

EDITORIALI

Non importa di che colore sia il gatto, l'importante è che prenda i topi



Giuseppe Quintaliani¹, Biagio Di Iorio²

(1) Chairman Governo Clinico SIN

(2) Editor GIN

Questa frase di Confucio, peraltro ripresa anche da Mao, illustra quello che dovrebbe essere la “mission” di un sistema sanitario: sono i risultati che contano. Ma quali risultati?

È inutile ricordare il famoso report dell'OCSE che poneva la nostra sanità al secondo posto in Europa [1] che, a leggere l'articolo originale, era dovuto al buon uso delle risorse e non alla qualità professionale ottenuta. Da allora ci sono stati altri report [2] ed altre statistiche non incoraggianti e brillanti per la posizione che l'Italia sembra occupare nelle classifiche internazionali.

Ultimo arrivato un report svedese del 2013 pone la sanità italiana in posizione molto critica e molto lontana dai vertici [3]. Afferma infatti il Sole 24 ore Sanità: *“l'amara verità per l'Italia è venuta a galla senza pietà: siamo decimi per la qualità della nostra sanità pubblica, undicesimi per i «particolari vantaggi» del SSN, addirittura tredicesimi per l'equità nell'offerta dei servizi”*.

In mezzo ci sono altri report internazionali che affossano la nostra sanità come l'Euro Health Consumer Index (EHCI) [4], con la valutazione di 34 sistemi sanitari europei, giunto nel 2012 all'ottava edizione che vede testa alla classifica, con 872 punti, l'Olanda, mentre l'Italia, con 623 punti, si trova al 21° posto.

Non tutte le statistiche ci vedono in così brutta posizione, in effetti altri report come il Global Burden of Disease Study [5] 2010 su Lancet promuovono invece la sanità italiana [6]

Del tutto recentemente una statistica pone cinque regioni al vertice della sanità italiana [7]. Il report si occupa specificatamente di problemi economici ma pone attenzione anche alla fornitura di prestazioni all'interno dei LEA. Anche in questo caso gli indicatori e i criteri usati hanno suscitato dubbi e incertezze con un acceso dibattito tra presidenti regionali.

Gli indicatori clinici, quindi non legati ai costi, presenti in questa classifica sul totale degli indicatori (19) sono:

1. degenza media preoperatoria;
2. percentuali interventi per frattura del femore operati entro due giorni;
3. percentuali dimessi da reparti chirurgici con di R.G. medici;
4. percentuali di ricoveri con di R.G. chirurgico su totale ricoveri percentuale di ricoveri ordinari con PRG ad alto rischio di in appropriatezza;
5. percentuali di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con PRG medico:

6. percentuale di casi medici con degenza oltre soglia per pazienti con età sopra 65 anni sul totale dei ricoveri medici con l'età sopra 65 anni.

Tutti questi parametri sono presi dalle SDO (Schede Di Dimissione Ospedaliera) dell'anno 2011.

Prendiamo ad esempio uno degli indicatori: “percentuali interventi per frattura del femore operati entro due giorni”. È vero che tale obiettivo, se raggiunto, porta risparmi economici ed è frutto di un'attenta organizzazione e di precisi percorsi, ma è anche vero che nulla ci dice sulle infezioni, sui sanguinamenti e sul consumo di sangue, sulle eventuali embolie e sulle complicanze in genere dell'intervento e ancora NULLA ci dice della qualità professionale dell'equipe chirurgica (ortopedica in questo caso). È del tutto evidente la differenza di valutazione tra chi vuole essere efficiente e chi vuole prima e soprattutto la efficacia e correttezza.

Allora il quesito che dobbiamo porci è: pensiamo che queste statistiche fotografino veramente la qualità di un reparto ospedaliero?

Risulta chiaro che il grande problema è quali indicatori scegliere per misurare sia le strutture che le prestazioni. Non è un problema da poco perché, in mancanza di indicatori condivisi, si arriva a statistiche licenziate da giornali e poste in prima pagina che spesso disorientano il grande pubblico che non capisce come sono state fatte le valutazioni ma recepisce invece tout court la classifica [8] [9]. Un esempio illuminante è quello riportato da “Libero” ai primi di agosto con la dicitura: “Ecco i migliori ospedali” [10]. Questa classifica è ripresa, a dire del quotidiano, dalle statistiche del ministero del progetto Agenas [11]. Facciamo un esempio: Dove curano meglio l'infarto; indicatore mortalità a 30 giorni. Ebbene tra i primi 10 ospedali ce ne sono alcuni relativamente piccoli e probabilmente senza l'unità di cura intensiva cardiologica, nè la possibilità di fare angioplastica. La spiegazione puntuale degli indicatori potrebbe darci garanzie maggiori?

Nella maggior parte dei casi gli indicatori, come abbiamo visto per l'analisi di benchmarking tra le regioni, provengono dalla SDO o sono di tipo gestionale [12], in altre parole non viene quasi mai riportato se i dimessi da una chirurgia hanno avuto complicazioni, per esempio infezioni, oppure se sono stati dimessi troppo velocemente e magari tornano nel giro di uno o due mesi per complicanze legate all'intervento. Lo stesso lo si può dire per i trattamenti medici dove l'area di incertezza è ancor più ampia. Ad esempio un paziente ricoverato in cardiologia che rientra dopo un mese in medicina per un problema legato al diabete è stato curato bene? Il numero di giorni di degenza in cardiologia entro la media è un buon risultato se non c'è stato il tempo di valutare anche i problemi connessi allo stato diabetico? E la funzione renale è stata sufficientemente indagata? Quante IRA si sono avute per una non adeguata diagnosi di IRC preesistente? Quanto ricoveri ripetuti si sono verificati? Il ricovero ripetuto è, ultimamente, un aspetto molto curato dalla letteratura internazionale in quanto viene considerato in ogni caso indice di problemi clinici all'interno della equipe che ha dimesso [13] [14]. Questo parametro non viene quasi mai riportato nei report ospedalieri almeno italiani. Negli Stati Uniti soprattutto a causa dell'assistenza privata e anche della spesa che MEDICARE sostiene, tale parametro è stato ultimamente oggetto di numerose discussioni sia a favore che contro il suo uso [15]. Attualmente in Italia non si è riusciti ad ottenere dati clinici anche banali nella SDO, che permetterebbero analisi piuttosto sofisticate e di notevole impatto epidemiologico [16]. Basti pensare se di tutti i ricoverati e di tutti i dializzati avessimo a disposizione peso ed altezza!

Ma per ottenere risultati paragonabili ed attendibili si devono scegliere indicatori adeguati. Per indicatore si intende: “Strumento di misura della prestazione che è usato come guida nel valutare e migliorare la qualità del servizio. Dal latino “index”, indice, “che indica, che mostra”. Espres-

sione quantitativa o qualitativa del criterio, consente di misurare il livello di qualità raggiunto". Gli indicatori fanno riferimento alle strutture, processi ed esiti. Di solito gli indicatori sono delle frazioni con un numeratore ed un denominatore (ad esempio numero CVC/numero pazienti totali) in modo da poterli rendere omogeni e paragonabili. L'obiettivo finale diventa quindi determinante nell'ottica della valutazione finale. La scelta di un'auto da parte di una famiglia numerosa sarà probabilmente dettata più dallo spazio interno che dalla velocità e quindi una monovolume apparirà più di valore che una Ferrari. Sarebbe quindi opportuno che non ci si fermasse alle statistiche ma si illustrassero compiutamente gli indicatori e cosa questi vogliano dimostrare.

