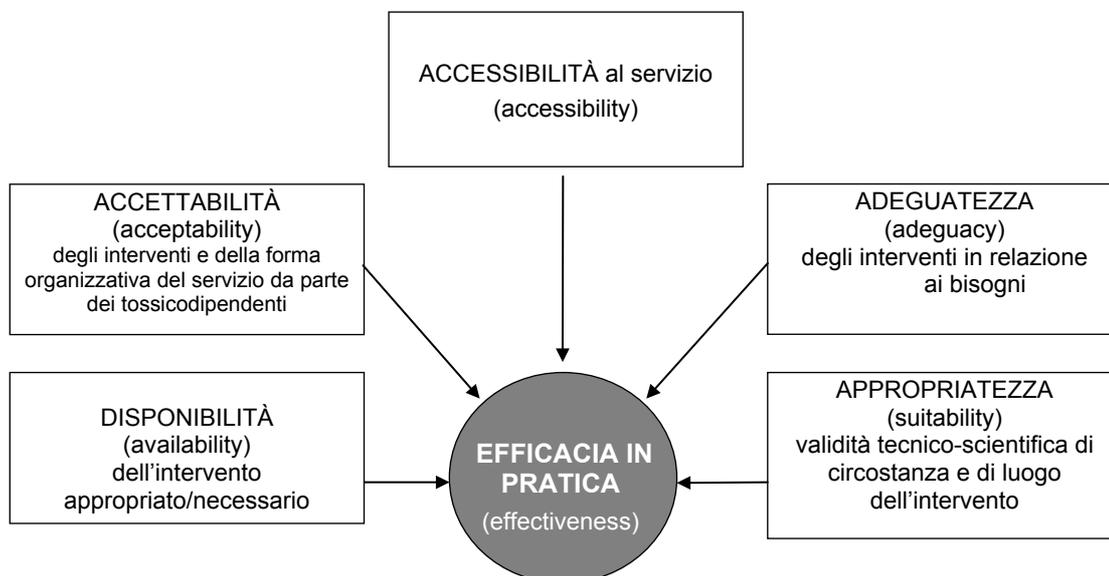
Con il termine “Efficacia” si intende la capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di:

1. grado di patologia evitata (efficacia preventiva);
2. grado di salute aggiunta (rispetto alle condizioni iniziali pre trattamento) dei pazienti assistiti.

In altre parole l'efficacia è il rapporto esistente tra risultati ottenuti (outcome) e prestazioni erogate (output) al fine di ottenere tali risultati.

Va annotata la differenza tra “efficacy” e cioè l'efficacia teorica e “effectiveness” e cioè l'efficacia ottenibile durante la normale pratica clinica, definita anche efficacia in pratica cioè misurata in condizioni reali.

Fig. 6: Fattori che influenzano l'efficacia in pratica



Efficienza

Con il termine “Efficienza” invece si deve intendere la capacità di una organizzazione di produrre prestazioni al fine di arrivare al risultato migliore in termine di salute aggiunta e/o patologie evitate dei pazienti assistiti. In altre parole l'efficienza si può definire anche la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi al minor costo ⁽¹⁾.

L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impiegate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghe situazioni.

Vanno inoltre distinte “l'efficienza produttiva” e “l'efficienza allocativa”. La prima riguarda propriamente il rapporto tra risorse impiegate e le prestazioni erogate e rappresenta quindi una proprietà “interna” dell'organizzazione. La seconda è invece il grado di risposta ai bisogni con le prestazioni erogate e rappresenta quindi una proprietà “esterna” dell'organizzazione.

Performance

Sia l'efficacia che l'efficienza sono dimensioni che costituiscono la “performance generale” delle unità operative.

Con il termine “Performance” si intende quindi il rendimento cioè la capacità di funzionamento di una organizzazione valutata contestualmente sulla base dei risultati ottenuti (outcome) a fronte delle risorse impiegate per ottenere tali risultati (input). La performance pertanto è il rapporto outcome/input.

Servizio

Con il termine “Servizio” sanitario possiamo intendere tutto ciò che l'organizzazione rispetto alla sua missione operativa è in grado di erogare valutato sulle sue tre dimensioni principali:

volume (numero di prestazioni standard eseguite), case mix (numero e tipo di pazienti e di

patologie trattate), qualità (efficienza ed efficacia di produzione dal punto di vista clinico, appropriatezza del processo di produzione assistenziale e conseguimento di esiti positivi).

Costo delle risorse

Il costo delle risorse è ricavabile dal rapporto tra la spesa di acquisto e le risorse stesse. I costi risorse (input) possono essere sostenuti da vari elementi: risorse umane (personale), beni, servizi ecc. e quant'altro collegato al mantenimento e al funzionamento della struttura produttiva. Questi elementi determinano i costi produttivi di base che a loro volta determineranno i costi delle prestazioni.

Costo delle prestazioni

Il costo delle prestazioni si ricava dal rapporto tra il costo delle risorse utilizzate per la loro produzione e il numero (e tipo) di prestazioni rese. Il costo delle prestazioni risente fortemente dell'efficienza del servizio produttore e quindi del rapporto output/input che si riesce ad ottenere.

Costo dei risultati (salute aggiunta)

Il costo dei risultati (salute aggiunta) si ricava dal rapporto tra il costo delle risorse utilizzate e i risultati ottenuti (outcome).

Tab. 4: principali definizioni

Efficienza	Output/input
Efficacia	Outcome/output
Performance	Outcome/input
Costo delle prestazioni	Costo dell'input/output
Costo dei risultati	Costo dell'input/outcome

Valutazione clinica e caratteristiche degli indicatori nella dipendenza da sostanze psicoattive

La "valutazione", per il dirigente che si occupa di una unità organizzativa per le tossicodipendenze, può avvenire in due principali ambiti: l'ambito clinico e cioè quello relativo alla persona su cui si espletano determinate attività in relazione al suo stato di salute, e l'ambito organizzativo-produttivo e cioè in relazione con l'unità operativa che eroga il servizio.

La "valutazione clinica" va intesa come un complesso processo finalizzato a raccogliere dati sulla persona e sul suo ambiente di vita, al fine di ricavarne informazioni utili ai processi decisionali in ambito preventivo, terapeutico e/o riabilitativo. Per fare questo l'operatore si avvale di una serie di metodologie, strumenti, indagini più o meno complesse e riferimenti nosologici condivisi.

La "valutazione clinica" ha varie finalità e sulla base di queste si possono distinguere diversi ambiti di valutazione, all'interno dei quali si utilizzano diversi processi ed indicatori.

I quattro principali ambiti sono: la valutazione "diagnostica", "prognostica", "di efficacia (outcome)" dei trattamenti e "di efficienza tecnico-funzionale" dove l'oggetto di valutazione sono i vari processi diagnostici e terapeutici utilizzati.

Risulta utile ed indispensabile chiarire le diversità esistenti tra i vari tipi di ambiti, in quanto molto spesso essi si confondono e, nella definizione dei sistemi di valutazione, si generano notevoli incomprensioni e disguidi, confondendo soprattutto indicatori prognostici con indicatori

di risultato/efficacia. Questo porta l'operatore ad utilizzare erroneamente e maggiormente, per valutare l'esito dei suoi trattamenti, "giudizi di probabilità" e non dati di evidenza e in quanto tali oggettivabili.

La variazione dei fattori di mantenimento o cambiamento (soprattutto in ambito psicologico) viene infatti spesso erroneamente interpretata come "guadagno terapeutico" indipendentemente dai comportamenti oggettivabili, in quanto questi fattori sono confusivamente ritenuti indicatori di esito e non prognostici quali invece essi sono. Per meglio comprendere questo concetto si rimanda avanti al paragrafo sul modello eziopatogenetico.

La tabella 3 riporta schematicamente questi concetti e le principali metodologie utilizzate nei tre tipi di valutazione.

Tab. 5: ambiti, finalità e principali indicatori nella valutazione clinica

VALUTAZIONE		FINALITÀ GENERALI	PRINCIPALI INDICATORI
AMBITO	TIPO		
DIAGNOSTICA	Classificazione (labeling)	Inquadrare in categorie nosologiche predefinite standard.	- Segni, sintomi, dati laboratoristici e strumentali, comportamenti, ecc.
	Stadiazione	Comprendere lo "stato" di gravità e graduare su una scala di riferimento (implicita od esplicita).	- Segni, sintomi, dati laboratoristici e strumentali, comportamenti, ecc.
PROGNOSTICA	Di fattibilità degli interventi	Comprendere le possibilità di eseguire trattamenti opportuni, di possibile successo e di mantenere nel tempo tali terapie in relazione alle caratteristiche del paziente e del suo ambiente.	- Tipo e gravità della situazione patologica - Risorse interne utilizzabili - Risorse esterne utilizzabili
	Di futuro esito	Comprendere la possibile evoluzione e le conseguenze sulla sopravvivenza, la funzionalità e la qualità di vita. (Quod vita, quod valitudine). Questa valutazione viene anche definita il "giudizio di probabilità".	- Tipo e gravità della situazione patologica - Risorse interne utilizzabili - Risorse esterne utilizzabili - Fattori di cambiamento e/o di mantenimento della patologia (resistenze e limiti)
DI EFFICACIA	Di risultato sul cliente	Comprendere l'effetto e l'utilità degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi sul singolo in termini di salute aggiunta e patologia evitata.	- Tempo di sopravvivenza comparato - Grado di funzionalità aggiunta (Δ) - Abilità preventive (grado di patologia evitata) (Δ) - Qualità di vita aggiunta - Customer satisfaction
	Di impatto sul fenomeno	Comprendere le variazioni epidemiologiche sull'insieme della popolazione interessata.	- Misure di Incidenza e prevalenza
DI EFFICIENZA	Di costo	Comprendere e comparare i costi economici, umani e sociali delle indagini diagnostiche e dei vari trattamenti.	- Costi diretti - Costi indiretti - Costi comparati

VALUTAZIONE		FINALITÀ GENERALI	PRINCIPALI INDICATORI
AMBITO	TIPO		
	Di tempo	Comprendere e comparare i tempi medi di attesa, erogazione e valutazione.	- Tempi medi comparati
	Di soddisfazione	Comprendere il grado di soddisfazione prodotto sul cliente e sullo staff.	- Customer satisfaction - staff satisfaction
	Di validità tecnico scientifica	Comprendere e comparare il grado di definizione diagnostica, la reale capacità terapeutica ecc., e la dispendiosità dei processi utilizzati in relazione alla capacità predittiva, ai benefici ottenuti, ecc.	- rapp. Costo/beneficio

La valutazione in ambito clinico quindi può riguardare diversi aspetti in base alle finalità e all'utilizzo delle informazioni provenienti dalla sua applicazione. L'operatore a contatto con il cliente ha fundamentalmente bisogno in maniera contemporanea di tre tipi principali di valutazione:

- in ambito "diagnostico" (inteso più come problem assessment che labeling nosologico) al fine di individuare e conoscere i problemi del cliente;
- in ambito "prognostico" al fine di stimare l'evoluzione, la possibile risposta alle terapie ma soprattutto le risorse attivabili e i fattori che giocano contro la guarigione;
- in ambito "di esito" (efficacia) e cioè di comprensione degli effetti realmente prodotti con gli interventi.

