



## UNA STRUTTURA CONCETTUALE PER MISURARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA PUBBLICA

Arden Handler, Michele Issel, Bernard Turnock  
*School of Public Health -University of Illinois – Chicago*

### PREMESSE

Negli ultimi dieci anni, vi è stata una crescente attenzione verso la misurazione della qualità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Tale attenzione si è concentrata sulle diverse relazioni tra la struttura organizzativa, la pratica clinica, gli "esiti" sui pazienti ossia i cambiamenti nel loro stato di salute, con la forte convinzione che la medicina dovrebbe essere basata sulle evidenze scientifiche. Tale orientamento verso la medicina basata sulle evidenze scientifiche è avvenuto contemporaneamente a varie ricerche condotte con il supporto di organizzazioni pubbliche quali l'Ente per la Ricerca sull'Assistenza Sanitaria e la Qualità, (Agency for Healthcare Research and Quality), e congiuntamente ad alcuni tentativi finalizzati a misurare la qualità dell'assistenza, che hanno avuto il sostegno di enti di accreditamento quali il Comitato Nazionale per l'Assicurazione della Qualità, (National Committee for Quality Assurance), e la Commissione sull'Accreditamento delle Strutture Sanitarie (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

Le attività di questi enti di accreditamento, di altri istituti di ricerca privati, e del governo federale, non hanno portato ad un sistema concettuale unico per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie. Tuttavia, i ricercatori dei servizi sanitari che si occupano di questi aspetti capiscono bene che i loro sforzi rientrano in una strategia più ampia atta ad accrescere la qualità dell'assistenza medica e migliorare così gli esiti sul singolo paziente.

Sfortunatamente, non vi è stato alcun movimento parallelo, alcuna ricerca o struttura concettuale per la valutazione della qualità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria pubblica e del rapporto tra le pratiche sanitarie pubbliche e gli esiti sulla popolazione. Questa mancanza di attenzione sulla qualità del sistema sanitario pubblico, è da attribuire al mancato raggiungimento di una linea comune da adottare per rendere operativa la missione della sanità pubblica. Ciò nonostante, durante gli anni 90, la sanità pubblica si è attivata per ridefinire gli aspetti operativi della sua missione, in vista del rapporto dell'Istituto di Medicina "Il futuro della sanità pubblica", che descriveva le ampie funzioni della sanità pubblica in termini di valutazione, sviluppo delle politiche e assicurazione della qualità.

I ricercatori ed i medici interessati alla scienza che sta alla base del sistema di erogazione della sanità pubblica hanno cominciato ad utilizzare questo sistema di importanza cruciale per concettualizzare la pratica sanitaria pubblica e a valutare gli aspetti relativi alla qualità dell'assistenza. Questi sforzi, tuttavia, hanno avuto un valore limitato per diverse ragioni, tra queste la considerazione soltanto di un aspetto qualitativo, ossia i processi fondamentali legati alla pratica sanitaria pubblica. Con una eccezione di rilievo, questi erano anche largamente focalizzati su un livello del sistema sanitario pubblico, le prestazioni locali. Ma la cosa più importante è che, senza un metodo concettuale che descrivesse le componenti del sistema, i tentativi di comprendere gli effetti delle forze esterne sul sistema sanitario pubblico o dei suoi sottosistemi o di esaminare le relazioni tra le diverse componenti del sistema, furono scarsi.

Per fornire una base scientifica per lo studio della qualità dell'assistenza sanitaria pubblica, è infatti necessario articolare una struttura concettuale che spieghi le varie componenti e le relazioni esistenti tra di loro. In questo articolo viene appunto proposto questo sistema.

## INTRODUZIONE

Il sistema concettuale qui proposto per misurare la qualità del sistema sanitario pubblico è basato sul lavoro di Donabedian, che mette insieme struttura, processi, risultati di output e di outcome in un modello per la valutazione della qualità ed il monitoraggio dei sistemi.

