

# LE COLPE DELLA POLITICA NELLA VITA OSPEDALIERA ITALIANA

*A. Boccanelli*

**Dipartimento per le Malattie dell'Apparato Cardiovascolare,  
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata, Roma.**

## **Il “primato della politica”**

Il “primato della politica” è una espressione con la quale si intende che la politica deve perseguire finalità di interesse generale e fare delle scelte che indirizzino verso il raggiungimento del bene comune. Occorre diffidare quando di questo primato sono i politici a parlarne; in quanto, di solito, essi intendono che sia loro compito legiferare in tutti i campi, anche quelli extrapolitici. Poiché risulta deficitaria la capacità della politica di perseguire interessi generali, il “primato della politica” finisce per essere solo un sinonimo di controllo politico esercitato su una ingente quantità di posti e di risorse. La carenza di “alta politica” (quella che persegue l’interesse generale) lascia spazio alla “bassa politica” o “politica debole”, quella che, al massimo, persegue come obbiettivo l’autoconservazione occupando tutti i posti disponibili. Quanto sopra costituisce il motivo principale del discredito e insofferenza crescenti di cui soffre oggi la politica. L’etica pubblica, il ruolo della politica, il rapporto tra politica e affari, il rispetto della legalità sono questioni non ideologiche, in quanto da esse discende, per quanto riguarda il nostro tema, la salute della popolazione. La politica non è un affare, ma un servizio alla società, che comporta la capacità di progettare e di decidere, l’assunzione di responsabilità, prima ancora che di potere. Cercheremo di analizzare come una politica male intesa possa essere ritenuta responsabile di molti dei problemi di cui soffre oggi la vita ospedaliera e, in genere, la nostra Sanità.

## **La Costituzione e la salute**

L’articolo 32 della nostra Costituzione afferma che “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo ed interesse della collettività

e garantisce cure gratuite agli indigenti". I concetti principali sottolineati dalla Costituzione sono:

- universalità dei destinatari
- globalità delle prestazioni
- uguaglianza del trattamento
- rispetto della dignità personale.

Pertanto il diritto alla salute è un bene primario da salvaguardare e la salute è l'obbiettivo primario del lavoro del medico. L'organizzazione del Sistema Sanitario è molto complessa, perché la distribuzione della salute deve essere universale, solidale, uguale per tutti. In che modo l'attuale organizzazione e gestione del SSN garantiscono la corretta applicazione degli enunciati di cui sopra? Esamineremo solo due dei problemi che sembrano ostacolare la giusta applicazione dei dettati costituzionali, che comunque coprono la gran parte dei difetti:

1. l'intrusione della politica
2. l'aziendalizzazione.

A cosa può portare una cattiva gestione di un sistema difettoso? Purtroppo qui non vale il prodotto algebrico di due negatività.

### **L'intrusione della politica**

I valori fondanti del SSN, prima di tutti l'universalità e l'equità, sono ormai entrati nel DNA di una larghissima parte della popolazione italiana e dall'alta politica ci si attende una difesa sostanzialmente trasversale ai partiti (anche se non neutrale) dei modi con cui salvaguardare l'universalità e l'equità. In questo senso, il Governo Centrale deve garantire la sostenibilità e l'unitarietà del sistema, le Regioni e le Aziende Sanitarie il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei budget finanziari, persino i cittadini sono chiamati a rispondere dei propri "sprechi" (p.es. il pagamento del ticket su prestazioni prenotate e non effettuate).