Indicatori

Con il termine "Indicatore sanitario" applicato al campo della gestione ed organizzazione, dobbiamo intendere tutte quelle variabili (semplici o complesse) in grado di misurare quantitativamente (direttamente od indirettamente) ed in maniera affidabile (valida) un fenomeno oggetto di osservazione ed i suoi cambiamenti, dando una rappresentazione sintetica utile ai processi decisionali.

Gli indicatori possono essere di vario tipo e soprattutto utilizzati a diversi livelli di operatività (centrale, regionale, periferico) ed in diversi ambiti funzionali (allocazione, programmazione/organizzazione, gestione) od applicati come nel nostro caso, ad ambiti e a problematiche specifiche (vedi tabella 5).

La tabella 6 riporta una sintetica classificazione dei principali tipi di indicatori sanitari in base ad ambiti di problematiche ed alle dimensioni dell'assistenza sanitaria

Gli indicatori possono essere classificati in diverse maniere in base alla relazione con l'oggetto di misurazione, all'ambito di attività ed all'applicazione ed alla relazione con il processo di programmazione. La tabella successiva presenta una più dettagliata descrizione di essi.

Tab. 6: Tipi di valutazione in ambito operativo

TIPO DI VALUTAZIONE	FINALITÀ ED UTILITÀ	METODOLOGIA
DIAGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> Finalizzata all'individuazione e comprensione dei problemi per i quali è necessario un intervento o un controllo nel tempo. Necessaria per <i>iniziare</i> un intervento ed impostare il management. 	<p>Analisi PROBLEM ORIENTED ed individuazione delle deviazioni dagli STD.</p> <p>Labeling entro classificazioni condivise e predefinite.</p>
PROGNOSTICA	<ul style="list-style-type: none"> Finalizzata alla previsione ex-ante degli esiti della malattia e della cura (risposta alle terapie). Necessaria per <i>scegliere</i> l'intervento e il management a più alta probabilità di successo in base alla situazione contingente rilevata all'inizio (gravità della situazione e risorse attivabili). 	<p>Analisi delle risorse (fatt. prognostici positivi) e dei fattori condizionanti negativi (fatt. prognostici negativi).</p> <p>Classificazione e stadiazione di gravità ex-ante.</p>
DI EFFICACIA (OUTCOME)	<ul style="list-style-type: none"> Finalizzata ad evidenziare il grado di salute aggiunta e/o di patologia evitata (riduzione del rischio) in seguito ad un intervento. Necessaria per i feedback correttivi. Necessaria per <i>continuare</i> un intervento. 	<p>Analisi degli SCOSTAMENTI PRE - POST trattamento del grado di salute e del rischio di patologia.</p> <p>Comparazione con situazioni di riferimento STD (esterna) o con situazioni precedenti del soggetto o del gruppo di soggetti in esame (interna).</p>

Tab. 7: Caratteristiche principali qualificanti un indicatore per poter essere definito come "indicatore socio-sanitario"

N	CARATTERISTICHE DELL'INDICATORE	SPECIFICHE
1	QUANTITATIVO	In grado di rappresentare il fenomeno attraverso numeri semplici o punteggi complessi
2	VALIDO	Realmente rappresentativo del fenomeno che si vuole monitorare
3	SINTETICO	Semplice nella rappresentazione ed espressione "ridotta" (non riduttiva) di una realtà complessa
4	RIPRODUCIBILE	Preciso, affidabile, con minima variabilità inter ed intra operatore

5	FACILMENTE OTTENIBILE	Di facile rilevabilità da dati disponibili, elaborazione, comprensione ed economicità
6	FINALIZZATO	Realmente utile ai processi decisionali e di valutazione
7	SENSIBILE E SPECIFICO	In grado di cogliere le variazioni di stato, con bassa presenza di false positività e false negatività
8	RAGIONEVOLE E CONGRUENTE	Con forte razionale e giustificazioni logiche del suo utilizzo relativamente alle problematiche su cui viene applicato, identificato con assunti teorici giustificabili, ragionevoli e congruenti con le conoscenze scientifiche
9	COMPRESIBILE	Di facile interpretazione ed alta fruibilità informativa, con componenti chiare e definite (es. numeratore e denominatore)

Tab. 8: Criteri per la classificazione degli indicatori sanitari

IN BASE A	TIPI	SPECIFICHE
1. <i>Relazione con l'oggetto di misurazione</i>	ind. DIRETTI: ind. PROXY	direttamente correlati al fenomeno da rappresentare indirettamente in relazione con il fenomeno da rappresentare.
2. <i>Ambito di attività ed applicazione</i>	ind. DESCRITTIVI/ FORMATIVI ind. di VALUTAZIONE ind. di PROBLEMA ind. PREDITTIVI	descrivono il sistema e le sue variazioni nel tempo per comprendere se ed in che misura si sono raggiunti gli obiettivi prefissati mediante analisi dei trend specifici su aree di cruciale importanza in grado di predire l'andamento nel tempo dei fenomeni, finalizzati soprattutto alle previsioni mediante analisi dei trend.
3. <i>Relazione con il processo di programmazione</i>	Ind. di INPUT ind. di PROCESSO ind. di ESITO	descrivono le "risorse intese non solo come strutture e personale ma anche come esistenza di protocolli assistenziali prefissati (organizzazione) descrivono le attività di trasformazione input-output, le fasi della realizzazione del prodotto ed il consumo delle risorse a. ind. di OUTPUT: in grado di fornire una valutazione "economica" del prodotto (prestazioni, tempi, costi...) b. ind. di OUTCOME: in grado di fornire una valutazione "sanitaria" degli esiti, cioè l'impatto sullo stato di salute.

IL MANAGED CARE MODEL (MCM)

Premesse: dai modelli operativi impliciti a quelli espliciti

Le varie equipe dei Ser.T e delle Comunità Terapeutiche, al pari di altre unità operative, utilizza modelli operativi durante le attività assistenziali, derivanti dalla competenza e dalla professionalità delle varie figure presenti nel suo interno. I processi diagnostici, quelli prognostici e di decision making sono costantemente presenti all'interno dell'operatività dell'equipe siano essi espliciti e messi all'interno di formali protocolli, linee guida e procedure, siano essi esistenti solo nella testa dei singoli operatori.

Questi processi sono la base condizionante gli interventi a cui, "volenti o nolenti", gli operatori fanno riferimento costantemente. Esiste quindi una serie di modelli culturali e professionali (spesso diversi da operatore ad operatore) che avrebbero la forte necessità di essere coordinati, controllati e gestiti in quanto elementi fondamentali nella produzione del "servizio" all'utenza e nel condizionare il rapporto terapeutico.

È chiaro che per poter gestire questi processi è indispensabile che essi siano "visibili" ed intelleggibili e quindi esplicitati in forme consone a permetterne la comprensione e quindi il controllo. Di pari importanza e inscindibilmente collegata è la esplicitazione dei modelli di riferimento tecnico scientifico ed interpretativo del fenomeno su cui si riversa l'intervento, attraverso una dettagliata analisi di ciò che l'operatore considera importante, per esempio, come indicatori diagnostici, come esso gradua in gravità le situazioni riscontrate per i vari pazienti, come interpreta in termini prognostici gli indicatori rilevati e soprattutto quali criteri utilizza nel prendere le decisioni. Anche quando l'operatore non sembrerebbe utilizzare alcun criterio in realtà lo fa ricorrendo magari a modelli basati su tutt'altro che oggettività ed evidenza scientifica. Quello quindi che più interessa ai fini del "management dei processi clinici" è la conoscenza e l'analisi formale di come l'operatore procede mentalmente (e su quali basi decide) durante le attività assistenziali.

Il primo passo quindi per la costruzione di "modelli clinici gestiti" (intesi come controllabili) è l'esplicitazione dei modelli, dei processi e dei criteri utilizzati dagli operatori. La figura 4 sottolinea e chiarisce questo prerequisito fondamentale per arrivare ad un vero controllo di qualità delle attività cliniche.

In altre parole adottare questa modalità di procedere vuol dire passare dai modelli operativi impliciti a quelli espliciti attraverso un lavoro di analisi e formalizzazione che utilizza le tecniche del TQM per raggiungere lo scopo.

Gli operatori e la necessità di nuovi modelli di management clinico

Risulta evidente che nell'analisi preliminare delle componenti del sistema è necessario focalizzare l'attenzione anche sugli operatori che dovranno in qualche modo integrare la loro professionalità acquisendo una nuova cultura di "assessment e management clinico ed organizzativo" che fino ad ora non è stata loro patrimonio.

Con il termine "management clinico", applicato all'ambito dell'assistenza ai tossicodipendenti, si deve intendere una particolare modalità di operare che congiunge gli aspetti tecnico-scientifici dell'assistenza clinica a quelli gestionali organizzativi, al fine di affrontare contemporaneamente e risolvere specifici problemi con efficacia ed efficienza.

Può essere considerato anche l'insieme delle azioni tese a condurre, gestire, controllare e risolvere una situazione clinica complessa in un sistema "quality oriented" con costante e contemporanea attenzione quindi ai risultati ottenuti in relazione ai processi ed alle risorse impiegate.