Bernard Turnock e Arden Handler avevano proposto un modello simile quale base per esaminare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica durante la metà degli anni 90. Durante questo loro primo tentativo, questi autori avevano preso in esame tutti i vari sforzi realizzati fino ad allora negli Stati Uniti, per misurare la qualità delle prestazioni sanitarie, ed erano giunti alla conclusione che, queste ricerche passate, mancavano di un adeguato sistema concettuale che definisse il sistema sanitario pubblico.

Il sistema proposto in questo articolo è stato messo a punto in collaborazione con un gruppo di esperti e con l'Ufficio per la programmazione sanitaria pubblica (Public Health Practice Program Office), nell'ambito dei Centri di Prevenzione e controllo delle Malattie (CDC, Centers for Disease Control and Prevention).

Come si può vedere nella figura, il sistema sanitario pubblico comprende 4 elementi: la missione, la capacità strutturale, i processi e i risultati di outcome. Queste componenti del sistema sono influenzate da un quinto elemento, il macrocontesto.

Il sistema per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria, la misura in cui il sistema raggiunge la sua missione, richiede la capacità di misurare ciascuno degli elementi del sistema e le relazioni esistenti tra di loro. Sebbene ciascun elemento venga descritto e discusso separatamente, il sistema sanitario pubblico si presume sia un sistema aperto con relazioni che portano ad un'interazione e ad un adattamento reciproco tra i componenti. Allo stesso modo, si presuppone esistano numerose interazioni tra i componenti, che non vengono qui spiegate, almeno in gran parte, per mantenere il sistema il più essenziale e quindi più chiaro possibile.

Questa struttura può essere utilizzata come base per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica nel suo insieme, quindi nei vari enti ed organizzazioni coinvolti nell'erogazione di prestazioni sanitarie pubbliche.

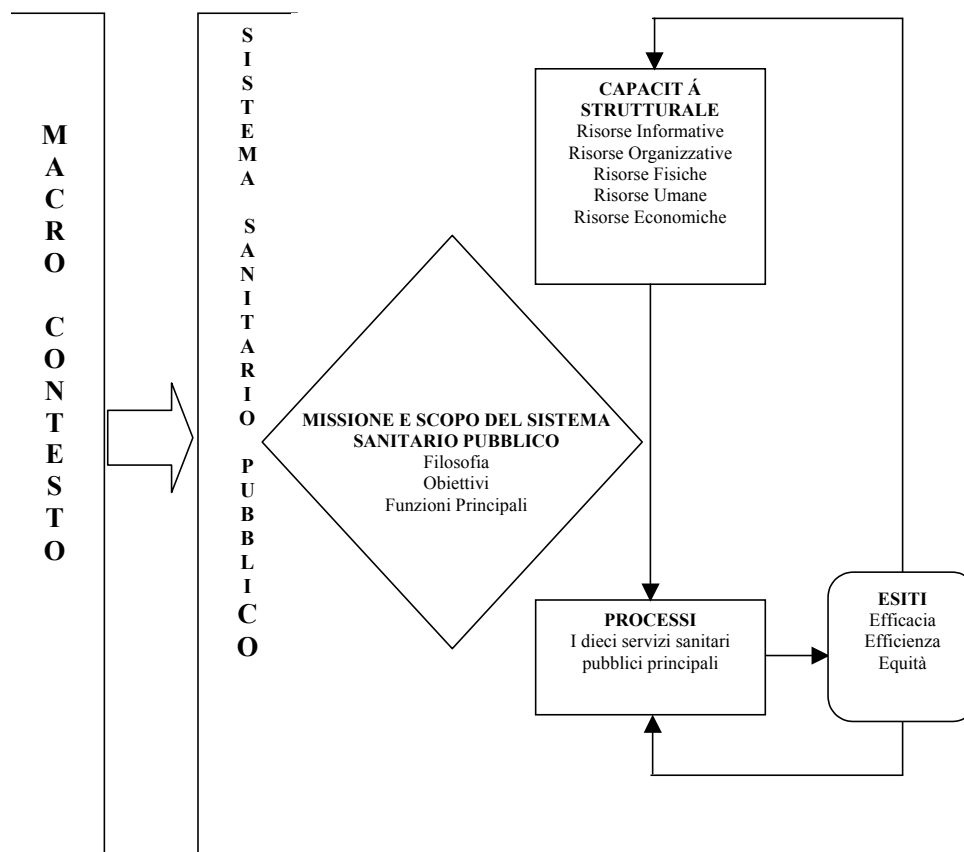
Può essere applicata a più livelli per valutare il sistema sanitario pubblico nazionale, i vari sistemi sanitari statali e locali. Mentre il modello può essere applicato per esaminare la qualità di un intervento o di programma sanitario pubblico specifico, qui l'attenzione è rivolta a sistemi più complessi.