In molti paesi le valutazioni avvengono con criteri univoci e trasparenti. Per esempio MEDICARE che assiste i pazienti nefropatici ha un sito dove poter valutare l'ospedale dove si effettua dialisi in base a precisi parametri clinici [17]. In ogni caso esistono degli indicatori clinici per valutare e comparare ospedali in generale [18] o ad esempio gli ospedali nefrologici [19]. In UK esiste la Care Quality Commission, non governativa, che si definisce "independent, rigorous, fair and consistent!" [20]. Molte altre statistiche [21] non sono ufficiali e alle volte sono statistiche fatte da organizzazioni o dalla stampa ma quello che colpisce è che quasi sempre ci siano indicatori clinici come i ricoveri ripetuti, la sopravvivenza, la sicurezza (infezioni e traumi in ospedale) etc.

Per quello che riguarda l'Italia e la nefrologia in particolare, il decreto Balduzzi ha individuato alcune norme/prescrizione che ai nefrologi sono sembrate quantomeno penalizzanti in quanto, ancora una volta si ragiona in termini di volume e di quantità e non di complessità assistenziale. In altre parole si prendono decisioni di volume, di numero di medici e reparti senza conoscere né l'epidemiologia (ricordiamo che ancora l'ISTAT non distingue le malattie nefrologiche da quelle urologiche) né porre dei risultati di outcome o quantomeno individuare indicatori di processo. Notevole ed interessante è la risposta che prima il presidente SIN Prof. Capasso ha dato a caldo [22] e poi il direttivo della SIN ha puntualizzato affidando alla penna di Manno e Zuccalà [23] l'articolo, dove, secondo il mio parere, ci sono alcune cose fondamentali da ribadire per la loro indubbia importanza e che riprendono e sintetizzano il lungo lavoro di documenti ufficiali licenziati dalla SIN e che ripercorriamo brevemente.

Il primo punto è che il sistema organizzativo con la struttura a dipartimenti e a rete è senz'altro da perseguire. In effetti il sistema potrebbe forse essere molto più complesso di quanto si creda [24]. Come ha puntualizzato il responsabile della ricerca SIN-Cergas-Bocconi 1 e 2 [25]. *"Indipendentemente dalla desiderabilità o convenienza delle specifiche soluzioni, il cambiamento insito nel nuovo scenario è la percezione sempre più diffusa che per tutti i processi produttivi, o per parti significative di essi, sia possibile ipotizzare diverse formule gestionali e che la scelta tra queste deve essere il frutto di valutazioni attente su vantaggi e svantaggi e non più il risultato di inerzie organizzative o di giudizi aprioristici"*. Ed ancora: *"Lo scopo, era di tentare di capire come fare funzionare al meglio l'unica opzione disponibile, ma anche della necessità di comprendere a fondo quali possano essere le implicazioni di certe soluzioni, al fine di valutare se e come esse possano collocarsi nelle prospettive strategiche della nefrologia nel suo complesso e delle singole unità operative che la compongono."* L'autore ci poneva di fronte al pericolo che molte soluzioni potessero essere il risultato di inerzie organizzative o di giudizi aprioristici; frutto di decisioni di direttori Generali, di ragionieri o società di consulenza. E ai nefrologi spetta invece il compito di suggerire modifiche organizzative, quando richieste dalle direzioni, con la consapevolezza di aver prima vagliato e capito le varie opzioni e con la forza della professionalità in modo da proporle e sostenerle adeguatamente.

Il lavoro SIN-Cergas-Bocconi 2 ha ampiamente analizzato i modelli e i sistemi organizzativi dando delle indicazioni che sottolineano come ci sia una forte autonomia delle direzioni e

dei responsabili di SC Nefrologiche nell'ambito di una "mission" che, per la prima volta in un documento SIN, vengono riaffermate [26].

Il panel SIN-Cergas-Bocconi scrive infatti: *"La centralità delle competenze nefrologiche nella cura delle nefropatie è garantita dalle condizioni di organizzazione e gestione che consentono il reale governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e il rispetto di condizioni di governo clinico del malato. Aprire il dibattito all'interno della comunità sulle diverse condizioni per garantire il governo strategico dei servizi e clinico del malato appare questione centrale per affermare la centralità della nefrologia per la salute dei nefropatici"*

Ed inoltre: *Il presidio del sapere disciplinare passa per il governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e per l'adozione di strumenti di governo clinico per l'appropriatezza della cura "omissis"* "Questo rende opportuno ragionare sulle forme di controllo che il nefrologo può agire per mantenere adeguati **standard assistenziali**, avendo la nefrologia manifestato un ampio ventaglio di esperienze in tal senso, come si dimostrerà in seguito. *Questioni centrali nell'esercizio del controllo nei confronti di questa forma di outsourcing sono: (tra gli altri ndr) • la capacità dell'attore pubblico nel fare committenza non solo su volumi minimi di attività per soddisfare i bisogni attesi, ma anche sugli standard qualitativi di funzionamento dei servizi*

Il principio di base espresso è quindi, al di là delle frasi molto gestionali e forse ostiche all'orecchio del clinico, tipiche di una società di organizzazione gestionale, che i nefrologi devono acquisire la reale gestione del malato (*consentono il reale governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e il rispetto di condizioni di governo clinico del malato*) visto che possiedono gli strumenti clinici e scientifici (*il governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e per l'adozione di strumenti di governo clinico per l'appropriatezza*) e che condizione indispensabile per ottenere questi risultati sia l'adozione di indicatori clinici nefrologici specifici e con possibilità di benchmarking (*attività per soddisfare i bisogni attesi, ma anche sugli standard qualitativi di funzionamento dei servizi*).

Non male per chi abbia orecchi per sentire! Una organizzazione di alto prestigio economico-gestionale riconosce una importanza pivotale alla componente professionale!