In realtà, l'attuale organizzazione ospedaliera è stata pensata negli anni '20 (la cosiddetta legge Petraghani) e marginalmente modificata nel 1968 (la legge Mariotti), che introdusse i Dipartimenti; ma in quasi un secolo la medicina è del tutto cambiata e non se ne vede traccia nelle scelte organizzative; sembra che l'unica preoccupazione sia quella delle piante organiche, perché i posti di lavoro sono cari alla politica. Le politiche sanitarie si sono concentrate negli ultimi anni sulla riduzione dei posti letto ospedalieri, ma in molte Regioni questo è avvenuto senza una strategia, ovvero senza la preventiva creazione di strutture assistenziali territoriali e senza specificare quali posti letto chiudere e quali no, su una base di programmazione dei fabbisogni. I posti letto si sono ridotti, ma non il personale (una questione che la politica non vuole evidentemente affrontare), così che i risparmi rimangono sulla carta e nel frattempo le dotazioni organiche crescono senza che alla base ci siano criteri di efficienza ed efficacia degli interventi.

La crisi finanziaria pubblica ha spinto le Regioni a ridurre i costi, invece di aumentare l'efficienza, con il risultato di annullare gli investimenti a medio termine e di mettere in crisi per progressiva obsolescenza il sistema ospedaliero.

Manca una strategia di premio alla qualità; spesso l'idea dei Centri di Ec-

cellenza è solo strumentale agli interessi politici locali (che fanno passare per eccellenze le strutture elettoralmente interessanti); anzi, le tariffe sono sempre meno adeguate e finiscono per premiare le strutture di minore complessità.

Sembra pertanto che tutto il sistema sia concentrato sui meccanismi della conservazione del potere, che prescindono da valutazioni di merito (in termini di risultato la salute dei cittadini a costi ragionevoli). È facile che in un sistema di questo genere (finalizzato cioè all'autoconservazione) non siano necessariamente i più bravi a dirigere e a programmare. I sistemi sanitari regionali sono retti dagli Assessori alla Sanità. Questi sono scelti, in base alla necessità di mantenere gli equilibri tra le varie forze politiche che compongono la maggioranza regionale, tra quelli che sembrano avere (ma non necessariamente) delle competenze in politica sanitaria.

Si verifica anche che alcune Agenzie di Sanità Pubblica, organi tecnici degli Assessorati per la programmazione sanitaria, siano affidate a Presidenti o Direttori Generali di nomina politica, non necessariamente dello stesso partito o della stessa corrente dell'Assessore e che seguano una loro linea politica non necessariamente coerente con quella dell'Assessorato.

I manager delle Aziende vengono scelti tra persone della stessa area politica della maggioranza del governo regionale. Spesso non viene lasciata al Direttore Generale la scelta del suo Direttore Sanitario e Amministrativo, in quanto bilanciamenti tra partiti richiedono una suddivisione degli incarichi tra maggiori e minori.

Il Direttore Generale risponde all'autorità politica e ne segue le indicazioni. È raro che duri in carica più di due anni, perché opportune "verifiche" possano garantire una alternanza tra gli "aventi diritto". Questi ultimi sono in numero relativamente ristretto, ma sempre superiore al numero dei posti disponibili, per cui l'alternanza è basata soprattutto sulla necessità di soddisfare un numero di esigenze superiore a quello delle opportunità. In realtà, le "verifiche" sono in genere più di fedeltà politica che di merito e il credo politico generalmente è sufficiente per non essere rimandati a casa indipendentemente dalla resa. Lo *spoils system*, inoltre, rende ancora più traballante la programmazione di Aziende la cui funzione non è tagliata per i mesi o i pochi anni, ma piuttosto per lustri o decenni. Il Direttore Generale, pur nel suo breve arco di periodo di comando, ha un potere monocratico e da lui dipende la scelta dei dirigenti. Anche qui, i posti a disposizione sono generalmente di numero molto inferiore rispetto agli aspiranti: di qui la tendenza alla proliferazione delle strutture (complesse, semplici, dipartimentali, incarichi professionali) con un prevedibile traffico di segnalazioni tese a favorire le assegnazioni. Lo *spoils system* non si ferma ai Direttori Generali, ma arriva a colpire, in modo sempre più capillare, capi dipartimento, dirigenti di struttura complessa, semplice, capi servizio di tutti i gradi, non solo medici, ma tutto il comparto sanitario e amministrativo, con effetto devastante sulla continuità delle strategie sanitarie, che periodicamente vanno ripensate. Gli incarichi quinquennali dei dirigenti, lungi dall'essere una opportunità per la verifica delle capacità, sono divenuti un'arma di ricatto per la fidelizzazione dei dirigenti. In questo *pabulum* in cui il merito ha dei riconoscimenti solo occasionali, fiorisce il servilismo opportunista.