Come mostra la figura 1, la missione, la capacità strutturale, i processi e i risultati di outcome del sistema sanitario pubblico sono influenzati dall'ambiente sociale, economico e politico nel quale opera il sistema. Se la missione e le funzioni del sistema devono essere raggiunte, deve essere presente un'adeguata capacità strutturale. Le risorse e le relazioni che costituiscono questa capacità vengono utilizzate per realizzare i processi di sanità pubblica, quelli che identificano i bisogni prioritari della popolazione in termini di salute, e decidono come



verranno soddisfatti, così come quelli che rappresentano i risultati di output di questi processi più importanti, i servizi sanitari pubblici, le politiche e gli interventi. Questi processi di sistema costituiscono la pratica sanitaria pubblica. I risultati finali dell'assistenza sanitaria pubblica sono i risultati di outcome del sistema, misurati come miglioramenti dello stato di salute della popolazione.

**Fig. 1: Sistema concettuale del sistema sanitario pubblico, che costituisce la base per il sistema di misurazione della qualità dell'assistenza sanitaria**



Di seguito viene fatta una descrizione dei componenti del sistema concettuale e delle relazioni tra loro esistenti.

Nonostante siano innumerevoli i quesiti relativi alla ricerca o all'assistenza che possono essere risolti con questo sistema, questi non vengono affrontati in questa sede. Vengono, tuttavia, presentati alcuni esempi che possono risultare significativi, unitamente ad una discussione su aspetti legati alla misurazione, per ciascun componente del sistema.

## I COMPONENTI DEL SISTEMA

### Il macrocontesto

Il macrocontesto rappresenta il livello al di sopra del sistema e l'ambiente che influenza direttamente o indirettamente l'esistenza ed il funzionamento del sistema sanitario pubblico. Include fenomeni quali le forze sociali, politiche ed economiche che operano nell'intera società

(per es. l'economia nazionale in un determinato momento); il bisogno e la richiesta di servizi sanitari pubblici all'interno della popolazione; i valori sociali e le preferenze per i prodotti del sistema sanitario pubblico (es. l'acqua potabile); e le forze esterne al sistema sanitario pubblico che fanno pressione su di esso perché funzioni in determinati modi (es. il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, i progressi tecnologici, e la natura delle relazioni tra stato e realtà locali).

L'inclusione del macrocontesto nel modello, dimostra che il sistema sanitario pubblico è coinvolto, in una relazione dinamica, con una serie di fattori esterni alla sua missione e al suo scopo. Il macrocontesto può influenzare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica attraverso l'impatto sulla missione del sistema (per es. i cambiamenti nel sistema delle prestazioni sanitarie possono influenzare il modo in cui la sanità pubblica definisce il suo ruolo), sulla capacità (per es. soltanto una quantità limitata di risorse economiche e umane può essere disponibile per il sistema sanitario pubblico), sui processi (i progressi tecnologici potrebbero influenzare l'efficacia degli interventi), e sui risultati di outcome (es. la pertinenza di determinati esiti sullo stato di salute dipende dai valori sociali e dalle necessità in qualsiasi momento).

Ad oggi, domande sul contesto nel quale opera il sistema sanitario pubblico, così come il suo impatto sui componenti del sistema e il rapporto verso la qualità dell'assistenza, non sono state ben formulate. I ricercatori ed i medici, tuttavia, interessati a conoscere l'impatto dell'ambiente sociale, economico e politico sull'assistenza sanitaria, saranno probabilmente in grado di ottenere le misure delle variabili specifiche del macrocontesto da una serie di fonti del settore pubblico e privato. Una serie di possibili domande e di misure esiste, per molte delle argomentazioni del macro contesto di interesse (per es. i valori della società), potrebbero non esserci attualmente misure sufficienti o addirittura nessuna.