Inoltre, come se quanto accennato prima non bastasse, il lavoro SIN Cergas Bocconi apre uno squarcio offrendo argomenti e spunti di riflessione soprattutto nel punto in cui si sottolineano quali sono i compiti del nefrologo [26]:

La missione che la nefrologia individua come propria condiziona le modalità e le forme di espansione del campo di azione della disciplina

- a) "il nefrologo è un internista con una specializzazione rispetto all'organo";
- b) "in condizioni di ridotta funzionalità del rene, c'è bisogno di uno specialista nefrologo";
- c) "il nefrologo è lo specialista degli squilibri idroelettrolitici" con massima espressione clinica nell'insufficienza renale a diuresi assente;
- d) "il nefrologo è colui che ha competenze precipue per il trattamento della dell'insufficienza renale acuta";
- e) "il nefrologo è colui che ha competenze precipue per il trattamento delle complicanze multiorgano derivate dall'insufficienza renale cronica";
- f) "la nefrologia è la specialità di malattie poco note (glomerulonefriti)" che possono essere alla base di ipertensione secondaria o di insufficienza renale cronica, se non diagnosticate tempestivamente

g) Il presidio del sapere disciplinare passa per il governo strategico della filiera dei servizi nefrologici e per l'adozione di strumenti di governo clinico per l'appropriatezza della cura

Credo che sia la prima volta che un'organizzazione esterna alla SIN, sia pure in collaborazione con essa, affronta in maniera così dettagliata i compiti del nefrologo (sottolineo solamente la specificazione del nefrologo come unico gestore del nefropatico e delle **complicanze derivanti dalla IR o, nel trattamento dell'IRA**), e soprattutto mette in risalto che il sapere nefrologico passa attraverso il governo strategico e quindi il governo dei modelli organizzativi che possano aiutare all'utilizzare al meglio la scienza nefrologica per ottenere l'appropriatezza della cura desautorando in pratica le direzioni generali dall'essere le uniche depositarie della organizzazione. In altre parole l'organizzazione deve tenere in conto e in maniera precipua, il sapere professionale che determina l'organizzazione e non viceversa.

Tenendo quindi per buono il lavoro SIN-Cergas-Bocconi e volendolo integrare con quanto molto giustamente scrivono e colleghi, non possono essere sottaciuti alcuni aspetti e frasi che, a mio parere, sono pivotali e che vengono riportate nelle conclusioni da cui la nefrologia deve ripartire [23]:

“Il disegno della rete nefrologica deve pertanto partire dal censimento dei bisogni assistenziali della popolazione, delle strutture e degli operatori sanitari e dalle previsioni di incidenza e prevalenza delle malattie renali acute e croniche e delle relative complicanze. Nel modello devono essere descritte le procedure organizzative e assistenziali e definiti i criteri e gli standard al fine di introdurre metodiche di valutazione della qualità sia oggettiva che percepita attraverso specifici indicatori misurabili. Lo scopo finale è quello di migliorare il livello di salute della popolazione italiana, garantendo ciò che è veramente utile ed eliminando sprechi, procedure obsolete e impedimenti all'innovazione e alla crescita delle future generazioni di operatori sanitari.” [23]

Ne risulta quindi la consapevolezza che:

- a) la raccolta dati è fondamentale per stabilire bisogni e necessità assistenziali. Strumenti come il censimento dovrebbero essere resi obbligatori così come raccolte dati ad hoc di database amministrativi (farmaceutici, esenzioni, mortalità, laboratorio)
- b) la *“clinical competence”* rimane lo strumento con il quale il nefrologo si distingue dagli altri specialisti medici
- c) gli indicatori di qualità che consentano valutazioni professionali di benchmarking sono lo strumento per *“migliorare il livello di salute della popolazione italiana, garantendo ciò che è veramente utile ed eliminando sprechi, procedure obsolete”*. In questo il documento del direttivo risponde anche in parte alla grande *“moda”* di questo periodo di cui è ricca tutta la letteratura internazionale sull'*overdiagnosis ed overtreatment* [27] [28].

A questo punto però ci dobbiamo fare una domanda? I nefrologi a che punto sono?

Le giuste richieste di rete organizzativa, di volumi e di presidi nonché di Strutture complesse o semplici possono essere sostenute adeguatamente da quella che Del Vecchio chiama *“adozione di strumenti di governo clinico per l'appropriatezza della cura”*?

Si apre il grande problema degli indicatori clinici. La SIN in passato aveva suggerito indicatori [1] clinici progetto coordinato da Zoccali. Credo che sia una strada da ripercorrere se vogliamo che il sistema nefrologia non sia valutato in termini ragionieristici (Quanto si è fatto ma non come si è fatto). A questo proposito è in atto una campagna internazionale il cui slogan è *“from volume to value”* [29] [30] (full text) che pone proprio l'attenzione non sul rendimento ma sul valore di quanto si è fatto.

Un recente editoriale di Cavicchi su *Quotidiano sanità* [31], pone l'accento sui problemi legati al benchmarking in sanità. Tale tecnica è molto usata e molto considerata da numerosi direttori generali, ma il benchmarking sui costi è ancora più pericoloso:

- *“i costi standard nella contabilità industriale sono uno strumento di controllo dell'efficienza aziendale, in sanità dove il controllo delle performance dipende da una moltitudine complessa di variabili essi sono impiegati come strumento di pianificazione al ribasso dei costi,*
- *i costi delle cure per ragioni intuibili non possono essere standardizzati più di tanto e comunque devono prevedere dei margini di interpretazione perché soprattutto la variabilità dei malati costituisce un grosso fattore di complessità; (soprattutto nelle regioni piccole dove il finanziamento sarà al ribasso e i casi presenteranno, per la bassa numerosità, ampi scostamenti.) ndr.*
- *Nelle strategie industriali la “variance analysis”, assume un ruolo fondamentale di controllo delle performance ed indirizzo delle politiche correttive per il raggiungimento degli obiettivi produttivi. E in sanità? “*

Insomma le analisi ci pongono diversi problemi e diversi casi; tuttavia la valutazione solo dei costi e della sola sostenibilità economica non ci offre alcuna garanzia né di qualità né di efficienza.

Il sistema di budget, almeno così come è concepito attualmente nella maggior parte delle aziende sanitarie, non offre nessuna garanzia di qualità, è infatti sempre più probabile che si raggiungano i risultati di budget senza avere una qualità clinica sufficiente. A puro titolo di esempio possiamo riportare alcuni degli indicatori che si ritrovano nelle schede di budget come la riduzione della spesa telefonica, un uso migliore della radiologia, un uso migliore delle trasfusioni con riduzione delle richieste di urgenza, una minore spesa per farmaci antibiotici e quant'altro. Tuttavia questi indicatori non fotografano assolutamente la qualità clinica di un reparto, infatti non c'è nessun rapporto tra la spesa sostenuta e i risultati ottenuti, cosa che in alcuni casi si è cercato di ottenere con la tecnica del “*balanced scorecard*” [32].

È necessario quindi, se si vuole parlare di qualità in sanità, stabilire degli indicatori CLINICI e passare veramente dalla medicina del volume **alla medicina del valore**. È questo uno snodo fondamentale raggiungibile con almeno due grandi riforme:

a) indicatori centrali stabiliti dal ministero uguali per tutti e raccolti periodicamente per via informatica. Non meravigliamoci di questo aspetto; a tutt'oggi solo i dati della scheda di dimissione ospedaliera (DRG, ICD9, complicanze ed anagrafica) vengono tutti raccolti centralmente. Basterebbe ottenere un accorpamento di dati clinici, laboratoristici, farmacologici, che possano soddisfare quanto abbiamo affermato. Non è da sottovalutare che quasi tutte le ASL hanno dei database che raccolgono dati molto utili ma che non parlano tra di loro. Pensiamo ad esempio all'archivio degli esami biochimici, della farmaceutica, delle esenzioni, della mortalità e quant'altro. Basterebbe incrociare alcuni dati per avere indicatori estremamente potenti per valutare la qualità dell'assistenza. Alcuni anni fa a New York venivano raccolte le emoglobina glicate sulla cui base sviluppare un AUDIT in modo da segnalare ai medici quanti pazienti avessero emoglobina glicata sopra la norma [33]. Anche in Inghilterra il sistema Quality Outcome Framework [34] prevede la centralizzazione di molti dati di laboratorio prelevati dai computer dei medici di medicina generale per l'analisi di benchmarking e per capire la qualità dell'assistenza clinica. In realtà in Gran Bretagna tale sistema serve anche per pagare i medici secondo l'ottica del Pay for Performance che effettivamente non ha dato grandi risultati. Il sistema prevede diversi indicatori (circa 170) alcuni organizzativi ma molti clinici (livello medio PA, Emoglobina glicata nei diabetici, prelievo di creatinina nei pazienti ipertesi o diabetici etc) che sono poi valutati tramite audit professionali aperti e condivisi [35].