Quando i giornali arrivano a parlare di "malasanità", in generale si individua come capro espiatorio il medico che ha commesso l'errore. In un contesto come quello che abbiamo descritto, in realtà, il medico rimane l'ultimo ba-

luardo contro l'errore, perché la maggior parte degli errori derivano da carenze organizzative. Chi può nuocere di più al sistema, il medico che sbaglia o chi sceglie 100 dirigenti prescindendo dall'accertamento delle capacità? Chi può nuocere di più di colui che crea un clima di demotivazione (non vale la pena di lavorare bene e di più, tanto non mi verrà riconosciuto) o il singolo operatore assenteista, che pure va perseguito per truffa? Naturalmente, quello descritto sopra è il peggiore degli scenari, che per fortuna non si verifica quasi mai per intero, ma il sistema tende a questo e lo rende possibile e non perseguibile. L'assuefazione a questo sistema, tendenzialmente corrotto è il pericolo maggiore.

### **L'aziendalizzazione**

L'aziendalizzazione è stata istituita al fine di razionalizzare l'erogazione delle prestazioni sanitarie secondo principi tipici del mercato e della competizione. Si è scelto di aziendalizzare cominciando (e poi fermandosi) dagli ospedali. Invece, gli ospedali sono per definizione l'area a minore competizione e quindi meno adatti per sperimentare tale innovazione. L'aziendalismo persegue il bene dell'azienda, che può coincidere, ma anche prescindere, dal bene del malato. Se l'aziendalismo viene interpretato da persone non esperte in Sanità, come spesso accade, e che vogliano applicare agli Ospedali gli stessi criteri di funzionamento delle Aziende create per il profitto, il risultato può essere disastroso. Nella grande maggioranza dei casi l'obiettivo assegnato al Direttore Generale è quello del pareggio di bilancio o di contenimento del disavanzo. Purtroppo questo obiettivo viene perseguito, quasi sempre, con il taglio degli investimenti e non attraverso una maggiore efficienza. Questo fa sì che gli ospedali "spendano" il loro patrimonio tecnologico con inevitabile obsolescenza, peraltro spesso aggravata dai cattivi o assenti contratti di manutenzione. Il prodotto salute mal si adatta a logiche aziendali tradizionali, che vengono applicate ad un contesto (quello sanitario) profondamente diverso da quello delle aziende.

Le Aziende Ospedaliere, peraltro, sono inserite in contesti di assoluta mancanza di integrazione. Il nostro sistema tenta faticosamente di ridurre la quota di assistenza ospedaliera, ovvero la quota di offerta riservata prevalentemente all'acuzie, senza aver definito un modello alternativo di assistenza per la cronicità. La cosiddetta "assistenza territoriale" contiene tanto prestazioni per l'emergenza che per l'acuzie e la cronicità, finendo per essere un aggregato definito in negativo, ovvero "tutto ciò che non è ospedale". La maggior parte dei bisogni non soddisfatti sono di ordine socio-sanitario e il sistema attuale è inadeguato, sia come offerta che come organizzazione, a far fronte alle esigenze legate alla convivenza con la malattia, che sono a cavallo tra il sociale e il sanitario. Negli altri Paesi europei si sta investendo sul *disease management* almeno per le principali forme (diabete, BPCO, scompenso cardiaco) che da sole coprono il 70% delle cronicità. Il *disease management* ha il pregio di aumentare la compliance dei pazienti, disegnando percorsi di cura che rendano possibili interventi efficienti e quasi *ad personam*. Come si può pensare che le Aziende Ospedaliere, inserite in un contesto che è semplicemente "il non ospedale" possano funzionare senza il supporto di un territorio funzionante e delle cui disfunzioni devono spesso farsi carico anche economico?