## **La missione**

La missione del sistema sanitario pubblico include i suoi obiettivi in qualunque momento e le modalità con cui, a livello concettuale, questi vengono realizzati. All'inizio del 21° secolo, la missione della sanità pubblica è quella di garantire alle persone condizioni di buona salute. Questa missione viene concettualizzata attraverso la realizzazione delle funzioni principali della valutazione, dello sviluppo delle politiche e della assicurazione della qualità. Queste funzioni sono state definite e descritte in vari modi dopo esser state riportate nella relazione dell'Istituto di Medicina. Esse, comunque, sono arrivate a rappresentare i modi generali in cui i problemi della sanità pubblica vengono identificati e affrontati attraverso sforzi organizzati collettivi.

Misurare la "missione" del sistema sanitario pubblico separatamente dalle sue componenti potrebbe essere possibile. Si potrebbe immaginare un esame dell'impatto dei cambiamenti nella missione della sanità pubblica, durante il 20° secolo, sulla capacità del sistema o sui processi, con "il tempo" come surrogato per la missione. Allo stesso modo, se lo scopo è quello di esaminare la missione o lo scopo attraverso i sistemi (es. confronti internazionali), potrebbe essere possibile renderla operativa se la missione di un determinato sistema sanitario pubblico è basata sulla popolazione o focalizzata sui servizi sanitari personali.

## **La capacità strutturale**

La capacità strutturale del sistema sanitario pubblico è costituito dalle risorse cumulative e dalle relazioni necessarie per realizzare gli importanti processi della sanità pubblica. La capacità strutturale comprende i seguenti elementi: le risorse informative, le risorse organizzative, le risorse fisiche, le risorse umane, e le risorse economiche. Una descrizione più dettagliata degli elementi della capacità strutturale è contenuta in un lavoro precedente di Turnock.

Le misure della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico esistono in numerose forme e sono disponibili da numerose fonti. L'Associazione Nazionale dei funzionari regionali e



provinciali (National Association of Country and City Health Officials) ha pubblicato diversi profili nazionali di reparti sanitari locali, con una valutazione ad ampio raggio delle infrastrutture sanitarie pubbliche attualmente in via di sviluppo. Questi rientrano tra le fonti di informazione più utili riguardo la capacità strutturale dei sistemi sanitari pubblici locali. Informazioni simili sono state a disposizione presso gli enti sanitari pubblici fino alla metà degli anni 90 attraverso l'Associazione dei funzionari sanitari di Stato e territoriali (Association of State and Territorial Health Officials), gestito dalla Fondazione Sanitaria Pubblica (Public Health Foundation).

Il Gruppo Lewing ha elaborato un inventario approfondito di fonti per ottenere informazioni sulle infrastrutture sanitarie pubbliche. Secondo quest'inventario non esiste alcuna fonte di dati completa sulla capacità strutturale del sistema sanitario pubblico. Il modello concettuale qui presentato, invece, fornisce l'opportunità di identificare una serie di domande logiche che consentono di ordinare i dati esistenti e di cominciare a produrre, in modo sistematico, conoscenze sulla capacità strutturale delle altre componenti del sistema. Questi sforzi potrebbero portare ad una richiesta per la creazione di misurazioni più complete e consistenti della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico, fornendo un utile aiuto ai medici nell'identificare quelle aree la cui capacità strutturale richiede di essere rafforzata.