Alcune sperimentazioni di valutazione e di aggregazione di vari database amministrativi e clinici hanno dato risultati veramente interessanti [36] (full text). È quindi una soluzione auspicabile, a basso costo, e con evidenti e notevoli ricadute nella assistenza sanitaria.

B) il secondo suggerimento che vorremmo dare riguarda il licenziamento da parte delle società scientifiche di indicatori di qualità professionali tipici della professione che loro rappresentano. Come abbiamo ricordato in precedenza i sistemi di data-base amministrativi non riescono a cogliere la qualità professionale, ed ancora meno la qualità professionale per singola specializzazione medica e chirurgica. Negli Stati Uniti l'associazione Choosing Wisely [37], ha cercato di riunire tutte le società scientifiche in modo che forniscano almeno cinque esami assolutamente inutili e che sarebbe opportuno abbandonare. Questo nell'ottica del "overdiagnosis and overtreatment". In effetti tutte le società scientifiche hanno aderito e piano piano il sito di questa organizzazione si sta riempiendo di procedure od esami considerati inutili. La mia proposta sarebbe quello di fare una cosa simile in nefrologia fornendo almeno tre procedure od esami inutili e al contempo fornire alcuni indicatori di qualità che possano essere utilizzati per fotografare meglio l'attività dei singoli reparti o delle singole attività. Che in nefrologia la cosa sia urgente è data anche dal fatto che da alcuni parti si tende a stimare "overdiagnosis" la IRC [38] con conseguenze, secondo me, molto pericolose e dannose. Ma, ancora una volta, come sottolinea il paper citato, i nefrologi scontano pochi dati e pochi indicatori che possano sostenere le loro tesi. Sorprende che tale aspetto fosse chiaramente individuato nello studio Cergas-Bocconi-SIN1⁵¹: "Elementi che dovrebbero essere in ogni caso considerati requisiti imprescindibili per qualunque valutazione di assetto diversa da quella attuale, sono relativi alla capacità del settore pubblico di definire gli standard qualitativi ed i volumi di prestazioni richieste all'eventuale privato, nonché la capacità di controllo del rispetto di quanto previsto, tutte capacità teoricamente disponibili nelle Aziende Sanitarie Italiane, ma poco messe in campo operativamente". Ci si riferisce al privato ma è indubbio che questo processo debba essere fatto PRIMA nel pubblico.

Gli indicatori clinici sono fondamentali e sono il punto di partenza di qualunque riforma. Questo pensiero non è fine a se stesso ma ha solide basi metodologiche. La certificazione JCI (Joint Commission International) [39] prevede l'analisi e il raggiungimento di indicatori clinici oltre che organizzativi a scelta dell'ente esaminato [40]. Gli indicatori clinici devono però essere desunti da linee guida nazionali ed Internazionali di peso e NON da semplici PDTA.

Anche la norma ISO è piuttosto esplicita:

"4.1 Requisiti generali

L'organizzazione deve:

a) identificare i processi necessari per il sistema di gestione per la qualità e la loro applicazione

e) monitorare, misurare ed analizzare questi processi,

Nell'ambito del sistema di gestione per la qualità devono essere definite le modalità per

tenere sotto controllo tali processi e alle misurazioni."

5.1

L'alta direzione dovrebbe inoltre stabilire le metodologie di misura delle prestazioni.

Tali metodologie comprendono:

- misurazioni delle prestazioni dei processi nell'ambito di tutta l'organizzazione,
- misure esterne, come il confronto con quanto di meglio esiste sul mercato ("benchmarking")

e le valutazioni di terza parte,

- misurazioni di altri fattori di successo individuati dalla direzione.

Riesame 5.6

5.6.2 Elementi in ingresso per il riesame

Gli elementi in ingresso per il riesame da parte della direzione devono comprendere informazioni riguardanti

- c) le prestazioni dei processi e la conformità dei prodotti,

Abbiamo così sintetizzato come diversi sistemi per la qualità abbiano bisogno di indicatori. Più gli indicatori fotografano una situazione clinica più saranno adeguati. È questo il motivo per cui gli indicatori provenienti da una società scientifica e recepiti a livello ministeriale o comunque centrale, potrebbero essere un ottimo punto di partenza.

In ogni caso alcune cose stanno cambiando. È sicuramente da riportare l'esperienza di pagamento non più a volume ma a qualità adottata in Portogallo che è passato da un sistema a pagamento a piè di lista, considerando quindi solo il volume di attività, ad un sistema di pagamento che tenga conto di indicatori di qualità [41]. Dal lavoro non emerge chiaramente chi ha stabilito questi indicatori, ma è probabile che si sia trattato di una concertazione tra chi fornisce la prestazione e chi invece dovrà poi pagarla. In Italia abbiamo un solo esempio che legghi il pagamento alla prestazione eseguita: la Sicilia [42].

La Sicilia, che ha una forte connotazione di privato, ha stabilito che il pagamento debba o possa avvenire solamente quando i vari centri forniscono i dati al registro di dialisi e quando si raggiungano dei livelli di qualità determinati da tre indicatori. Non è sicuramente un punto di arrivo, ma è un esempio. In tutta l'Italia il pagamento viene effettuato a prestazione e non sulla base di indicatori di qualità.

Se la società scientifica dettasse degli indicatori condivisi di qualità della assistenza, allora potremmo ottenere che nei nostri budget vengano citati indicatori di qualità professionale validi in modo da poterli raggiungere e da poterli contrattare con le varie direzioni. La qualità professionale si raggiunge anche con risorse umane e strutturali, sarebbe quindi importante poter sostenere che se non abbiamo risorse umane materiali e strutturali soddisfacenti difficilmente potremmo raggiungere livelli qualitativi accettabili per la nostra società scientifica. Il professor Zoccali già da anni sta lavorando ad un sistema di qualità europeo [43] [44] coadiuvato dal dottor Casino. Questa è una strada obbligata e l'avvento dell'informatica distribuita, della tecnologia *cloud* e soprattutto della cartella clinica *linkata*, ove possibile, ai database di laboratorio di molti ospedali e contemporaneamente ai registri, potrebbero aiutare ad ottenere risultati soddisfacenti, almeno nelle realtà che possano disporne [45]. Aspettare che tutti possano disporre di database amministrativi o clinici in linea è probabilmente solo un sogno anche se l'avvento del fascicolo elettronico potrebbe facilitare, e di molto, le cose [46].