Il "management clinico" però, per poter essere definito tale, deve possedere alcune caratteristiche e cioè: visione sistemica, contingente e processuale "dell'organizzazione Dipartimentale", orientamento scientifico applicato ai processi decisionali, cultura gestionale

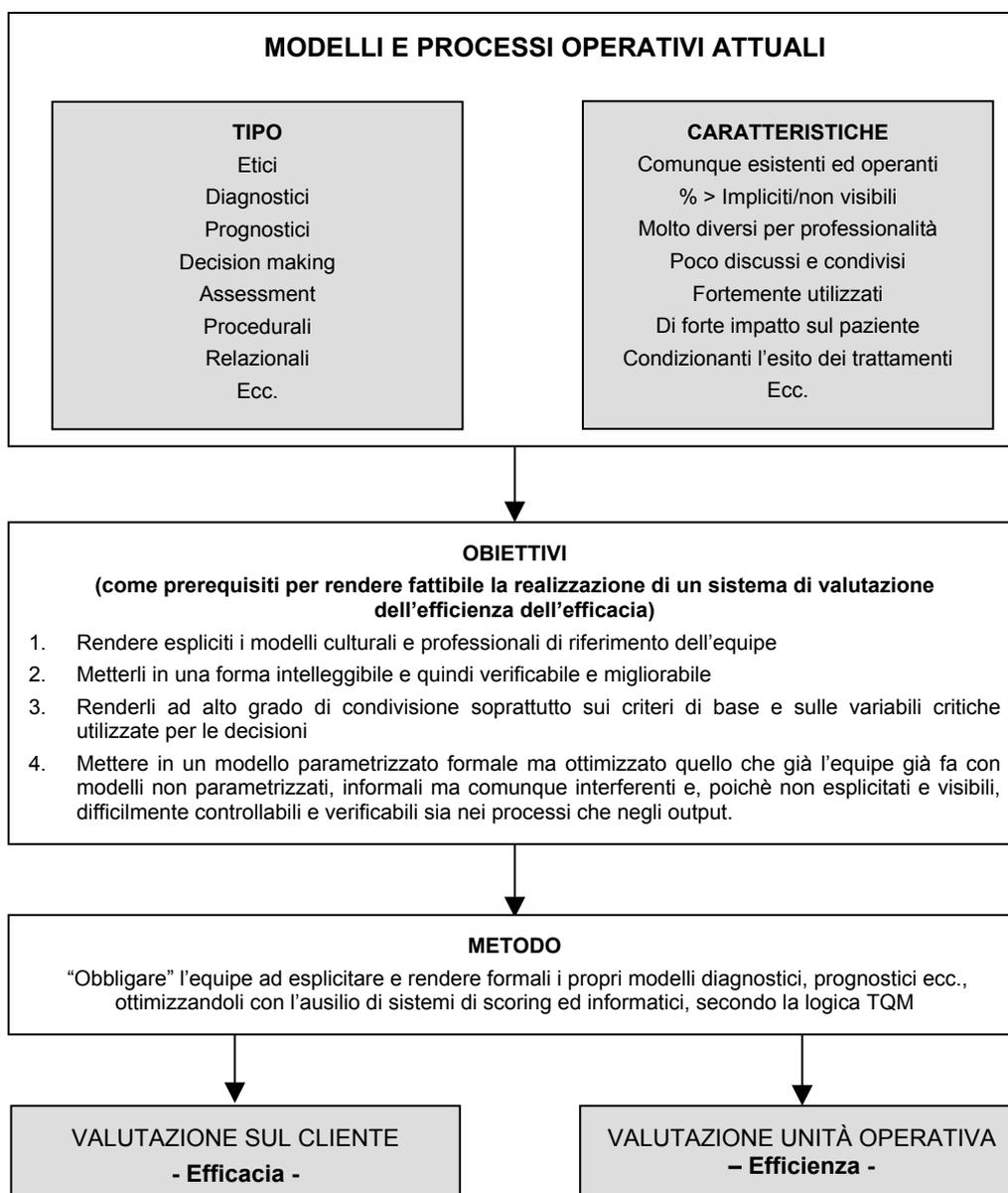
orientata al TQM, utilizzo delle scienze dell'organizzazione e della modellistica, delle tecniche di problem solving e decision making.

Il "management organizzativo" invece é la capacità di ottenere che persone con ruoli e professionalità diverse operino insieme per ottenere concretamente i risultati desiderati. Questo tipo di management riguarda quindi più le modalità di conduzione dello staff e l'utilizzo e gestione delle risorse.

Il comportamento del manager in ambito organizzativo invece, volto a guidare e coinvolgere le persone utilizzando autorevolezza ed autorità, viene definito "leadership".

Il nostro impegno futuro dovrà essere quello di sviluppare un modello per definire moderni sistemi di assessment e management clinico ed organizzativo che siano in grado di fornire soluzioni pratiche e scientificamente orientate nel campo delle tossicodipendenze.

Fig. 7: Il controllo di gestione dei processi clinici (dai modelli e processi impliciti a quelli espliciti)



Definizione di Managed Care Model (MCM)

L'MCM si può definire come un modello comportamentale in ambito professionale che attua le attività di prevenzione, cura e riabilitazione con una costante e contemporanea verifica delle risorse impiegate, delle prestazioni erogate, delle metodologie, degli esiti dei trattamenti e dei costi, provvedendo alla ottimizzazione della metodologia clinica sulla base dei risultati di queste verifiche. L'MCM applica le metodologie del TQM alla gestione clinica del paziente e si esplica nel rispetto dei criteri riportati nella tabella successiva.

Tab. 9: Criteri per l'MCM

N	L'MCM SI DEFINISCE SULLA BASE DELLA PRESENZA DELLE SEGUENTI CARATTERISTICHE
1	Procedure operative esplicite e formalizzate in algoritmi WDW
2	Protocolli diagnostico-terapeutici dettagliati esplici e verificabili
3	Modelli clinici integrati con sistemi e procedure per la raccolta dati, finalizzata alla valutazione dell'output e dell'outcome
4	Controllo delle prestazioni (output) "multilink": prestazione-paziente-operatore-costi
5	Possibilità di collegare l'output all'outcome
6	Sistema per controllo dei costi e dei benefici diretti
7	Valutazione integrata e ponderata sui costi in relazione anche ai beni intangibili (vita, affetti, sofferenza, ecc).
8	Ridefinizione dei processi e protocolli diagnostici e terapeutici sulla base della valutazione dell'outcome
9	Orientamento pragmatico e scientifico (evidence based)

Fig. 8: TQM e conseguenze sulle attività cliniche

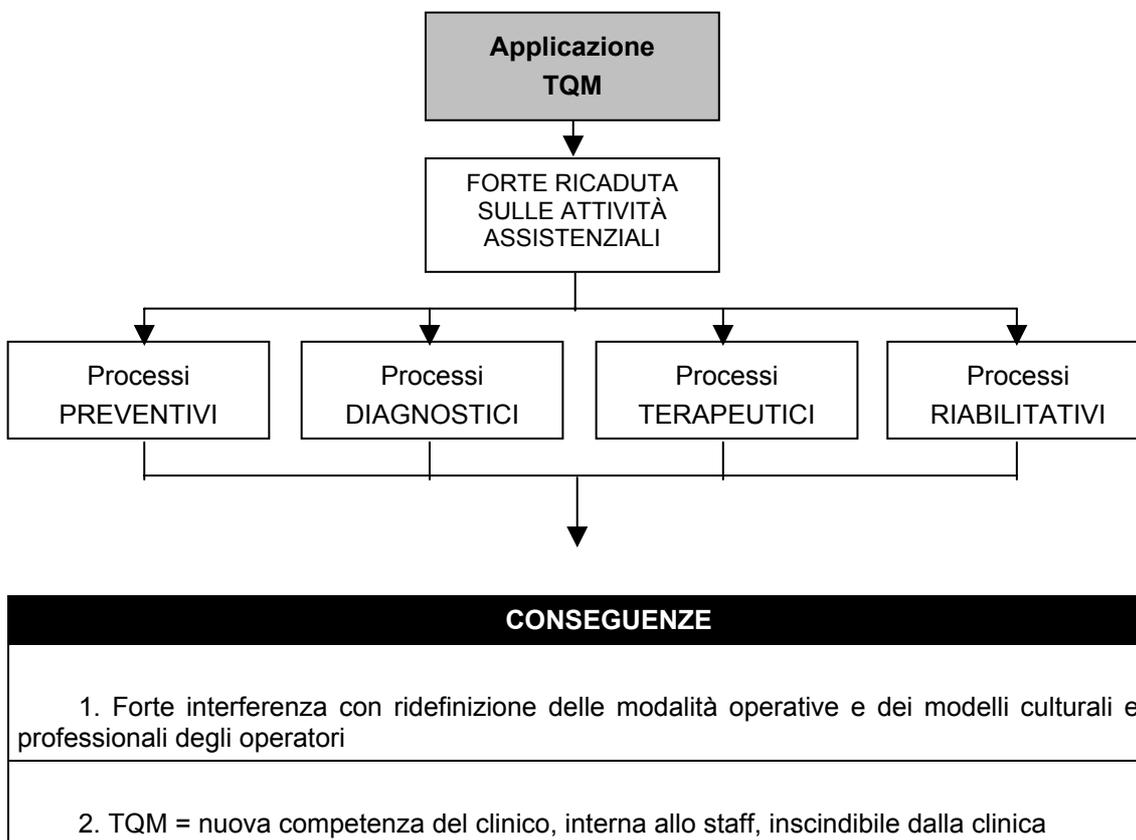
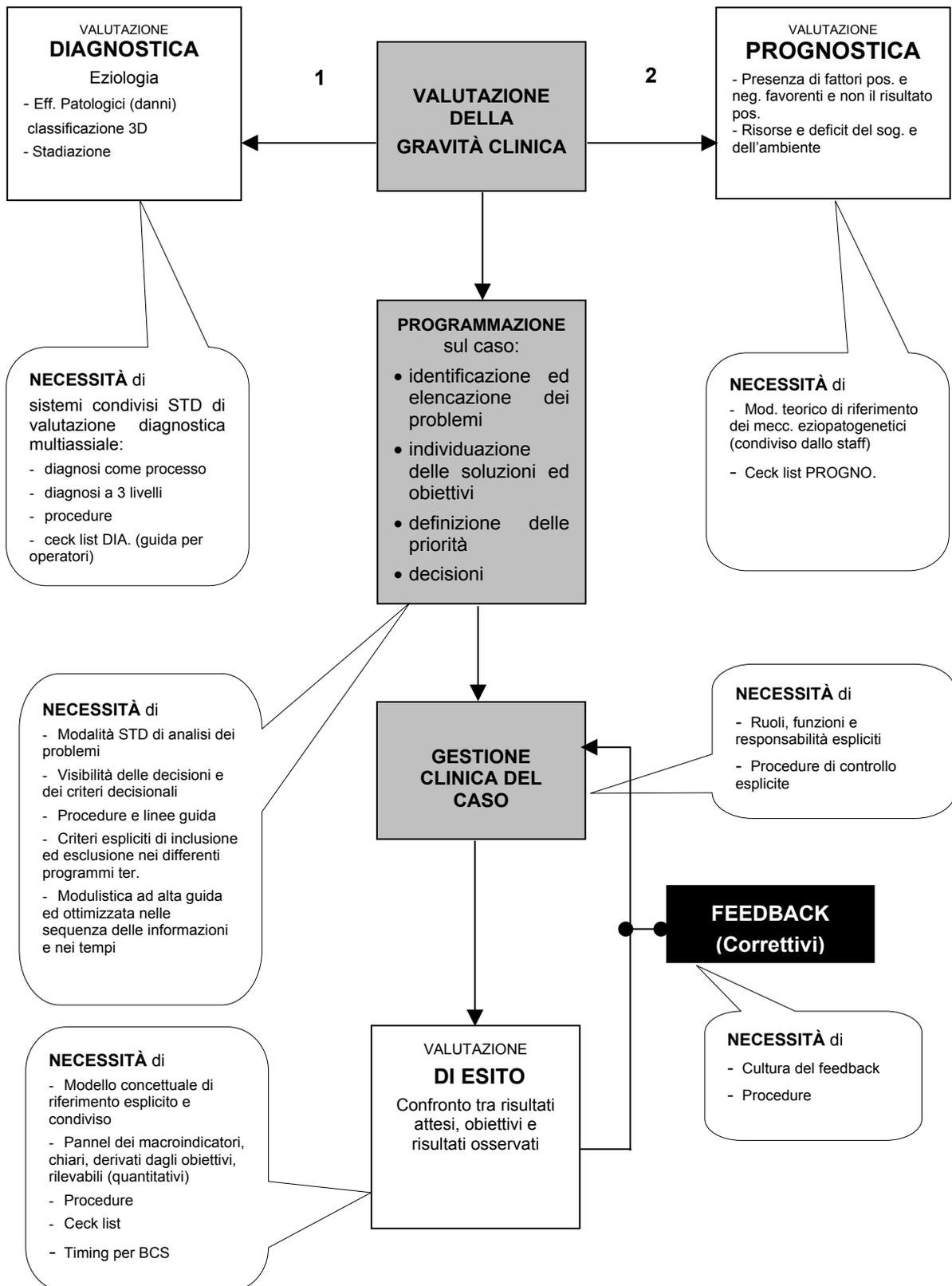