## I processi

Le pratiche sanitarie pubbliche possono essere pensate come dei processi chiave attraverso i quali i medici cercano di identificare ed affrontare, dopo aver attribuito delle priorità, i problemi di salute della comunità o della popolazione, le risorse e i risultati di output di questi processi più importanti, gli interventi sanitari, le politiche, le leggi, i programmi e i servizi. I processi della sanità pubblica sono quelli che identificano ed affrontano i problemi di salute, così come i programmi ed i servizi coerenti con i mandati e le priorità della comunità. All'inizio del 21° secolo, i processi della sanità pubblica vengono definiti come "servizi sanitari pubblici essenziali" e costituiscono il punto centrale della pratica sanitaria pubblica. Questi servizi essenziali sono i seguenti:

- Il monitoraggio dello stato di salute per identificare i problemi di salute della comunità.
- La diagnosi e l'approfondimento dei problemi e dei rischi per la salute all'interno della comunità.
- L'informazione e l'educazione delle persone su questioni legate alla salute.
- La mobilitazione delle alleanze all'interno della comunità per identificare e risolvere problemi sanitari.
- Lo sviluppo di politiche e programmi che siano di supporto agli sforzi sanitari individuali e comunitari.
- Il rinforzo delle leggi che proteggono la salute e garantiscono la sicurezza.
- La funzione di tramite tra le persone ed i servizi sanitari necessari al singolo individuo e la garanzia dell'erogazione delle cure sanitarie altrimenti non disponibili.
- La garanzia di una sanità pubblica competente e di un gruppo di lavoro che si occupi delle cure sanitarie personali.
- La valutazione dell'efficacia, dell'accessibilità e della qualità dei servizi sanitari per i bisogni individuali e per la popolazione.
- La realizzazione di ricerche per produrre nuovi spunti e soluzioni innovative ai problemi sanitari.

Questi servizi sanitari essenziali possono essere visti come parzialmente ciclici. Il ciclo ha inizio con l'identificazione e l'approfondimento dei problemi sanitari. Questi processi iniziali, associati al processo di mobilitazione e informazione delle comunità, portano allo sviluppo di politiche e programmi per gli interventi. Attraverso le attività di un gruppo di lavoro competente,

queste politiche e questi programmi vengono tradotti in risultati di output o interventi del sistema sanitario pubblico, nel rinforzo delle leggi, nello sviluppo di altri interventi e servizi ai quali gli individui e la popolazione sono legati. Nonostante la ricerca possa contribuire in diversi aspetti di questo ciclo, la valutazione crea dei legami di feedback a partire dai risultati del sistema sanitario pubblico alla pianificazione. I risultati comunque, delle attività di valutazione aggiungono chiaramente valore ai risultati della ricerca in una determinata area.

È molto probabile che ci siano delle alternative ai legami di feedback sopra descritti. Questa descrizione rappresenta soltanto una parte delle relazioni che potrebbero essere spiegate e potenzialmente considerate da coloro che sono interessati al ruolo della pratica sanitaria nella qualità del sistema sanitario pubblico.

Storicamente, la maggior parte degli sforzi per misurare la pratica sanitaria pubblica è stata focalizzata sulla misurazione dell'esposizione ad interventi sanitari pubblici categorici (risultati di output). Negli ultimi dieci anni, comunque, con l'illustrazione delle funzioni principali della sanità pubblica attraverso i servizi sanitari pubblici essenziali, ci sono stati diversi tentativi per sviluppare misure generiche di pratica sanitaria che sono andate oltre l'attenzione agli interventi categorici. Sempre di più, l'unità di misura della pratica sanitaria pubblica si sta spostando dal programma categorico alla comunità e all'organizzazione. Poiché la pratica sanitaria pubblica è qualcosa di più della somma dei programmi categorici, gli sforzi per misurare i suoi processi devono trascendere i programmi anche perché li include.

In collaborazione con lo staff dell'Ufficio Programmazione Sanitario Pubblico (Public Health Program Office) del Centro di prevenzione e controllo delle malattie (CDC), i ricercatori dell'Università dell'Illinois di Chicago e dell'Università del North Carolina hanno sviluppato e testato una varietà di misurazioni per valutare la qualità dell'assistenza pubblica. Questi sforzi hanno cercato di rispondere a domande sulla qualità di processi correlati di importanza cruciale dalle agenzie sanitarie locali all'interno delle comunità per le quali essi sono a servizio, che ha portato come risultato allo sviluppo di 20 misurazioni concordate, correlate alla qualità della sanità pubblica locale, basate su test condotti dal 1991 al 1995 sull'argomento.