Non possiamo certo sottacere né dimenticarci che noi nefrologi italiani possiamo vantarci di essere ai vertici mondiali nella dialisi grazie allo studio DOPPS [47] che ha implementato diversi indicatori clinici e li ha messi a paragone a livello internazionale. Il problema del DOPPS è che riguarda solo la dialisi e che solo alcuni centri italiani hanno partecipato.

Il sistema da noi suggerito è quindi un sistema a basso costo, ma che potrebbe offrire delle indicazioni precise per lavorare in termini di qualità e di sostenibilità del sistema.

Il lavoro Cergas-SIN-Bocconi 1 [48] poneva anche l'accento su un certo grado di autoreferenzialità dei nefrologi mediato da relazioni interpersonali che, quando assenti, pongono la nefrologia in gravi ambascie per la incapacità di illustrare il lavoro del nefrologo che appare spesso confinato alla dialisi: *“Per quanto riguarda la relazione con i ruoli di Direzione Generale, forse si potrebbe azzardare che quando la relazione è forte ed efficace, questa è costruita sulla base o di competenze pregresse del DG stesso, o comunque di una relazione personale. L'organizzazione non sembra avere in generale un peso in questa relazione, supportando e garantendo efficacia anche quando per cause diverse tale rapporto personale e diretto non esiste: l'organizzazione non pare capace, nella maggioranza dei casi osservati, di introdurre i meccanismi organizzativi minimi per poter avvicinare la Direzione Aziendale e la nefrologia”*

Noi crediamo che tali aspetti di autoreferenzialità e di rapporti diretti con le DG debbano essere limitati da indicatori di qualità sia di risultato oltre che di processo, condivisi e percorribili, permettendo a chi lavora di documentarlo e di ottenere quello di cui ha bisogno.

Non è certo qui né il luogo né il momento di individuare o suggerire indicatori, tuttavia credo che sia urgente e necessario iniziare un dibattito all'interno delle varie società scientifiche che possa portare ad indicatori comuni, condivisi, forti, che possano fotografare le realtà cliniche e porle al di sopra degli indicatori spesso organizzativi spesso banali e spesso fuorvianti utilizzati da molte direzioni per valutare la qualità' e l'attinenza a certi obiettivi.

Viviamo in un tempo di “spending review” dove alcune delle soluzioni proposte possono sembrare, almeno agli amministratori, piuttosto dispendiose e quindi poco percorribili. Credo che unire richieste organizzative basate su risultati clinici possa essere il cavallo di Troia per vincere le resistenze.

Recentemente nel GIN si poneva l'accento su come sia difficile avere una visione omogenea degli indicatori di sanità anche di tipo economico: *“Allora la domanda centrale intorno a cui gira tutto questo dibattito è: come riorganizzare l'assistenza sanitaria senza compromettere l'offerta e la qualità dei servizi ai cittadini e parallelamente contenere i costi? Cioè trasformare, come dicono gli economisti, un'apparente “sciagura” in un'opportunità e rendere l'organizzazione del sistema sanitario più efficiente e attento alle esigenze reali dell'utenza? È evidente che ciò sarà possibile solo se si opereranno delle scelte di politica sanitaria coraggiose con l'obiettivo di una riorganizzazione profonda di tutto il sistema.”*. Non si può non essere d'accordo con tale prospettiva ma prima ancora di riorganizzare si deve sapere perchè (con quale scopo: la “mission” e la “vision”). Un recente articolo del NEJM intitolato “What Business Are We In? The Emergence of Health as the Business of Health Care” [49] iniziava facendo riflettere come la Kodak fosse fallita, nonostante varie riorganizzazioni e tagli interni, perchè non era stata in grado di capire che il business non erano le pellicole o le macchine fotografiche, ma l'immagine che si spostava dall'analogico al digitale. Ecco un bell'esempio, dice l'articolo, di come anche la sanità debba riflettere su quale sia il suo “business”, in altre parole cosa ci stiamo a fare e solo successivamente come farlo. Se lo scopo e il compito del nefrologo sono quelli delineati dal panel SIN-Cergas-Bocconi2, allora l'organizzazione deve essere di un certo tipo, in caso contrario (se ad esempio ai nefrologi deve essere lasciato solo il trattamento della progressione della malattia renale abbandonando la degenza per il modello ad intensità di cura, gli acuti a favore dei rianimatori e appaltando la dialisi), il modello sarà assolutamente diverso. Anche il sistema Hub e Spoke, peraltro non certo unico modello di rete [24], potrebbe essere rivisto alla luce della “clinical competence”, e del volume di attività considerato ideale. Ad esempio se il volume massimo di pazienti che un nefrologo può trattare a tempo pieno varia tra 50 e 200 (come afferma un recente articolo [50]), dovremo prima sapere quanti pazienti ci sono una

certa zona per valutare numero di centri e di spoke (senza contare laboratorio analisi, costruzioni accessi per dialisi etc). Ancora di più se decidiamo che il nefrologo è indispensabile per il trattamento degli acuti (abbiamo indicatori sufficientemente validi?) il modello organizzativo sarà diverso con guardia continuativa, ad esempio. Senza pensare ai risvolti che la "clinical competence" potrebbe avere nei concorsi; in altre parole come può un medico magari non nefrologo che ha prestato servizio in ambulatori dove si effettua solo la dialisi partecipare a concorsi in aziende ospedaliere ad alta complessità? Od ancora come è possibile essere giudicato per un concorso da responsabile di SC, da altri responsabili che provengono da SC di media o bassa "clinical competence" (senza trattamenti per acuti, senza trapianto, senza programmi di DP e con una casistica modesta)? Insomma PRIMA di organizzare dobbiamo dimostrare che quello che stiamo facendo lo stiamo facendo bene od almeno meglio degli altri colleghi che reclamano loro spazi (internisti [51], rianimatori?) spesso in accordo con i Direttori Generali come il lavoro Cergas-SIN-Bocconi1 purtroppo suggeriva [48].

Dobbiamo chiederci se tutte le cose che chiediamo siano effettivamente correlate alla qualità del servizio che siamo in grado di dare, se quello che chiediamo è basato su necessità presunte o valutabili e paragonabili ad altre realtà. A solo titolo di esempio cito che dai dati del censimento 2008 [52] (purtroppo snobbato da molti nefrologi italiani), si evince che il numero di pazienti acuti è ormai simile a quello degli incidenti e che almeno un terzo se non di più sono trattati presso il centro dialisi e non in rianimazione. Ebbene chi tratta più acuti, chi offre una unità di semintensiva o un sistema di trattamento acuti in degenza H24 con equipe ben formate ad addestrate con indicatori di efficacia ed efficienza può avere le stesse risorse o lo stesso ranking di chi ha gli stessi posti letto e lo stesso numero di dimessi ma non tratta acuti?

Fu questo principio che guidò la scelta dell'allora Presidente SIN Zoccali nel promuovere la certificazione in parte terza del percorso della insufficienza renale da parte di Joint Commission International [53]. La speranza era che se uno si fosse certificato con la più alta autorità mondiale di qualità in sanità avrebbe avuto i numeri per affermare di essere veramente superiore ad altri specialisti, ma purtroppo nessun centro di nefrologia ha voluto cimentarsi in questa avventura salvo lamentarsi poi che la nefrologia stia scomparendo.