## La valutazione

Nel contesto confuso dell'organizzazione dell'assistenza, è altrettanto fragile il sistema di valutazione. Senza sistemi di valutazione trasparenti e credibili, il sistema sanitario non potrà migliorare, non disponendo degli strumenti per operare scelte efficienti ed efficaci. I sistemi di valutazione sono volutamente tenuti da parte o limitati alla pura (duttile e malleabile) valutazione economica. Nella confusione dei numeri il politico riesce bene a destreggiarsi, utilizzandoli per autoassolversi o per denigrare l'avversario a seconda che metta dei comodi segni + o - davanti alle cifre. Allo stato attuale è anche difficile tracciare un quadro epidemiologico credibile, che pure dovrebbe essere la base di qualsiasi forma di pianificazione. Non è facile stilare classifiche o valutazioni sintetiche obbiettive, ma ai cittadini andrebbe offerta la possibilità di conoscere il grado di raggiungimento degli obbiettivi. Ciononostante, qualche forma di valutazione è possibile per le Aziende Ospedaliere. I differenziali di efficienza tra le strutture tendono ad aumentare di anno in anno. Il costo per punto DRG varia da € 1.800 a € 7.100, ovvero di oltre il 400%. Differenze di questo genere sono imputabili soprattutto a piante organiche squilibrate (in particolare per la quota di personale non sanitario) e produttività del personale.

Possiamo cercare di riassumere i punti fin qui toccati in una sequenza di danni che fanno sì che l'obbiettivo della salute del cittadino sia salvaguardato con grande difficoltà dal sistema attuale:

<i>Danni da intrusione</i>	<i>Danni da aziendalismo</i>
- Scelte politiche dei dirigenti	- Scarsa adattabilità del modello al prodotto salute
- Mancata verifica della qualità dei dirigenti	- Primato delle politiche finanziarie a scapito dell'autonomia organizzativa e progettualità a lungo termine
- Ricattabilità dei dirigenti	- Obbiettivi di bilancio sganciati da obbiettivi di salute
- Servilismo opportunist	- Decontestualizzazione dal territorio
- Demotivazione dei migliori	- Contraddizioni (neo-centralismo vs/ autonomia)
- Valutazione addomesticata	- Valutazione "politica"

Pertanto, la selezione degli erogatori di salute viene operata non necessariamente secondo criteri di merito e gli operatori scelti vengono messi a lavorare in un sistema costituzionalmente inefficiente. Questa è una analisi naturalmente parziale e sotto molti aspetti forzosamente superficiale; ma, per grandi linee, la situazione è questa. Sono possibili dei rimedi?

Analizzeremo diverse possibili metodologie complementari di correzione:

- Il "passo indietro" della politica
- Il governo clinico
- La valutazione dei risultati

## Il “passo indietro”

Alle radici dell'antipolitica c'è l'impressione diffusa che la necessità di far sopravvivere e alimentare gli apparati di partito appiattisca la politica nella gestione del potere, nell'occupazione partitica di ogni spazio istituzionale, mediatico, aziendale, professionale, nella complicità con corporazioni e lobbies, nella subalternità delle scelte pubbliche ad interessi privati, nella disinvoltata elusione di principi etici e leggi civili e penali. La politica deve fissare le regole e deve assicurarsi che arbitri imparziali le facciano rispettare e non deve prendere parte al gioco degli affari. È molto probabile che nei prossimi anni avremo un ricambio della classe politica, anche sull'onda della indignazione che la sua gestione degli ultimi anni ha generato nella popolazione. La classe medica appoggerà quei partiti che garantiscano nel proprio programma di proteggere e sviluppare il Sistema Sanitario disegnato nella Costituzione e che si impegneranno a far sì che colui che dirige un'Azienda Sanitaria abbia comprovate e certificate doti di conoscenza ed esperienza manageriale del settore. Verranno privilegiati quei partiti che favoriranno l'allontanamento della politica dalla gestione diretta a favore delle competenze e di criteri trasparenti e obiettivi.