Il Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CDC) sta sviluppando una serie di misurazioni di qualità più estesa per la pratica sanitaria pubblica statale e locale come parte integrante del programma Nazionale per gli Standard di Qualità della Sanità Pubblica (National Public Health Performance Standards Program). Questi standard di qualità verranno inclusi nella revisione del protocollo di valutazione per l'eccellenza nella sanità pubblica (Assessment Protocol for Excellence in Public Health), come nuovo strumento di autovalutazione e di costruzione della capacità per i sistemi sanitari pubblici della comunità, "La Mobilitazione all'Azione attraverso la Pianificazione e la collaborazione" (Mobilizing for Action through Planning and partnerships o MAPP). Queste misurazioni di qualità potrebbero anche essere utili all'interno di un programma di accreditamento nazionale volontario per le organizzazioni sanitarie pubbliche locali e di stato.

Allo stesso modo, queste misure di qualità nazionali hanno il potenziale di fornire sia ai ricercatori e ai medici i primi indicatori di qualità nella pratica sanitaria pubblica concordati a livello nazionale.

La capacità potenziale di queste misure di dare risposte a domande sulla qualità dell'assistenza sanitaria pubblica dipenderà dalla prevalenza e dalla tempestività della loro implementazione. Se il loro uso è diffuso (o persino obbligatorio), e se i dati vengono raccolti ad intervalli regolari, si potrebbe avere alla fine una serie di misure, concordate a livello nazionale, che consentiranno dei confronti, della qualità nel tempo e del rapporto dei processi sanitari pubblici con la capacità strutturale, i risultati di outcome, e con la missione.

## **I risultati di outcome**

Teoricamente, realizzare i processi di pianificazione del sistema e di sviluppo delle politiche genera interventi (output) tesi a migliorare lo stato di salute, il punto più basso del sistema sanitario pubblico. Questi cambiamenti immediati e a lungo termine sperimentati dagli



individui, dalle famiglie, dalle comunità, dagli operatori e dalle popolazioni sono i risultati di outcome del sistema, il risultato cumulativo dell'interazione della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico e dei processi, considerato il macrocontesto e la missione del sistema. Gli outcome possono essere utilizzati per fornire informazioni sulla performance complessiva del sistema, compresa la sua efficienza, la sua efficacia, e la sua abilità nel raggiungere equità tra le popolazioni.

La misura della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico (per es. i soldi spesi, il numero di persone adeguatamente formate) e persino i processi della sanità pubblica potrebbero essere intrapresi con una serie di misure relativamente limitate. È più difficile immaginare di utilizzare una serie di misure per valutare il sistema di outcome, in modo particolare perché ciascun intervento o output potrebbe essere associato ad una moltitudine di outcome. Per guidare la valutazione della performance del sistema sanitario pubblico per quanto riguarda i risultati, la nazione ha stabilito obiettivi sanitari nazionali ogni 10 anni a partire dal 1990. Per la maggior parte, ma non per tutti questi obiettivi, adeguati sistemi di sorveglianza (ad es. i record vitali) sono in posti che consentono un accesso facile ai dati per rintracciare cambiamenti nei risultati di outcome nel tempo. Se queste misure di outcome sono associate a informazioni sulla capacità o sui processi generici del sistema sanitario pubblico, i ricercatori ed i medici potrebbero iniziare a sviluppare una comprensione migliore del particolare contributo del sistema sanitario pubblico ai cambiamenti nello stato di salute oltre al beneficio derivato tipicamente da una valutazione di un determinato programma sanitario pubblico o intervento.

## **Relazioni tra le varie componenti**

Ad oggi, la maggior parte delle ricerche pubblicate sulla qualità del sistema sanitario pubblico hanno focalizzato l'attenzione sull'implementazione di un intervento sanitario specifico (output) ed il suo potenziale o effettivo impatto su uno o più esiti dello stato di salute (per es. le immunizzazioni e le malattie infettive, le cure prenatali e i risultati delle gravidanze indesiderate). Molto poco di questo lavoro, tuttavia, ha cercato di mettere insieme i risultati del sistema sanitario pubblico e processi quali la valutazione e la pianificazione o la capacità strutturale del sistema (es. le risorse umane o le risorse informative).