Fig. 9: Processo clinico, MCM e necessità per lo sviluppo



Tab. 10: Nuovi modelli di management clinico (schede di sintesi)

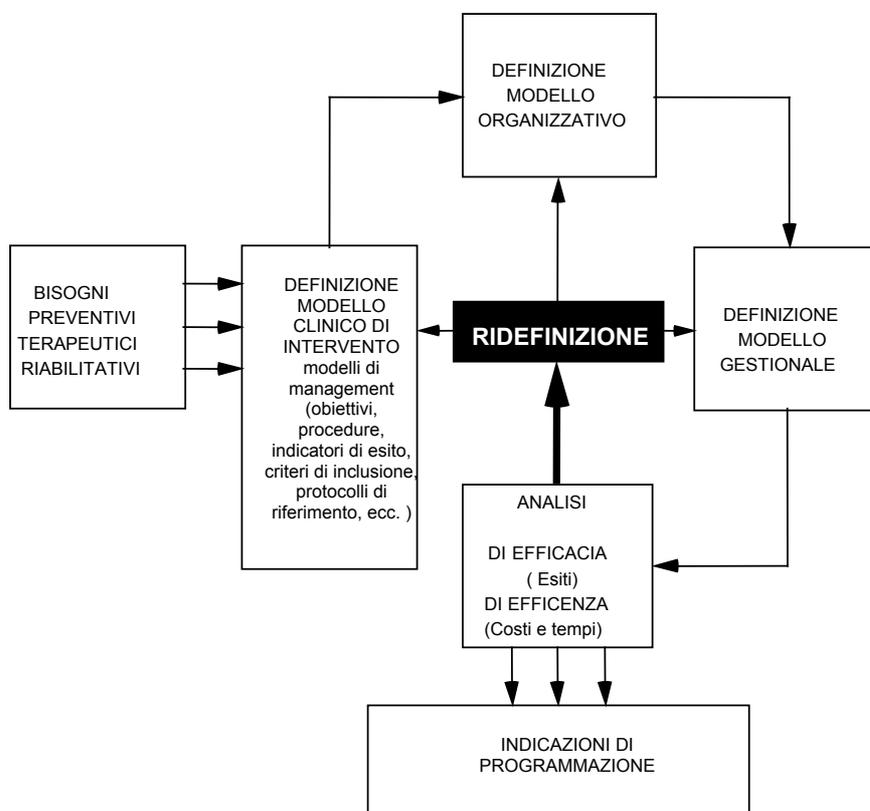
1	DEFINIZIONE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ASSESSMENT E MANAGEMENT CLINICO
	<p>A. Identificare quali azioni (diagnostiche e terapeutiche) siano realmente utili nella conduzione clinica del paziente e cioè in grado di produrre esiti efficaci, nel far aumentare il tempo di sopravvivenza, diminuire il tasso di letalità e di morbidità, aumentare la qualità di vita e le performance. Tutto questo al fine di "selezionare" una gamma di interventi e di prestazioni da erogare realmente valutati nella loro efficacia e non autoreferenziali.</p> <p>B. Definire quali e quanti indicatori ed informazioni raccolte vengono poi realmente usate nelle decisioni operative.</p> <p>C. Definire quanto e come è ottimizzabile la raccolta ed esposizione dei dati dei pazienti al fine decisionale durante le riunioni di équipe.</p> <p>D. Chiarire in che modo e con quali strumenti si può arrivare ad un sistema di assessment standard (STD) che permetta una valutazione di base (1° livello), minimale, rapida e condivisa.</p> <p>E. Definire il timing di assessment STD periodico (ogni 3 - 6) mesi al fine di formulare un Bilancio Clinico Standardizzato (BCS) sui pazienti in carico che permetta di costruire valutazioni utili ai processi gestionali ed interpretativi del fenomeno.</p> <p>F. per arrivare a questo é necessario che l'équipe acquisisca le seguenti abilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ parlare lo stesso linguaggio diagnostico ◆ disporre di procedure di valutazione STD ◆ ottimizzare e ridurre i tempi di valutazione e discussione ◆ definire il modello interpretativo della patologia a cui l'équipe fa riferimento (vision) ◆ definire gli obiettivi e il termine temporale in cui possono essere raggiunti (mission) ◆ definire il concetto di "fattibilità" e "soglia" degli interventi in base alle caratteristiche del paziente ◆ definire il modello di management clinico (sequenza delle azioni, schemi e punti di valutazione, strumenti, modalità di presentazione) e le priorità di intervento ◆ definire le fasce – tipologie di pazienti in base al livello di fattibilità e relativi interventi possibili ◆ definire i criteri decisionali e le scelte in base alle varie situazioni da risolvere ◆ definire precisamente ruoli, funzioni e obiettivi dei singoli operatori ed i sistemi di controllo per il management della specificità di ruolo. ◆ definire la base organizzativa e gestionale (comprese procedure, protocolli e macroindicatori di valutazione) derivante dal modello clinico <i>precedentemente</i> messo a punto e condiviso.
2	ACQUISIZIONE DI MODERNE MODALITÀ DI PROGETTAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI (MCM)
	<p>Il MCM si realizza mediante lo studio dei modelli clinici, organizzativi e gestionali con tecniche di programmazione utilizzate nella definizione dei processi di produzione dei servizi (servuzione).</p> <p>Il MCM è un complesso di metodologie e di tecniche, gestionali ed organizzative, utilizzato per la pianificazione ed il controllo dei progetti preventivi terapeutici e riabilitativi. Attraverso l'utilizzo di questa tecnica si dovrà arrivare alla realizzazione di quanto riportato nel punto precedente, operando in modo che si arrivi ad una esplicitazione e descrizione dettagliata (secondo metodiche standard) delle procedure seguite dal servizio, dei criteri e delle regole utilizzate, dei protocolli farmacologici e degli standard di riferimento.</p> <p>Questo permetterà una trasparente intelligibilità interna ed esterna delle modalità di funzionamento del servizio rendendo di conseguenza possibile e la critica tecnico-scientifica al fine di ottimizzare la performance ma soprattutto poter allineare in una "vision" comune e in una reale conoscenza delle operatività e dei criteri decisionali altrui, tutti gli operatori del servizio.</p>

3	COMPrensione E Definizione delle Prestazioni erogabili (La fine dell'autoreferenzialità)
<p>Nel campo dell'assistenza ai tossicodipendenti sino ad ora è stata poco applicata una corretta valutazione degli esiti dei trattamenti al fine di stabilire se gli interventi eseguiti (ed i relativi costi) fossero realmente giustificati. Ad oggi riteniamo non sia più possibile nè etico continuare su questa strada che ha permesso lo sviluppo (dentro e fuori i SerT) di poderose organizzazioni e gruppi professionali che erogano in maniera autoreferenziale ed estremamente costosa prestazioni di dubbio beneficio e che non hanno alcun reale sistema di valutazione. Vi è inoltre un grande numero di operatori che oltre a non possedere basi culturali in tal senso, si oppongono fortemente all'introduzione dei sistemi di valutazione quantitativa, adducendo fantasiose e spesso strumentali filosofie e personali opinioni, per la maggior parte mutate più da "convinzioni magiche" che da evidenze scientifiche.</p> <p>Risulta ormai evidente che tutto ciò deve essere risolto e che l'operatore delle tossicodipendenze deve acquisire una cultura professionale ed un modus operandi perlomeno alla pari con gli altri settori sociosanitari e basato su seri criteri scientifici, organizzativi e di risultato.</p> <p>Pertanto anche per quanto riguarda la definizione delle prestazioni realmente erogabili ricordiamo, con forte senso realistico, che il livello di "erogabilità" viene fissato definendo la risultante tra "Bisogni clinici - Costi generabili" e "Offerta realmente utile - Costi sostenibili (risorse)", con una successiva definizione delle priorità cliniche dalle quali ne deriva la situazione delle prestazioni realmente erogabili sulla base delle risorse esistenti. Le priorità si possono definire seguendo la legge delle priorità di Pareto dove si evidenzia che spesso l'80% delle risorse viene consumato per la gestione del 20% dei problemi organizzativi.</p>	