## Il governo clinico

Il processo di aziendalismo ha avuto, come ricaduta positiva, quello di insegnare, ad una generazione di medici, l'importanza del fattore economico nella gestione della salute. Disponiamo oggi di una classe di medici che si avvale di una doppia competenza, clinica e manageriale, che andrebbe meglio sfruttata. La maggiore preoccupazione del sistema sanitario attuale è quella del contenimento dei costi e della loro riduzione. Sarebbe bene, invece, tornare all'obiettivo di migliorare lo stato di salute e rinforzare il valore primario della salute dei pazienti. Una strategia guidata nella sostanza dalla classe medica, che affianchi la conduzione economica manageriale è essenziale. Un miglioramento del livello di considerazione della salute come obiettivo è qualcosa che solo la classe medica può ottenere e il solo tipo di competizione che può portare ad un visibile miglioramento dei risultati. I pazienti possono ricevere cure migliori, ai medici può essere riconosciuta l'eccellenza e i costi possono essere contenuti. Sono sostanzialmente tre i principi che dovrebbero guidare il governo clinico:

1. l'obiettivo è la salute del paziente;
2. l'attività deve essere organizzata intorno alle condizioni cliniche del paziente (personalizzazione e integrazione);
3. i risultati-esiti “risk-adjusted” e i costi devono poter essere misurati.

Se si seguono questi principi, la soddisfazione professionale è destinata a crescere e le pressioni sui medici diminuiranno. Se i medici non governeranno questi cambiamenti, inevitabilmente dovranno confrontarsi con un crescente e paralizzante controllo amministrativo della medicina. Quest'ultimo è inevitabilmente legato alla politica.

## La valutazione dei risultati clinici e l'esperienza dello studio IN ACS Outcome

La vera rivoluzione del sistema sarebbe quella della valutazione dell'efficienza e della efficacia delle strutture in termini di verifica degli esiti delle cure. Questo è l'unico modo per poter realmente giudicare se un sistema sanitario e i suoi operatori lavorano bene, tenendo conto della tipologia degli ammalati e del contesto organizzativo (risk-adjustment), con possibilità di correggere le situazioni anomale e fornendo al cittadino elementi obbiettivi di giudizio.

La ricerca di *outcome* fa parte del progetto Mattoni del Ministero della Salute, che si è posto il problema di verificare come i sistemi informativi correnti (le Schede di Dimissione Ospedaliera) possano essere utilizzati non solo a scopo amministrativo, ma anche per verificare la performance delle strutture.

A scopo di esempio metodologico, possiamo citare la nostra esperienza sulla valutazione degli esiti nelle sindromi coronariche acute (SCA)

Al fine di una corretta valutazione dell'epidemiologia delle sindromi coronariche acute (SCA), le schede di dimissione ospedaliera (SDO) e i registri clinici si pongono come metodologie complementari. L'importanza di conoscere l'epidemiologia clinica e l'*outcome* delle SCA risiede nel raccogliere dati relativi alla realtà italiana in un registro utilizzabile estensivamente in ogni tipo di struttura ospedaliera che ricoveri i pazienti con SCA.

I vantaggi della rilevazione epidemiologica mediante SDO stanno nel fatto che questo è un sistema di rilevazione dei dati di tipo obbligatorio con possibilità di monitoraggio permanente. Si tratta di dati raccolti per fini amministrativi e non richiede costi aggiuntivi; esiste un sistema centrale di controllo e i dati presentano un elevato livello di completezza. Le SDO, inoltre, coprono l'intero territorio nazionale.