Allo stesso modo, la ricerca sulle pratiche mediche generiche si è concentrata principalmente sulle prestazioni sanitarie pubbliche (processi) piuttosto che sulle relazioni tra l'assistenza e gli altri componenti del sistema come la capacità strutturale. Mentre, per esempio, alcuni ricercatori hanno esaminato le spese in riferimento ai servizi sanitari pubblici essenziali, non hanno, invece, considerato le relazioni tra queste spese e le effettive prestazioni sanitarie pubbliche. Altri hanno, comunque, tentato di esaminare il rapporto tra l'assistenza sanitaria pubblica e la capacità strutturale e, per esempio, tra l'assistenza e gli aspetti del macrocontesto. Soltanto in una ricerca è stata esaminata la relazione tra la prestazione di processo e le misure dello stato di salute della comunità, e non è stata rilevata alcuna relazione costante tra la prestazione di processo ed i risultati di outcome.

È probabile che la spiegazione di un sistema concettuale per il sistema sanitario pubblico come base di partenza per misurare la qualità dell'assistenza incoraggerà i ricercatori ad esaminare le relazioni tra i diversi componenti del modello. Allo stesso modo, tale sistema potrebbe essere di supporto alla gestione delle prestazioni e al miglioramento dell'assistenza. Negli ultimi dieci anni, i programmi per migliorare la sanità pubblica a livello sia statale che locale si sono sforzati di considerare come possono essere misurati gli effetti derivanti dall'aumento delle risorse e le relazioni esistenti tra di loro e come possono essere legate alla qualità dei processi sanitari pubblici e, in definitiva, ai risultati di outcome.

Di conseguenza, gli sforzi compiuti nell'assistenza comunitaria hanno promosso una ricostruzione delle infrastrutture sanitarie pubbliche (per es. l'Health Alert Network funding) organizzando l'assistenza sanitaria statale e locale attorno al sistema dei servizi sanitari pubblici essenziali (ad es. il National Public Health Performance Standards initiative) raggiungendo obiettivi comuni. Sebbene queste attività siano spesso condotte congiuntamente

all'assistenza comunitaria, i loro legami e le relazioni tra loro esistenti non sono mai stati riconosciuti esplicitamente. Sia l'Ufficio per la Programmazione dell'Assistenza Sanitaria Pubblica (Public Health Practice Program Office) del Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CDC) ed il Programma Nazionale "Turning Point", una importante iniziativa per riformare i sistemi sanitari pubblici sponsorizzati dalle Fondazioni Robert Wood Johnson e Kellogg, hanno riconosciuto l'importanza dell'utilizzo di un sistema comune per la gestione della ricerca e dell'assistenza per accrescere le basi scientifiche della sanità pubblica moderna.

## **Futuro del sistema**

I ricercatori, così come i medici interessati al sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria stanno, a poco a poco, producendo una serie di lavori che prendono in esame gli aspetti della qualità dell'assistenza.

Questi sforzi, tuttavia, sono stati intrapresi senza una struttura concettuale unica e senza avere delle misure concordate. Ora invece, che siamo nel 21° secolo e cerchiamo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica e la sua capacità nel dare delle risposte efficaci, è fondamentale che i ricercatori e i medici che si occupano di sanità pubblica intraprendano i loro sforzi servendosi di un sistema concordato in cui vengano specificati i componenti del sistema sanitario e le modalità con cui questi componenti interagiscono tra di loro.

Il sistema concettuale qui descritto può guidare lo sviluppo di strategie e strumenti di ricerca per monitorare la qualità del sistema sanitario e per produrre e finanziare ricerche che apportino delle migliorie al sistema. Esso consentirà a ricercatori, medici e politici di esaminare in modo più efficace il rapporto tra l'assistenza sanitaria e gli esiti sulla popolazione e contribuirà allo sviluppo di una base scientifica per il sistema sanitario pubblico.