Tab. 11: Check list degli elementi minimi per realizzare un MCM

PUNTI DI VALUTAZIONE	ELEMENTI MINIMI PER REALIZZARE UN MCM
INPUT	<input type="checkbox"/> Centro di costo per capitolo di spesa <input type="checkbox"/> Centro di responsabilità e responsabile <input type="checkbox"/> Report trimestrale dei costi di servizio <input type="checkbox"/> Tabella dei costi per prestazioni singole ed aggregate
PROCESSI	<input type="checkbox"/> Procedure di servizio WDW <input type="checkbox"/> Sistema di valutazione degli operatori <input type="checkbox"/> Protocolli, linee guida (diagnostiche e terapeutiche) ed indicazioni di management <input type="checkbox"/> Sistema per la formazione interna permanente <input type="checkbox"/> Sistema controllo dei tempi di attesa (moduli e procedure) <input type="checkbox"/> Sistema controllo della soddisfazione del cliente <input type="checkbox"/> Sistemi e procedure per archiviazione dati <input type="checkbox"/> Report STD di servizio
OUTPUT	<input type="checkbox"/> Tabella di codifica degli output (prestazioni tariffate) <input type="checkbox"/> Scheda di registrazione prestazioni singolo operatore <input type="checkbox"/> Procedura raccolta dati <input type="checkbox"/> Programma di data entry ed elaborazione <input type="checkbox"/> Tabella di report <input type="checkbox"/> Programma di gestione compensazione di mobilità <input type="checkbox"/> Procedure di calcolo dei carichi di lavoro e della dotazione della organica <input type="checkbox"/> Responsabile delle procedure identificabile
OUTCOME	<input type="checkbox"/> Presenza di una dichiarazione etica <input type="checkbox"/> Il modello esplicito di approccio generale <input type="checkbox"/> Il modello concettuale di riferimento per la valutazione dell'outcome con indicatori e sistema di score <input type="checkbox"/> Strumenti STD per la valutazione diagnostica (iniziale e di follow up), prognostica e della gravità clinica (CBE, ASI ecc.) <input type="checkbox"/> Procedura BCS e modello di timing osservazionale <input type="checkbox"/> Sistema di comparazione risultati osservati/attesi (percentuali o coorti subentranti) <input type="checkbox"/> Sistemi di link outcome - output- input- <input type="checkbox"/> Responsabile delle procedure identificabile

Fig. 10: Modello generale per la definizione ed il funzionamento di una unità operativa clinica



AREE DI VALUTAZIONE (L'UNITÀ OPERATIVA, LE PERSONE DA ASSISTERE)

La valutazione si può esplicitare su due soggetti diversi andando a valutare principalmente due peculiarità: l'unità operativa erogante il servizio e la persona a cui viene prestato, con due tipi di valutazioni differenziate ma correlate, la prima più in ambito di efficienza e la seconda di efficacia.

Tab 12: Soggetti della valutazione e aspetti principali da valutare

SOGGETTI DELLA VALUTAZIONE		ASPETTI PRINCIPALI DA VALUTARE
1	L'unità operativa sociosanitaria erogante il servizio	Efficienza (modalità di produzione e costi)
2	Il paziente (cliente) a cui vengono erogate cure e prestazioni sanitarie.	Efficacia dei trattamenti (Esito e soddisfazione)

È chiaro che per valutare questi aspetti non possiamo procedere in maniera disgiunta essendo fattori a mutuocondizionamento. L'efficacia dei trattamenti infatti dipende fortemente dal tipo e dalle caratteristiche dell'organizzazione che li ha prodotti, così come la tipologia del paziente e le caratteristiche della sua patologia (gravità e complessità clinica ecc.) sono in grado di condizionare le forme organizzative.

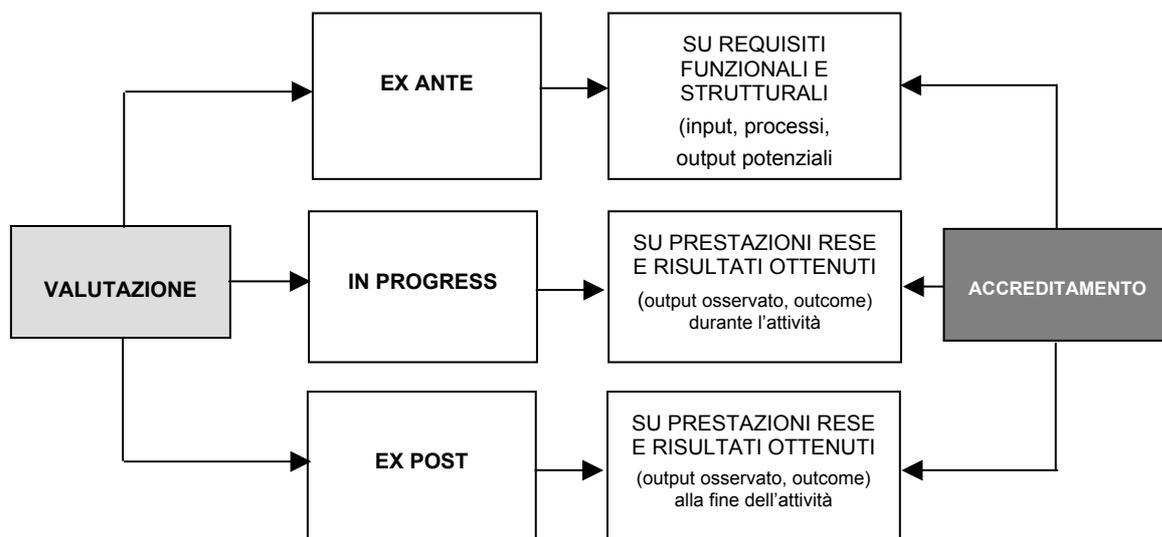
La valutazione "Quality oriented" avviene su tutti i vari ambiti che devono essere oggetto di monitoraggio e miglioramento continuo e cioè: le risorse impiegate – fattori abilitanti (input), i processi produttivi – di trasformazione - (protocolli, procedure e management), le prestazioni erogate e gli esiti prodotti (output e outcome).

Tab. 13: Punti del sistema produttivo su cui applicare la valutazione "Quality oriented"

PUNTI DI VALUTAZIONE	SPECIFICHE	SOGGETTI
INPUT	Risorse impiegate per produrre le prestazioni necessarie	
PROCESSI	Modalità e metodologie utilizzate (management, protocolli e procedure) nei processi produttivi	Unità operativa erogante
OUTPUT	Prestazioni erogate	
OUTCOME	Esiti dei trattamenti, risultati raggiunti, soddisfazione	Paziente

La valutazione contemporanea di questi fattori ci porterà ad ottenere una visione precisa del sistema produttivo con la possibilità, se necessario, di intervenire con azioni correttive. La valutazione può essere fatta sia ex ante che ex post. La prima riguarda i pre requisiti di funzionamento, la seconda più i requisiti di efficacia ed entrambe dovrebbero essere valide per le procedure di accreditamento.

Fig. 11: Tipi di valutazione



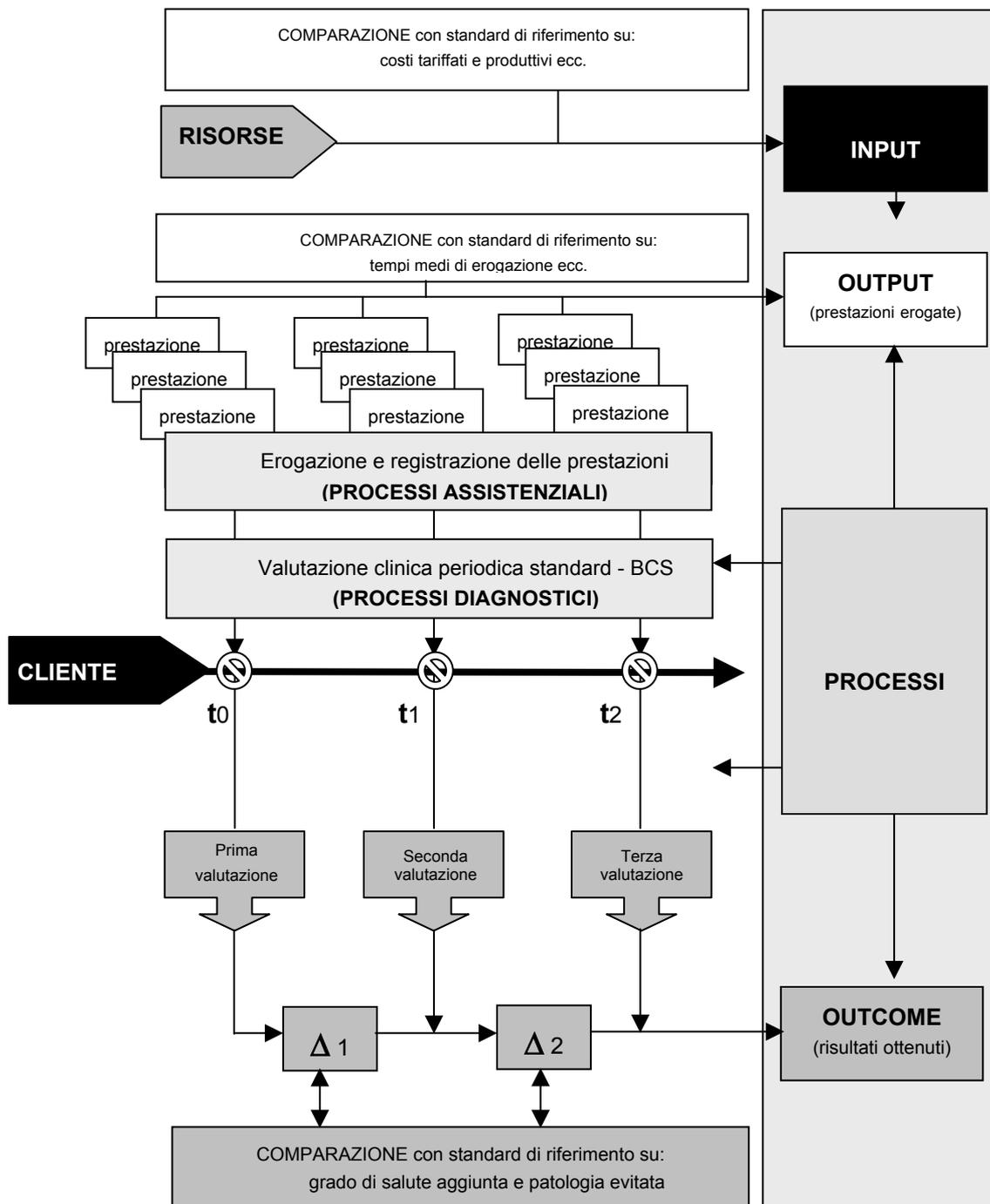
Come si può facilmente comprendere, il sistema generale che sta alla base di questo modello di pensiero, è un sistema concettualmente molto semplice che prevede per la sua realizzazione quattro fondamentali azioni:

1. un computo delle risorse impiegate;
2. una esplicitazione e controllo dei processi utilizzati, dei criteri e degli standard di qualità di riferimento;
3. un computo delle prestazioni erogate;
4. una valutazione comparata, costante, periodica, standardizzata e quantitativa dei risultati dei trattamenti e della soddisfazione del cliente.

È chiaro che una necessità fondamentale ed irrinunciabile per poter realizzare un sistema di questo tipo è che vi siano degli indicatori (metriche di valutazione del processo erogato) quantitativi, sintetici, condivisi e ben individuati e che tutte le azioni sopra esposte siano collegabili attraverso un sistema "multilink" in grado di identificare (ed allocare correttamente) le risorse impegnate, da quale operatore, su quale paziente, con quale prestazione e con quale esito.

Per fare questo sarà però necessaria una profonda revisione dei modelli assistenziali correnti che non sono basati su concetti ispirati al TQM e dove il computo delle risorse impiegate o addirittura dei risultati ottenuti non venivano eseguiti ma soprattutto non vi era alcun criterio e standard di riferimento per la comparazione dei risultati. La figura 11 rappresenta ulteriormente questi concetti.

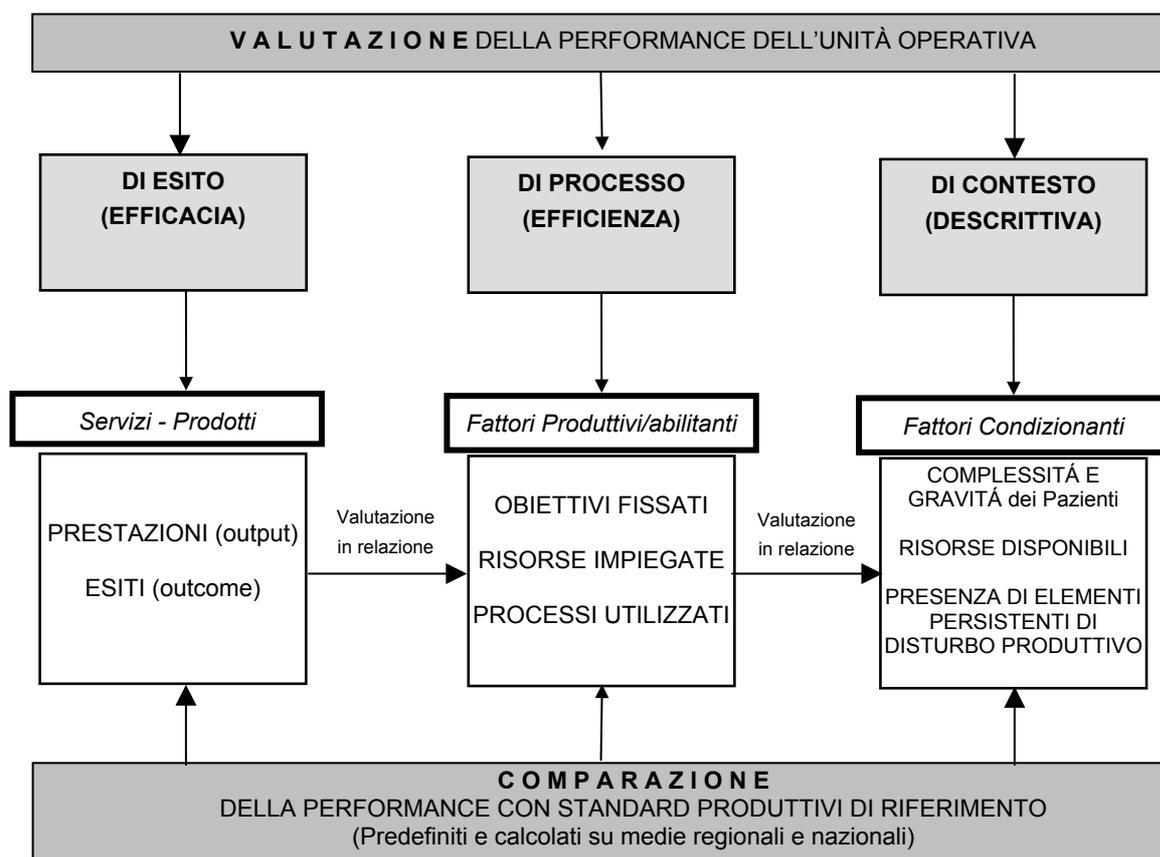
Fig. 12: L'architettura generale e flussi del sistema per la valutazione della Qualità



La valutazione dell'unità operativa erogante il servizio

Nell'affrontare questo paragrafo va ricordato che non è più possibile nella misurazione dell'efficacia dei trattamenti prescindere dalla relazione che essa ha con il processo impiegato per il suo raggiungimento. La valutazione eseguita al fine di esercitare un controllo di gestione di una unità operativa erogante un servizio e degli esiti prodotti, passa attraverso l'osservazione e la misurazione delle attività dell'unità operativa stessa e dei suoi prodotti in relazione agli obiettivi dati, ai processi ed alle risorse impiegate ed impiegabili, alla capacità tecnico-scientifica del problema da affrontare ed alla gravità clinica.

Fig. 13: Controllo di gestione e relazione tra "servizi prodotti" oggetto della valutazione di esito, "fattori produttivi" oggetto della valutazione di processo" e "fattori condizionanti" oggetto della valutazione di contesto.



In altre parole vi è la necessità di misurare se le attività vengono fatte in maniera efficiente e siano efficaci per la soluzione dei problemi che si devono affrontare, contestualizzandole nella complessità del problema e delle risorse disponibili.

La misurazione di queste variabili si prefigge quindi di valutare l'unità operativa attraverso l'analisi dei suoi prodotti/risultati (quantitativi/qualitativi), dei processi con i quali questi vengono raggiunti e quindi delle funzioni fondamentali dell'unità operativa, quella che in altre parole può

essere definita come “performance” dell’unità operativa.

La performance dell’unità operativa erogante il servizio, può essere definita come la “capacità produttiva di servizio” valutata quantitativamente e qualitativamente ma sempre in relazione ai fattori produttivi/abilitanti ed ai fattori condizionanti la produzione. La performance al fine della sua valutazione può essere messa in relazione con vari elementi di comparazione (interni ed esterni) in grado di far comprendere meglio la sua reale portata. La tabella seguente riporta i vari tipi di performance. La misurazione della performance va intesa però su varie dimensioni (vedi tabella 13).

Tab. 14: Tipi di Performance dell’unità operativa in base agli elementi correlati di valutazione utilizzata

SIGLA	TIPO DI PERFORMANCE	ELEMENTI DI VALUTAZIONE
PA	PERFORMANCE ASSOLUTA	Elementi prodotti in termini assoluti, valori puntuali e, variazioni nel tempo-trend (confronto interno)
PR	PERFORMANCE RELATIVA	Elementi prodotti in relazione alle risorse impiegate (es: pazienti trattati, numero di operatori) ed ai bisogni inevasi (es: numero di tossicodipendenti da trattare, numero di tossicodipendenti trattati) valori puntuali variazioni nel tempo-trend (confronto interno)
PC	PERFORMANCE COMPARATA	Elementi prodotti comparati con produttività di unità operative analoghe, scostamenti su standard di riferimento regionali o nazionali, valori puntuali, variazioni nel tempo-trend (confronto in esterno)

Tab. 15: Dimensioni della Performance dell'unità operativa

N	DIMENSIONI	NOTE
1	ACCESSO ALL'ASSISTENZA	Disponibilità delle prestazioni in relazione alla domanda ed ai bisogni
2	CAPACITÀ DI EROGARE ASSISTENZA	Livello di aggiornamento, di formazione e di abilità pratiche
3	ASPETTI TECNICI	Caratteristiche di qualità dei test e delle procedure diagnostiche e terapeutiche
4	ASPETTI COGNITIVI	Caratteristica dei processi mentali interpretativi e decisionali riguardanti la gestione del paziente
5	APPROPRIATEZZA DELL'ASSISTENZA	Caratteristica delle decisioni diagnostiche e terapeutiche sulla base delle evidenze scientifiche
6	SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	Percezione dei risultati raggiunti in relazione alle loro aspettative
7	SODDISFAZIONE DELL'OPERATORE	Percezione dei risultati raggiunti in relazione alle loro aspettative Percezione dell'efficacia del proprio lavoro in relazione all'impegno profuso
8	REALI ESITI DELL'ASSISTENZA	Misure dirette o proxy dello stato di salute aggiunta e delle sue variazioni prima e dopo gli interventi
9	COSTI DELL'ASSISTENZA	Costi diretti alle risorse consumate e costi indiretti derivati dalla riduzione delle produttività

Valutazione degli esiti dei trattamenti sul cliente (outcome)

Principi generali

Le conseguenze degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi possono essere valutate sotto diversi punti di vista e con diverse unità di misura.