Non da ultimo è da sottolineare come l'adozione di indicatori forti, condivisi e percorribili è allo stato attuale l'unico argine verso avventure "privatistiche" che, in molti casi, lungi dall'essere sostenute da dati e risultati forti, attualmente mancanti nella maggior parte dei centri pubblici, potrebbero basarsi solo sul costo e su aste senza indicatori clinici che potrebbero premiare, tra i privati, il peggiore che badi solo ai costi e non ai risultati. In altre parole si potrebbe essere tentati di effettuare la dialisi in outsourcing badando solo al costo senza però avere idea di quali indicatori clinici mettere sul piatto della bilancia per capire se il servizio offerto sarà di qualità o meno. Ed ancora peggiore sarebbe la scelta di indicatori imposti al privato senza che il centro proponente ne avesse di suoi e di condivisi. La tendenza a scegliere semplicemente quello a minor costo potrebbe essere una vera iattura con scelte di privati che potrebbero essere di basso livello perché non richiesti di avere standard di qualità elevati. Ed allora proprio il vituperato lavoro SIN-Cergas_Bocconi2 ci offre non solo una chiave di lettura, ma anche una via di uscita: "È bene sottolineare come la ricostruzione proposta *non implichi alcuna valutazione circa la desiderabilità dell'evoluzione nel senso indicato*. Omissis. *Non si tratta solo del fatto che spesso non esistono alternative, per cui è più fruttuoso tentare di capire come fare funzionare al meglio l'unica opzione disponibile, ma anche della necessità di comprendere a fondo quali possano essere le implicazioni di certe soluzioni, al fine di valutare se e come esse possano collocarsi nelle prospettive strategiche della nefrologia nel suo complesso e delle singole unità operative che la compongono*. Omissis e poi come abbiamo accennato in precedenza sottolineo che *Questioni centrali nell'esercizio del controllo nei confronti di questa forma di outsourcing*

sono: [tra gli altri, ndr] • *la capacità dell'attore pubblico nel fare committenza non solo su volumi minimi di attività per soddisfare i bisogni attesi, ma anche sugli standard qualitativi di funzionamento dei servizi*". Credo che quindi, sgombrato qualunque equivoco circa la scelta o meno del privato, quello che manca è una seria politica volta alla valutazione di quello che si fa e come lo si fa pena il ritrovarsi nudi di fronte al privato che magari ha decine di indicatori di qualità [54].

In questo momento, inoltre, la non definizione di adeguati standard sia di competenza clinica che nefrologica appare spalancare spazi importanti a nuovi modelli come il "see and treat" e riapre il problema dell'ospedale di intensità di cura dove, apparentemente, le professionalità sono "equivalenti" sul piano legale, come affermano gli internisti, [55] [56] ma non valutabili (sempre per mancanza di indicatori) sul piano professionale.

I chirurghi per esempio, in un recente appello al Ministro Lorenzin affermano [57]: *"la demotivazione e in alcuni casi anche la rassegnazione di tanti colleghi Chirurghi sono in continuo aumento. Questo, spesso, è dovuto ad un sistema che non premia certamente i più virtuosi, ad un sistema che piuttosto che risolvere i problemi spesso li crea e che troppo spesso non tutela i Professionisti che vi operano; un esempio è rappresentato dalla scelta dei Primari o dalla gestione di alcuni concorsi, dall'assegnazione di alcune borse, dalla valutazione di alcuni titoli o dalle possibilità o meglio dalle non possibilità che hanno tanti giovani di pubblicare su riviste scientifiche, dall'assenza di programmazione in molte Regioni o da un precariato imperante che non crea nessuna certezza per quei giovani che hanno affrontato numerosi sacrifici per conseguire prima la Laurea e poi il titolo di Specializzazione"*. In questo caso i chirurghi pongono problemi concreti ma anche loro non offrono soluzioni: ad esempio come valutare il merito (gestione concorsi, assegnazione borse etc)? Si pongono problemi importanti, si individuano soluzioni molto articolate ma non si offrono chiavi di lettura professionale che, sole, possano tracciare la strada per una vera rivoluzione ed una corretta scelta diagnostico-terapeutica.

Dobbiamo però ricordarci che la sanità si regge sui professionisti e sui risultati che i professionisti possono raggiungere e quindi spetta a noi sanitari sostenere l'indipendenza e la sostenibilità del SSN con strumenti adeguati e non solo economici. In caso contrario la guerra potrebbe essere presto persa [58] e non basterebbero gli appelli alla prudenza [59].

Ed ancora più preoccupata è la voce di Cartabellotta che sempre dal GIN si chiede se esista un futuro per il SSN [60] e di cui riporto i punti, a mio parere, più importanti:

- *"In particolare, non è più differibile la definizione di standard clinico-assistenziali e indicatori di performance unitari per tutto il territorio nazionale.*
- *L'approccio al management continua a essere guidato dalla produttività (output-driven) e non dai risultati di salute (outcome-driven).*
- *Di conseguenza, guidate da un equilibrato mix di evidenze scientifiche e buonsenso, tutte le categorie professionali (medici in particolare) dovrebbero identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal low-value. Tali prestazioni, infatti, riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di denaro pubblico, impossibile da identificare e contenere con i metodi di spending review utilizzati della politica."*

Dobbiamo infine ricordarci che la "clinical competence" [61] dei nefrologi è un capitale da affermare e da conservare. E nella "clinical competence" deve entrare anche il concetto di volume di attività per una esatta valutazione dei modelli Hub e Spoke [62]. La valutazione delle equipe potrebbe essere fatta sulla base dei cosiddetti "privilegi" (nell'ottica Joint Commission International) e che quindi anche la *clinical competence* possa essere la base di una valutazione dei centri di nefrologia e dialisi in modo da poterla usare anche come difesa contro alcuni attacchi, forse non solo strumentali, di organizzazioni come il FADOI che cerca

di far passare il concetto che tutti gli internisti potrebbero essere in grado di trattare i pazienti nefropatici addirittura risparmiando.