**Publicato anche su *American Journal of Public Health 2001*, by *The American Public Health Association*, riprodotto e tradotto a cura di Willian Gorge su autorizzazione degli autori.**

***Copyright 2001, by the American Public Health Association***

## **BIBLIOGRAFIA**

1990 National Profile of Local Health Departments. Washington, DC: National Association of County Health Officials, 1992.

1992–1993 National Profile of Local Health Departments. Washington, DC: National Association of County and City Health Officials, 1995.

Aday LA, Begley CB, Larson DR, Slater CH. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1993.

Assessment Protocol for Excellence in Public Health. Washington, DC: National Association of County Health Officials, 1991.

Barry MA, Centra L, Pratt E, Brown CK, Giordano L. Where Do the Dollars Go? Measuring Local Public Health Expenditures. Washington, DC: Public Health Foundation, 1998.

Dillenberg J, Atchison C, Baumgartner E, et al. Essential expenditures for essential public health services —selected states, fiscal year 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997, 48:150–152.

Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1980.

Eilbert K, Barry M, Bialek R, Garufi M. Measuring Expenditures for Essential Public Health Services. Washington, DC: Public Health Foundation, 1996.

Eilbert KW, Barry M, Bialek R, et al. Public health expenditures: developing estimates for improved policymaking. J Public Health Manage Pract. 1997;3(3):1–9.

Handler AS, Turnock BJ, Hall W, et al. A strategy for measuring local public health practice. Am J Prev Med. 1995, 11(suppl 6):29–35.

Handler AS, Turnock BJ. Local health department effectiveness in addressing the core functions of public health: essential ingredients. J Public Health Policy. 1996, 17:460–483.

Harrell JA, Baker EL. The essential services of public health. Leadership Public Health. 1994, 3(3):27–30.





- Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1991. DHHS publication PHS 91-50212.
- Institute of Medicine. Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
- Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press, 1988.
- Lewin Group. Strategies for Obtaining Public Health Data at the Federal, State and Local Levels. Fairfax, Va: US Dept of Health and Human Services, 1997.
- Mays G. Organization of the public health delivery system. In: Novick L, Mays G, eds. Public Health Administration: Principles for Population-Based Management. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, 2001.
- Mays GP, Halverson PK, Miller CA. Assessing the performance of local public health systems: a survey of state health agency efforts. *J Public Health Manage Pract*. 1998,4(4):63–78.
- Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKaig C. A screening survey to assess local public health performance. *Public Health Rep*. 1994,109:659–664.
- Miller CA, Moore KS, Richards TB, Monk JD. A proposed method for assessing the performance of local public health functions and practices. *Am J Public Health*. 1994, 84:1743–1749.
- Public Health Foundation. Measuring state expenditures for core public health functions. *Am J Prev Med*. 1995.
- Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Taylor MS, Cooper AD. Evaluating local public health performance at a community level on a statewide basis. *J Public Health Manage Pract*. 1995, 1(4):70–83.
- Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Gatewood DD, Taylor MS. Assessing public health practice: application of ten core function measures of community health in six states. *Am J Prev Med*. 1995, 11(suppl 6):36–40.
- Schenck SE, Miller CA, Richards TB. Public health performance related to selected health status and risk measures. *Am J Prev Med*. 1995, 11(suppl 6):55–57.
- Scutchfield FD, Hiltabiddle SE, Rawding N, Violante T. Compliance with the recommendations of the Institute of Medicine report, *The Future of Public Health: a survey of local health departments*. *J Public Health Policy*. 1997
- Studnicki J, Steverson B, Blais HN, Goley E, Richards TB, Thornton JN. Analyzing organizational practices in local health departments. *Public Health Rep*. 1994;109:485–490.
- Turnock BJ, Handler AS, Hall W, Lenihan DP, Vaughn EH. Capacity-building influences on Illinois local health departments. *J Public Health Manage Pract* 1995,1(3):50–58.
- Turnock BJ, Handler AS, Miller CA. Core function-related local public health performance. *J Public Health Manage Pract*. 1998, 4(5):26–32.
- Turnock BJ, Handler AS. From measuring to improving public health practice. *Annu Rev Public Health*. 1997.