In ogni caso, la valutazione degli esiti dei trattamenti dovrebbe essere: scientificamente orientata, permanente, collegata al management clinico in modo tale da agganciare l'analisi critica dei risultati ottenuti ai processi utilizzati.

In generale le aree principali di indagine/interesse possono essere: quella funzionale che misura l'efficacia degli interventi sulle funzioni fisiche psichiche e sociali, quella economica che misura i benefici economici (diretti ed indiretti) in relazione con l'intervento, quella individuale del cliente che misura l'utilità per il soggetto in termini di qualità di vita ponderata per anni di vita guadagnati.

La tabella successiva riassume tali concetti in maniera sintetica.

Tab. 16: Valutazione delle conseguenze degli interventi ⁽³⁾

AREE DI INDAGINE INTERESSE	OGGETTO DI VALUTAZIONE	SPECIFICHE	UNITÀ DI MISURA
FUNZIONALE	Effetti/Efficacia	Variazioni della funzioni fisica, psichica e sociale	Naturali (esisti terapeutici, anni di vita, giorni di disabilità prevenuti, ecc.)
ECONOMICA	Benefici economici diretti	Risparmio in relazione diretta con l'intervento, costi risparmiati in conseguenza della patologia evitata (es. diminuzione del numero di tumori invasivi in seguito a campagne di screening)	Monetarie
	Benefici economici indiretti	Guadagno di produzione per diminuzione delle perdite di tempo e maggior produttività del paziente e della sua famiglia	Monetarie
INDIVIDUALE (del cliente)	Utilità	Per il soggetto espressa in qualità di vita ponderata per anni di vita guadagnati	Misure di valore non monetarie (es. QLY)

Una ulteriore analisi che può essere collegata alla valutazione degli interventi è l'analisi dei costi che si può espletare attraverso: analisi di minimizzazione dei costi, costi/efficia, costi/benefici, costi/utilità.

Tab. 17: Analisi dei costi

N	ANALISI	SPECIFICHE
1	MINIMIZZAZIONE DEI COSTI	analisi delle diverse alternative con identici effetti ma consumo di risorse e costi diversi
2	COSTI/EFFICACIA	analisi di diverse alternative con effetti uguali dal punto di vista qualitativo ma diversi da un punto di vista quantitativo e di risorse necessarie (costo per unità di effetto o effetto per unità di costo)
3	COSTI/BENEFICI	costo dell'azione in relazione al risparmio ottenuto VS nessuna azione
4	COSTI/UTILITÀ	analisi di più alternative con parametri di confronto costo/QLY

I diversi tipi di outcome

Se si sceglie di valutare l'efficacia dei trattamenti (intesa come grado di salute aggiunta e di patologia evitata), occorre definire meglio alcuni concetti. Come tutti i risultati ottenibili dai trattamenti medici esistono tre livelli di descrizione: l'outcome atteso, l'outcome osservato e quello percepito.

L'outcome atteso (O.A.) rappresenta l'aspettativa del paziente o dell'operatore relativamente all'efficacia desiderata del trattamento. L'O.A. è chiaramente in relazione alle reali possibilità di aggiungere salute o evitare patologie sulla base delle situazioni cliniche del paziente (margine di intervento), dei processi che siamo in grado di mettere in atto e della loro intrinseca efficacia. L'O.A. riguarda sia il paziente (e ne determinerà il grado di soddisfazione dopo il trattamento), sia l'operatore che potrà tarare le sue aspettative attraverso sistemi soggettivi/percettivi o (molto meglio) oggettivi/scientifici.

L'outcome osservato (O.O.) è quello oggettivabile sulla base dei bisogni reali e degli obiettivi di cura predefiniti in relazione alle necessità cliniche preesistenti rilevate dall'operatore. L' O.O. può essere "assoluto" e cioè il risultato raggiunto indipendentemente da dove avrebbe dovuto o potuto arrivare, e "comparato" o "relativo" in relazione a degli standard di riferimento prescelti. Questi standard potrebbero essere fissati su parametri storicamente calcolati sulla base delle risposte medie osservate (comparazione versus un outcome teorico atteso) o si potrebbe utilizzare la situazione rilevata prima del trattamento come posizione di confronto t0 versus t1 (scostamento da t pre).

L'outcome percepito (O.P.) viene definito sulla base delle aspettative e degli obiettivi del cliente ma anche dell'operatore. Infatti distinguiamo l'O.P. del cliente e quello dell'operatore. Quest'ultimo in realtà non dovrebbe essere utilizzato come momento di valutazione essendo chiara la forte autoreferenzialità in essa contenuta ed inoltre l'operatore dovrebbe affidarsi soprattutto a valutazioni di tipo oggettivo quali quelle ottenibili con l'O.O..

L' O.P. è ben rappresentato dal grado di soddisfazione del cliente che deriva dal confronto tra quanto percepito in termini di "guadagno soggettivo" dopo il trattamento e quello che era il guadagno atteso prima del trattamento.