Gli svantaggi delle SDO sono comunque molteplici: la codifica viene fatta a fini prevalentemente amministrativi (legame con il rimborso delle prestazioni), vi possono essere differenze nel tracciato record delle diverse Regioni, può esserci un differenziale regionale nell'accuratezza della codifica, spesso è difficile distinguere le comorbidità dalle complicanze, mancano informazioni specifiche per valutare *outcome* specifici, è possibile svolgere solo studi di tipo retrospettivo. Inoltre, c'è una visione solo parziale del fenomeno (eventi più o meno gravi sfuggono all'osservazione), non utilizzano criteri diagnostici standardizzati e danno indicazioni soprattutto su eventi acuti e sono meno utili nel caso di condizioni croniche.

Possono pertanto essere diversi gli approcci alla valutazione della gravità dei pazienti. Esempi di misure rilevate dalla documentazione clinica e da schede dedicate di rilevazione sono gli studi IN-ACS Outcome, OSCAR, RISC, BPAC2, da affiancare a misure basate su sistemi informativi correnti.

All'interno del progetto Mattoni del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) è attivo un programma per la misura dell'*outcome*, che si pone come obbiettivo quello di introdurre nel SSN procedure e metodi di misura sistematica dell'*outcome* (di servizi sanitari, interventi, patologie, prestazioni). Si è deciso pertanto, nell'ambito del progetto CUORE concordato tra ANMCO e Istituto Superiore di Sanità di creare un linkage con i dati amministrativi, che permetterà di assicurare consecutività e completezza dell'arruolamento, stima valida di occorrenza degli *outcome* (end-point) previsti nello studio e riduzio-



ne delle proporzioni di soggetti persi al follow-up, maggiore accuratezza di rilevazione delle comorbidità nella popolazione in studio, confronto nelle procedure di *risk adjustment* tra informazioni ricavabili da sistemi informativi correnti ed altre informazioni disponibili nel *data set* del progetto, valutazione della possibile introduzione nei sistemi informativi correnti di informazioni cliniche aggiuntive e del possibile ruolo sistematico dei registri di patologia nella validazione delle misure comparative di esito.

### **Lo studio in ACS OUTCOME**

È dimostrato che pazienti con SCA ricoverati in Ospedali di diverso livello tecnologico subiscono trattamenti differenti che dipendono più dal tipo di Ospedale che dalle caratteristiche cliniche di base. La prognosi dei pazienti non sembra variare grandemente nelle strutture cardiologiche con o senza emodinamica, se si analizzano i dati tenendo conto delle caratteristiche di base dei pazienti. Inoltre, le linee guida sono basate sui risultati dei numerosi studi clinici controllati; tra questi, gli studi randomizzati indipendenti nel campo delle SCA sono molto rari e numerosi studi osservazionali o di *outcome* riportano dati in apparente controtendenza rispetto ai trial clinici randomizzati che stanno alla base delle Linee Guida.

Il presupposto per la raccolta di dati clinici è la produzione di standard di riferimento per la costituzione di data-base in cardiologia, che si basa sulla identificazione delle variabili di un data set, sulla messa a punto di una lista di definizioni dei singoli parametri e sull'uso di sistemi informativi funzionali alla misura di:

- Trattamenti
- Esiti
- Caratteristiche di gravità.

### **Obbiettivi dello studio**

*Outcome* a breve e medio termine di pazienti con SCA trattati secondo la normale pratica clinica

#### **OUTCOME PRIMARIO**

morte per ogni causa a 30 giorni, a 6 e 12 mesi.

#### **OUTCOME SECONDARI**

- morte/reinfarto a 30 giorni, a 6 e 12 mesi
- reospedalizzazioni per IMA con ST $\uparrow$  a 12 mesi
- reospedalizzazioni per NSTEMI-SCA a 12 mesi
- reospedalizzazioni per scompenso a 12 mesi
- reospedalizzazioni per eseguire rivascolarizzazione a 12 mesi.

#### **OUTCOME "ORGANIZZATIVI"**

valutazione dei determinanti indipendenti di utilizzo di risorse:



- STEMI: % di pazienti sottoposti a rivascolarizzazione farmacologica o percutanea e determinanti clinico-organizzativi di non esecuzione di terapia ripercusiva.
- NSTEMI-SCA: % di pazienti sottoposti a strategia invasiva entro 48 ore dall'ingresso e determinanti clinico-organizzativi di esecuzione della terapia invasiva.