Dice infatti il presidente FADOI a *Quotidiano sanità* [63]: *“Oggi infatti, più che parlare di co-morbilità - un concetto che descrive una patologia “dominante” a cui se ne associano altre secondarie - dobbiamo parlare di multi-morbilità: ossia di un insieme di malattie che minano lo stato di salute complessivo dei pazienti. Una categoria di pazienti per i quali occorre individuare i percorsi più idonei e le priorità di cura per arrivare ad una medicina cucita su di loro, che il medico internista è perfettamente in grado di realizzare. Possiamo infatti giungere a una diagnosi, anche la più complessa, grazie a competenze che spaziano in quasi tutte le discipline mediche per tenere quindi le fila delle diverse specialità coinvolte nell’assistenza al paziente guardando al paziente nella sua totalità”*. A suo supporto cita un lavoro su *Annals* [64] ripreso dal *NYT* [65] che afferma che se i pazienti sono curati da Hospitalist si ha un risparmio anche in termini di giorni degenza. A questo noi nefrologi potremmo rispondere con articoli piuttosto datati [66] (full text) [67] (full text) ma ancora una volta non abbiamo dati italiani e non abbiamo dati nefrologici per dimostrare quanto (e se) facciamo bene il nostro lavoro anche se molti lavori in paesi extraeuropei dimostrano una superiorità dei nefrologi [68] (full text) [69]. Esiste peraltro uno studio italiano sulle capacità di diagnosi della IRC dei medici ospedalieri non nefrologi in pazienti di cui era fornita in automatico la funzione renale con formula MDRD, che ha dimostrato che, in presenza di IRC, solo una volta su 5 gli specialisti inserivano nell’ICD9 la diagnosi di IRC [70] (full text). Ma ancora una volta il lavoro Cergas-Bocconi-SIN⁵¹ poneva l’attenzione sul fatto che la maggior parte dei DRG nefrologici vengono dimessi dalle medicine (con DRG nefrologici pari al 25% del totale anche nelle strutture in cui è presente un’unità di nefrologia, perfino superiore a quello delle nefrologie (18%), l’urologia (13%) e la cardiologia (7%)”. Nonostante questo lavoro possa e debba essere criticato in quanto prende in considerazione solo i DRG e non gli ICD9, non si può certo ignorare che è tutta acqua a favore degli internisti se non riusciamo a dimostrare che i pazienti dimessi dai nefrologi sono trattati in maniera più appropriata!

Qualcuno potrebbe inoltre obiettare che i dati DOPPS dimostrano che siamo bravi ma purtroppo sono dati che riguardano la dialisi in gran misura ma non i pazienti in IRC sui quali, in un prossimo futuro, si giocherà la partita di appropriatezza diagnostica e terapeutica (al FADOI interessano i pazienti NON in dialisi).

Ecco che quindi la valutazione della cura migliore, dei percorsi migliori e dei risultati migliori non può essere affidata a autoreferenzialità ma dovrebbe essere basata su dati precisi ed obiettivi.

La SIN ha recentemente avviato un programma di revisione della *“clinical competence”* che giustamente è stato ripreso dall’articolo di Manno e Zuccalà perchè, solo i medici, come ricorda appunto Cartabellotta, sono in grado di arrivare ad ottenere il *“best care at lower cost”* [71] che molti invocano. I nefrologi pongano mano e subito a loro indicatori di qualità, a loro sistemi di verifica che possano dare risultati visibili ed apprezzabili al loro insostituibile lavoro e grande professionalità soprattutto in aeree poco presidiate come la degenza e l’ambulatorio. Gli assessorati e i vertici aziendali, spesso molto sensibili ai richiami della politica, rimangano ancorati a tagli lineari ai costi non professionali. A noi spetta affrontare, in collaborazione con quei direttori generali che possono o che vogliono ascoltarci e a cui possiamo rivolgerci con fiducia, le sfide gestionali e cliniche a cui ci chiamano l’epidemiologia e i pazienti spesso inascoltati e molte volte inconsapevoli e vittime ignare di scelte non professionali.

Affiderei la conclusione a quanto afferma il panel SIN-Cergas-Bocconi 2:

Accanto alle competenze professionali il nefrologo è quindi chiamato a sviluppare competenze manageriali non solo e non tanto nella gestione della singola unità organizzativa ospedaliera: i fenomeni aziendali e regionali dipingono una filiera di offerta interaziendale con elevati fabbisogni di integrazione. Come garantire che i centri siano idonei e operino secondo i migliori standard e come gestire le complicità per i casi ad alta complessità che richiedono uno sforzo multi-professionale sono le questioni che il nefrologo è chiamato a sviluppare per stare in rete.

Bibliografia

- [1] The world health report 2000 - Health systems: improving performance <http://www.who.int/whr/2000/en/index.htm>
- [2] L'Italia virtuosa della spesa sanitaria
- [3] La ricerca svedese: sanità Italiana sotto metà classifica. La Calabria ultima. E il Sud affonda <http://www.sanita.ilsole24ore.com/art/in-europa-e-dal-mondo/2013-07-26/ricerca-svedese-sanita-italiana-105744.php>
- [4] Euro Health Consumer Index (EHCI)
- [5] Global Burden of Disease Study 2010 LANCET
- [6] EPICENTRO: Global Burden of Disease Study 2010: promossa la sanità italiana
- [7] Costi standard, confermate le cinque Regioni di riferimento SOLE 24 ore sanità
- [8] Corriere Sera. La classifica secondo gli esperti
- [9] Panorama Grandi ospedali nefrologia – urologia 26/10/2001
- [10] Ecco i cinquanta ospedali migliori e i peggiori Libero 13/08/2013
- [11] Programma nazionale esiti Agenas
- [12] http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/_Oggetti_Correlati/Documenti/Dal-Governo/benchmark_doc.pdf?uuid=1495a446-f8f7-11e2-b350-2d326bef9612 pag 2
- [13] Readmissions and mortality by THE INCIDENTAL ECONOMIST on MARCH 5, 2013
- [14] Fontanarosa PB, McNutt RA Revisiting hospital readmissions. JAMA : the journal of the American Medical Association 2013 Jan 23;309(4):398-400
- [15] Medicare Revises Hospitals' Readmissions Penalties
- [16] Bedogni G, Masini ML. Epidemiologia e valutazione della malnutrizione ospedaliera. In: Masini ML, Bedogni G. Il processo assistenziale della nutrizione in Ospedale: buone pratiche per la sicurezza dei degenti e la continuità assistenziale. Roma: Società Editrice Universo
- [17] Medicare.gov - the Official U.S. Government Site for Medicare Dialysis Facility Compare
- [18] Consumer report Hospitals
- [19] Image Gallery: Top 10 Nephrology Hospitals
- [20] Care Quality Commission
- [21] Dr. Foster intelligence
- [22] Decreto Balduzzi: considerazioni, analisi e proposte Nephromeet 2/12/2012
- [23] Carlo Manno e Alessandro Zuccalà Modelli organizzativi della rete nefrologica, dialitica e trapiantologica italiana GIN Vol. 3Anno 30MaggioGiugno 2013
- [24] Tozzi VD [Clinical networks in nephrology]. Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Società italiana di nefrologia 2010 Mar-Apr;27(2):188-95
- [25] Del Vecchio M [Nephrology management models]. Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Società italiana di nefrologia 2012 Nov-Dec;29(6):721-7
- [26] Del Vecchio M, Coppo R, Tozzi VD et al. [Lessons learned from the research project "Institutional formats and organizational models for the range of services in nephrology"]. Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Società italiana di nefrologia 2012 Nov-Dec;29(6):746-57
- [27] Fiona Godlee, Editor-in-Chief, British Medical Journal, Overdiagnosis poses significant threat to human health, in: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2012-05/dmc-ops053012.php International conference: Preventing Overdiagnosis
- [28] <http://renalgate.wordpress.com/?s=overdiagnosis>
- [29] Network for Regional Healthcare Improvement From Volume to Value Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs November 1, 2008
- [30] VanLare JM, Conway PH Value-based purchasing--national programs to move from volume to value. The New England journal of medicine 2012 Jul 26;367(4):292-5 (full text)
- [31] Cavicchi Ivan Costi standard o "cura di Stato"? Quotidiano Sanità Agosto 2013
- [32] Balanced Scorecard
- [33] Robert Steinbrook, Facing the Diabetes Epidemic — Mandatory Reporting of Glycosylated Hemoglobin Values in New York City N Engl J Med 2006; 354:545-548 February 9, 2006
- [34] Quality and Outcomes Framework. The Quality and Outcomes Framework (QOF) is the annual reward and incentive programme detailing GP practice achievement results.
- [35] Clinical audits - Primary care