Fig. 14: Tipologie di outcome e valutazione

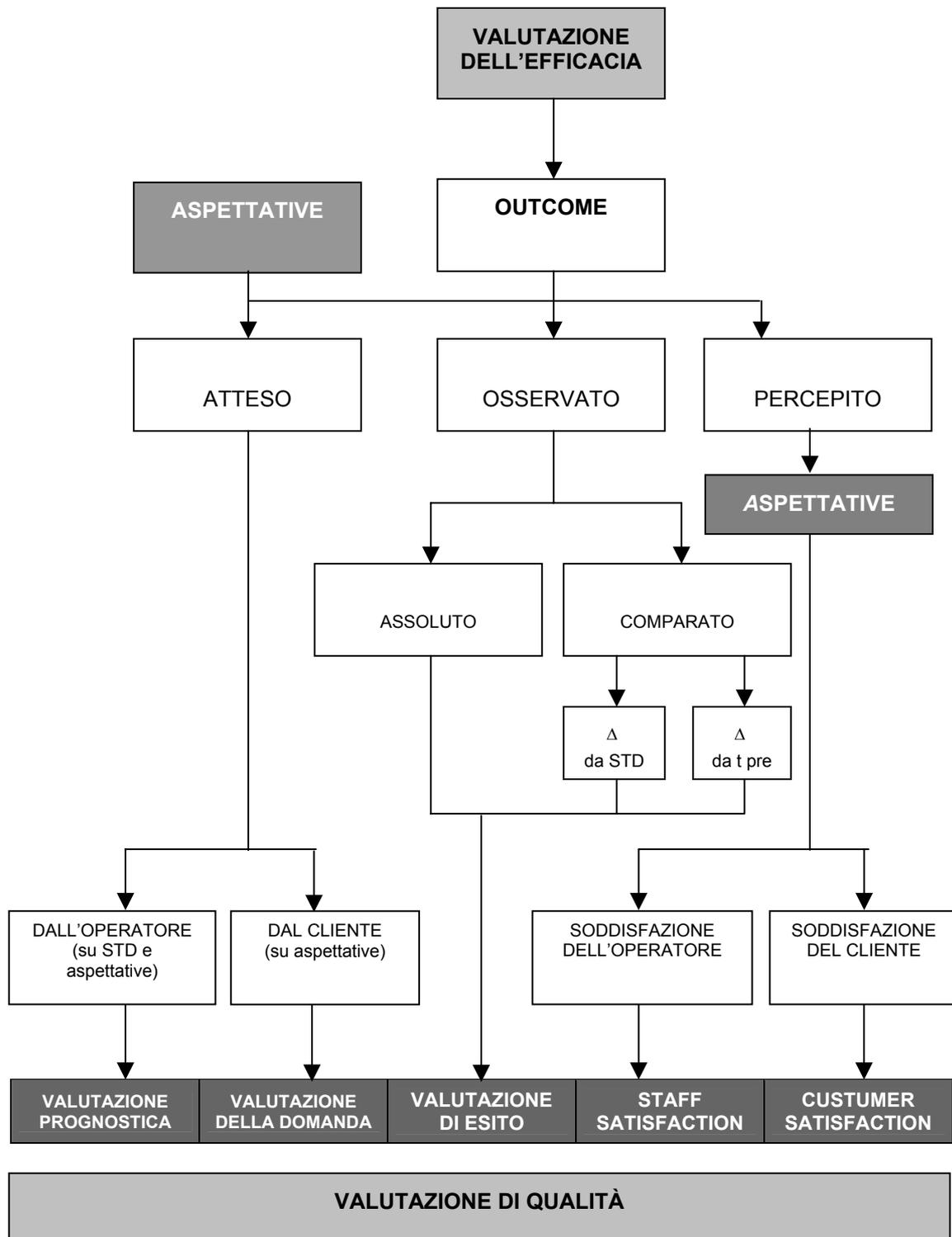


Fig. 15: Relazioni tra input, obiettivi, output, outcome ed aspettative

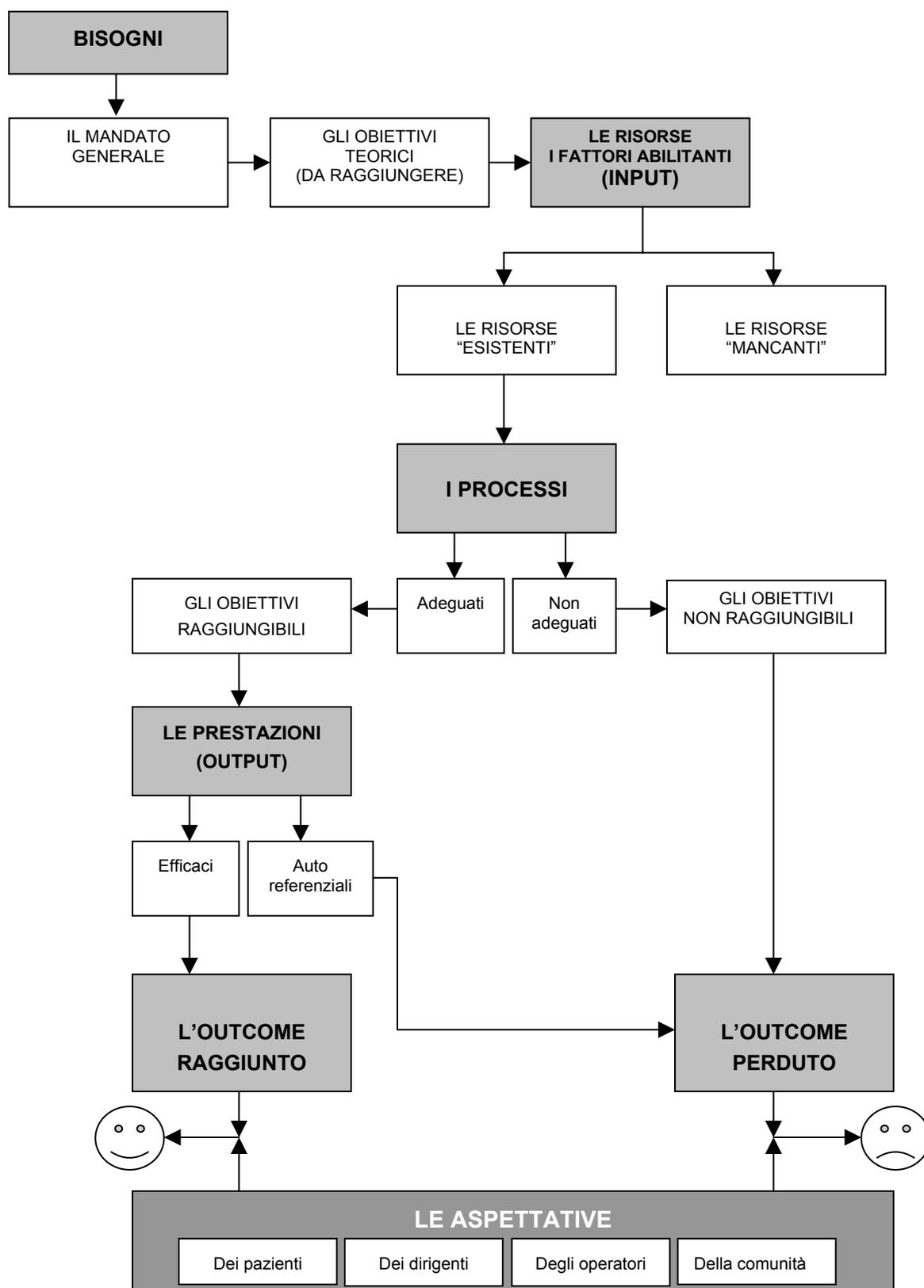
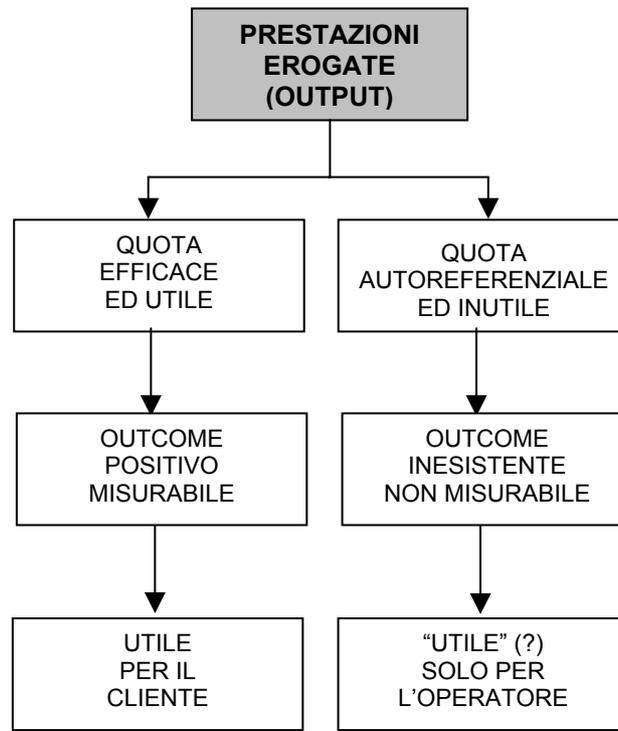


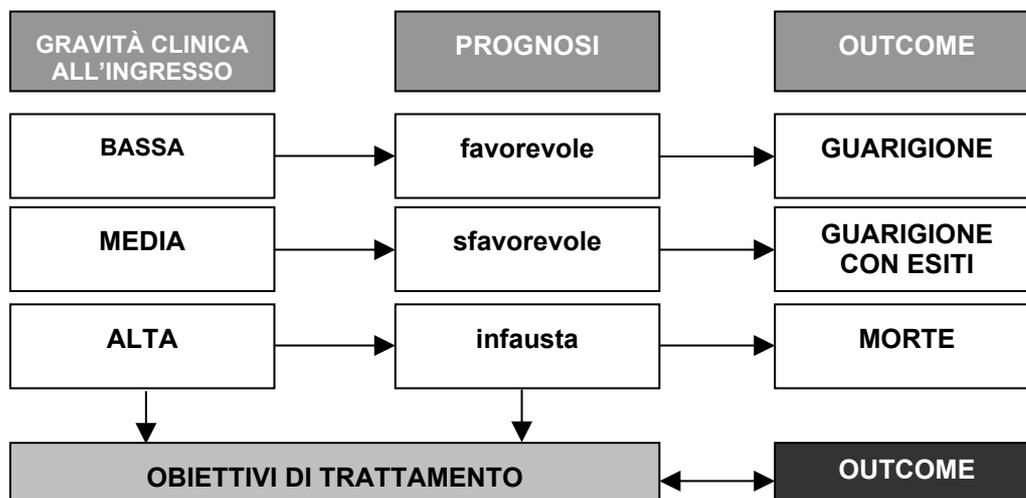
Fig. 16: Quota autoreferenziale delle prestazioni e outcome



Grado di gravità clinica all’ingresso e outcome osservato

Tra outcome osservato e risultati attesi vi è una correlazione che necessariamente passa attraverso la valutazione prognostica del paziente al momento della prima determinazione della sua gravità clinica. A diverse gravità cliniche corrispondono di regola prognosi diverse con outcome diversificati; di questa semplice osservazione bisogna tenere conto nella strutturazione dei sistemi di valutazione.

Fig. 17: Gravità clinica ed esito dei trattamenti



Nota: La valutazione comparata dei risultati tra Unità Operative e il tasso di selezione dei pazienti in entrata

A questo punto risulta chiaro quanto sia importante valutare i risultati degli esiti di trattamenti adottando criteri di stratificazione per gruppi a isogravità della popolazione in entrata ed oggetto degli interventi stessi e della conseguente valutazione. Molti servizi infatti adottano politiche di accoglienza molto diverse differenziando così l'accessibilità al servizio e producendo una selezione dei pazienti in entrata con una diversificazione in grado di influenzare la prognosi.

Risulta evidente che selezionando fortemente i pazienti che accedono al servizio si possono poi registrare degli outcome positivi estremamente elevati, "vantando" quindi dei risultati elevatissimi ma lasciando "per strada" un notevole numero di pazienti rispetto ai residenti costituenti il bacino di utenza.

Non vi è dubbio quindi che nella valutazione degli esiti non si possa prescindere di valutare contestualmente in maniera comparativa il tasso di selezione dei pazienti in entrata e la conseguente prevalenza di classi a più alta gravità clinica ed a basso quadro motivazionale. Se confronto si vorrà fare, esso dovrà essere fatto ponderando il tasso di selezione anche per unità operative non omogenee quali per esempio Ser.T e Comunità che ad oggi non possono essere meramente confrontate sugli esiti raggiunti sui pazienti in uscita senza considerare la selezione operata preventivamente in entrata.

Infine credo sia chiaro che un indicatore di buona efficienza del Ser.T sia da considerare il basso tasso di selezione in entrata con canalizzazione dei pazienti a diversi livelli di intervento personalizzato in base ai bisogni secondo le modalità esposte nel Modello MIPSO.

CONCLUSIONI

Il TQM può trovare quindi una buona applicazione anche nel sistema delle Dipendenze. Non vi è dubbio che una delle principali difficoltà da parte degli operatori sarà quella di comprendere che questo modo di approcciare l'organizzazione del proprio lavoro, porterà dei sicuri vantaggi consistenti soprattutto in una maggior trasparenza e leggibilità dei processi clinici ed operativi utilizzati.

La forte attenzione che si deve soprattutto ai processi è anche collegata ad un altro elemento prioritario che è il "team working", cioè le persone e le relazioni professionali ed umane che intercorrono tra loro, le quali sono chiamate a realizzare l'offerta dell'unità operativa nei confronti del cliente.

Centrare quindi l'attenzione sui comportamenti organizzativi e professionali del team, all'interno di una condivisione spinta delle letture organizzative e delle modalità operative secondo i principi del TQM, sarà la chiave per assicurare il buon successo dell'organizzazione nel suo complesso, che riteniamo di dover valutare non solo sul grado di efficienza produttiva e allocativa espressa, ma soprattutto sul grado di efficacia e reale utilità del cliente.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997.
- AAVV Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999.
- AAVV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996.
- AAVV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995 .
- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996.
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996.
- Berbari G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996.
- Beretta. S, Dossi A., Meloni G., Miroglio F., Il benchmarking dei processi amministrativi, EGEA, 1999.
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997.
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998.
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000.
- Borgogni L., Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni, Franco Angeli, 1999.

- Borgonovi E., L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali, Giuffrè, 1973.
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998.
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999.
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995.
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999.
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992.
- Ciatto S., Screening in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1996.
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999.
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997.
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194.
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000.
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, emcdda, dicembre 2000.
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998.
- Froman B., Il manuale della qualità, Franco Angeli, 1998.
- Galbraith J., Organization desing, Addison-Wesley, Reading, 1997.
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993.
- Hronec S.M., Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda, Franco Angeli, 1995.
- Le politiche regionali per una società libera dalle droghe. A cura dell'Assessorato alle Politiche Sociali - Ediz. La Grafica, Novembre 2000.
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985.
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Contorl and Crime Prevention, 2000.
- Ould M., Process modelling with RADS, IOPENER, vol.2, 1993.
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Mangement.
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996.
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999.
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995.