#### *OUTCOME DI SICUREZZA*

- Ictus da qualsiasi causa a 30 giorni, a 6 e 12 mesi.
- Incidenza di sanguinamenti (minori e/o maggiori) a 30 giorni, a 6 e 12 mesi.

#### *Centri partecipanti*

- Secondo protocollo, partecipano allo studio cardiologie autonome con letti di degenza e centri di medicina generale che siano rappresentativi della realtà italiana per:
  - area geografica (Nord, Centro, Sud)
  - tipo di ospedale:
    - per i reparti di cardiologia: livelli tecnologici:
      1. assenza UTIC,
      2. presenza di UTIC,
      3. presenza di UTIC e emodinamica,
      4. presenza di UTIC, emodinamica e cardiocirurgia
    - per i reparti di medicina: assenza di UTIC nello stesso ospedale

#### *FOLLOW-UP*

##### *Informazioni su:*

- stato vitale
- terapia in atto
- eventi cardiovascolari a 30 giorni, a 3, 6 e 12 mesi.

Il follow-up non prevede l'esecuzione di esami strumentali al di fuori di quelli normalmente previsti dalla routine clinica

##### *Analisi dei dati:*

##### *Analisi stratificate per:*

- area geografica (Nord, Centro, Sud)
- gruppi di centri clinici definiti da comuni caratteristiche strutturali e/o organizzative
- livello socio-economico dei pazienti
- tipo di trattamento.

##### *Indicatori di processo relativi ai trattamenti:*

- distribuzione di pazienti ammessi per IMA ST trattati con terapia ripercusiva farmacologica e non;
- distribuzione e caratteristiche di pazienti trattati invasivamente con diagnosi di NSTEMI e angina instabile;
- distribuzione di trattamenti con farmaci approvati dalle LL.GG. con livello di evidenza 1.

Al momento della stesura del testo (Novembre 2007) risultano attivi 45 Centri per lo studio IN ACS, con 5827 pazienti arruolati. Lo studio IN ACS Outcome è collegato con il progetto di valutazione sistematica degli esiti nel SSN.

Il Progetto "Misura dell'outcome" del SSN si pone come obiettivi:

- Valutazione comparativa sistematica dei soggetti erogatori (Ospedali, Unità operative, Regioni, ...).
- Produzione di evidenze sulla relazione empirica tra caratteristiche strutturali ed organizzative degli erogatori (es.: volume di attività) o modalità di erogazione di prestazioni (es.: assistenza ambulatoriale vs ricovero ospedaliero) ed efficacia delle cure.
- Valutazione dell'efficacia nella pratica clinica (effectiveness) di tecnologie e trattamenti di efficacia teorica dimostrata, di tecnologie e trattamenti introdotti nella pratica clinica in assenza di prove di efficacy.
- Studio della relazione tra caratteristiche di popolazione (es.: genere, livello socio-economico) ed efficacia dei trattamenti, soprattutto per valutazioni di equità.
- Misurazione dello stato di salute della popolazione, di differenze regionali e modificazioni temporali, al fine di facilitare la pianificazione, la sorveglianza e valutazione dei programmi e per fornire alle regioni informazioni appropriate a sostenere le loro politiche.

Il possibile sviluppo futuro di questo tipo di operazioni sarà la ridefinizione della SDO al fine di renderla uno strumento scientifico e non solo amministrativo e lo sviluppo di sezioni aggiuntive finalizzate alla raccolta di dati specifici per i singoli reparti da legare alla scheda tradizionale, che permetta di rendere routinaria o periodica la valutazione dell'*outcome*.

Come si può constatare, è possibile introdurre sistemi di valutazione nel nostro SSN che siano obiettivi e che forniscano risultati misurabili: ci sarà la volontà politica di farlo?