- [36] Degli Esposti L, Saragoni S, Buda S et al. Glycemic control and diabetes-related health care costs in type 2 diabetes; retrospective analysis based on clinical and administrative databases. *ClinicoEconomics and outcomes research* : CEOR 2013;5:193-201 (full text)
- [37] <http://www.abimfoundation.org/Initiatives/Choosing-Wisely.aspx>
- [38] Too Much Medicine Chronic kidney disease controversy: how expanding definitions are unnecessarily labelling many people as diseased. *BMJ* 2013;347:f4298
- [39] <http://www.jointcommission.org/>
- [40] Quintaliani G, Cappelli G, Lodetti L et al. Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part I: clinical care delivery and performance measurements and improvement. *Journal of nephrology* 2009 Jul-Aug;22(4):423-38
- [41] Coelho AP, Sá HO, Diniz JA et al. The integrated management for renal replacement therapy in Portugal. *Hemodialysis international. International Symposium on Home Hemodialysis* 2013 Jul 17;
- [42] Nefrologia Il modello Sicilia
- [43] QUality European STudies (QUEST)—a step forward in the quality of RRT care Kitty J. Jager and Carmine Zoccali *Nephrol. Dial. Transplant.* (September 2005) 20 (9): 2005-2006.
- [44] Jager KJ, Zoccali C Clinical databases and the QUEST initiative. *Blood purification* 2007;25(3):219-20
- [45] Degli Esposti L, Saragoni S, Buda S et al. Awareness of albuminuria in an Italian population-based cohort of patients treated with hypoglycemic drugs. *Journal of nephrology* 2012 May-Jun;25(3):325-31
- [46] DL "Fare". Gelli (Pd): "Con il fascicolo sanitario elettronico una svolta per la sanità e il cittadino" *Quotidiana sanità* 10/08/2013
- [47] Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study DOPPS
- [48] Reborà E [The perception of nephrologists by other healthcare professionals and patients]. *Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Società italiana di nefrologia* 2010 Mar-Apr;27(2):148-57
- [49] David A. Asch, M.D., M.B.A., and Kevin G. Volpp, M.D., Ph.D. What Business Are We In? The Emergence of Health as the Business of Health Care. *N Engl J Med* 2012; 367:888-889 September 6, 2012
- [50] Harley KT, Streja E, Rhee CM et al. Nephrologist Caseload and Hemodialysis Patient Survival in an Urban Cohort. *Journal of the American Society of Nephrology* : JASN 2013 Aug 8;
- [51] FADOI TOSCANA Proposta di Documento Medicina Interna e Nuova Organizzazione Ospedaliera
- [52] G Quintaliani, M Postorino, A Di Napoli, A Limido, A Dal Canton, A Balducci, B Contu, M Salomone, M Nordio, JH Levaldi Ghiron, G Viglino, F Pizzarelli, R Coppo *Censimento SIN 2008: il lavoro del nefrologo GIN VOL. 28, N. 6 Novembre-Dicembre 2011*
- [53] Quintaliani et al: Progetto di certificazione di qualità del percorso "insufficienza renale cronica" *GIN* anno 25 n. 2, 2008
- [54] Richards N, Ayala JA, Cesare S et al. Assessment of quality guidelines implementation using a continuous quality improvement programme. *Blood purification* 2007;25(3):221-8
- [55] Quintaliani G, Gambirasio C, Strippoli G. Are there differences in the treatment of kidney patients if they are admitted to general medicine vs nephrology units? Yes, and they are significant]. *G Ital Nefrol.* 2010 Jan-Feb;27(1):10-9.
- [56] Raffaele Laureano Ci sono differenze nel trattamento del nefropatico se il paziente è ricoverato in medicina o in nefrologia? Non ci sono differenze se il sistema è ben organizzato *G Ital Nefrol.* 2010 Jan-Feb;27(1)
- [57] Chirurghi. Acoi scrive a Lorenzin: "Demotivati da un sistema che crea problemi" à 2/7/2013
- [58] Monti: «Non è garantita la sostenibilità futura del Sistema Sanitario Nazionale» – *Corriere.it.* 27/11/2012
- [59] More than 200 Representatives sign letter urging caution over cuts to ESRD bundle
- [60] Antonino Cartabellotta Esiste un futuro per il Servizio Sanitario Nazionale? I cittadini meritano risposte coerenti dal nuovo esecutivo *GIN Vol. 3 Anno 30 Maggio Giugno 2013*
- [61] G. Cappelli, G. Quintaliani G, Meneghel, La Clinical Competence 25 settembre 2012 *Nephromet.*
- [62] Congresso chirurghi. Mortalità in aumento dove si fanno meno interventi. I primi dati *Quotidiano sanità* 26/09/2012
- [63] Fadoi. I malati "complessi" vanno curati in Medicina Interna. Qualità e risparmio per il SSN *Quotidiano Sanità* 22 nov 2012
- [64] Kuo YF, Goodwin JS Association of hospitalist care with medical utilization after discharge: evidence of cost shift from a cohort study. *Annals of internal medicine* 2011 Aug 2;155(3):152-9
- [65] <http://newoldage.blogs.nytimes.com/2011/08/12/do-hospitalists-save-money/>
- [66] Lenz O, Fornoni A Chronic kidney disease care delivered by US family medicine and internal medicine trainees: results from an online survey. *BMC medicine* 2006 Dec 12;4:30 (full text)
- [67] Kshirsagar AV, Hogan SL, Mandelkehr L et al. Length of stay and costs for hospitalized hemodialysis patients: nephrologists versus internists. *Journal of the American Society of Nephrology* : JASN 2000 Aug;11(8):1526-33 (full text)
- [68] Agrawal V, Ghosh AK, Barnes MA et al. Perception of indications for nephrology referral among internal medicine residents: a national online survey. *Clinical journal of the American Society of Nephrology* : CJASN 2009 Feb;4(2):323-8 (full text)
- [69] Agrawal V, Agarwal M, Ghosh AK et al. Identification and management of chronic kidney disease complications by internal medicine residents: a national survey. *American journal of therapeutics* 2011 May;18(3):e40-7
- [70] Gentile G, Postorino M, Mooring RD et al. Estimated GFR reporting is not sufficient to allow detection of chronic kidney disease in an Italian regional hospital. *BMC nephrology* 2009 Sep 1;10:24 (full text)
- [71] Ferguson TB Jr The Institute of Medicine committee report "best care at lower cost: the path to continuously learning health care". *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes* 2012 Nov;5(6):e93-4