

La qualità delle cure negli ospedali svizzeri

Analisi di sei indicatori

1 Introduzione

Nel quadro della riforma dei sistemi sanitari, due evoluzioni importanti si confermano: da una parte, una migliore considerazione del diritto dei pazienti e particolarmente dei loro diritti fondamentali; d'altra parte, lo sviluppo di metodi di gestione della qualità. A questo proposito, la misura della qualità delle cure¹ costituisce un elemento chiave, che deve in particolare permettere di verificare che il contenimento dei costi non avvenga a scapito della qualità delle prestazioni. Per gli organismi finanziatori (poteri pubblici e assicuratori), è grande la tentazione di legare il finanziamento delle cure alla loro qualità, fondandosi sulla regola secondo cui bisogna ricompensare coloro che dispensano cure di buona qualità e sanzionare gli altri.

La valutazione dei risultati delle cure non è una questione da poco e gli ostacoli metodologici sono considerevoli. Convinto che questa valutazione è ineluttabile e indispensabile per un funzionamento più razionale e trasparente del sistema sanitario, FoQual (Forum della Qualità²) desidera contribuire con la sua esperienza all'introduzione nel sistema sanitario svizzero di indicatori che siano scientificamente solidi e il cui utilizzo generi costi accettabili.

¹ La definizione della qualità delle cure varia in funzione degli autori e dei punti di vista. Proponiamo la definizione seguente, che tiene conto sia della definizione della qualità delle cure pubblicata nel 1991 dall'Institute of Medicine degli USA, sia della definizione della qualità che figura nelle norme ISO 9000, così come del punto di vista dei pazienti, dei fornitori delle cure e degli organismi finanziatori: **“La qualità delle cure è la capacità di rispondere in maniera equa ai bisogni impliciti ed espliciti dei pazienti, secondo le conoscenze professionali attuali e in funzione delle risorse disponibili”**.

² FoQual è una rete di professionisti della salute direttamente implicati nella gestione e nella valutazione della qualità delle cure. Raggruppa in particolare dei responsabili della qualità di ospedali di cure acute e dei ricercatori nel campo della qualità delle cure. Una presentazione degli obiettivi di FoQual e la lista degli autori di questo documento è disponibile sul sito Internet <http://www.hospvd.ch/quality/foqual>.

Durante il primo semestre dell'anno 2000, FoQual ha condotto una riflessione su diversi indicatori della qualità delle cure. Per indicatore³ si intende un elemento misurabile che informa su un fenomeno complesso (la qualità delle cure) che non si può cogliere direttamente o facilmente.

I membri di FoQual si sono riuniti per:

- identificare gli indicatori che necessitano un'analisi approfondita;
- designare dei gruppi di lavoro incaricati di eseguire quest'analisi e di presentare le loro raccomandazioni riguardo agli indicatori presi in considerazione;
- definire lo schema di analisi, il calendario e il tipo di rapporto atteso da ciascun gruppo;
- convalidare le analisi eseguite e le raccomandazioni presentate;
- approvare il presente rapporto.

Per ogni indicatore considerato, il rispettivo gruppo di lavoro doveva in particolare rispondere alle seguenti domande:

1. Significato dell'indicatore: cosa si sa della relazione tra l'indicatore proposto e la qualità delle cure? L'indicatore rispecchia la qualità delle cure in senso lato o coglie solo un aspetto particolare della qualità delle cure?
2. Possibilità di generalizzazione dell'indicatore: l'indicatore è utile in tutti gli istituti e sottogruppi di pazienti o solo in certe circostanze particolari?
3. "Performance" dei metodi di misura: esistono degli strumenti e/o degli approcci per misurare questo indicatore? Quali sono l'affidabilità e la validità di ogni metodo?
4. Casemix: quali sono, al di fuori della qualità delle cure, i fattori predittivi dell'indicatore proposto, a livello di ogni paziente, da includere negli aggiustamenti dei casemix? Quali strumenti di casemix si devono raccomandare?
5. Interpretabilità: come sono interpretati i dati? Quali sono le referenze o le norme internazionali esistenti?
6. Utilizzo dell'indicatore: quali misure concrete (misure correttive, analisi più dettagliate, ecc.) deve prendere l'istituto che constata un problema rivelato dall'indicatore in questione ?
7. Ricerca e sviluppo: si può attualmente rispondere in maniera soddisfacente alle domande summenzionate oppure esistono dei bisogni di ricerca e sviluppo?

³ La NAQ (National Arbeitsgemeinschaft für Qualitätsförderung im Gesundheitswesen) ha definito così un indicatore (Cf. NAQ-News, 1999, extra. BMS 1999; 80; 32-33: 1960-67): **"Un indicatore dà informazioni sulla qualità. E' basato su di un consenso o sulla valutazione scientifica di indicatori di qualità"**.

8. Costo: quale valutazione approssimativa si può fare sul costo dell'implementazione e dell'utilizzo dell'indicatore?
9. Conclusioni e raccomandazioni: il gruppo di lavoro raccomanda o sconsiglia l'implementazione dell'indicatore? A quali condizioni?

Sono stati presi in considerazione sei indicatori della qualità delle cure: **la codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici, la soddisfazione dei pazienti, le infezioni nosocomiali, le ulcere da decubito, le riammissioni e le cure dell'infarto miocardico.**

Cinque di questi sei indicatori sono stati scelti soprattutto perché la loro introduzione potrebbe essere richiesta dalla Commissione comune dell'Associazione svizzera degli ospedali (H+) e del Concordato degli assicuratori malattia svizzeri (CAMS), che è incaricata di vegliare all'applicazione della convenzione sulla qualità tra fornitori di cure e assicuratori prevista all'articolo 77 dell'OAMal (Ordinanza federale sull'Assicurazione Malattia del 27 giugno 1995).

Ognuno dei sei indicatori è stato analizzato da membri di FoQual con conoscenze ed esperienza vaste nel campo considerato. La posizione di FoQual al riguardo di questi indicatori è qui presentata in maniera sintetica⁴.

2 Sintesi delle analisi

2.1 Codifica delle diagnosi e degli interventi chirurgici

Nonostante che questo indicatore non sia in senso stretto un indicatore di qualità delle cure e per ora non sia considerato né dalle istanze federali né dalla commissione comune H+/CAMS, FoQual ritiene che si tratti di un indicatore di primaria importanza. Infatti, nel campo della qualità delle cure, i risultati forniti dalla maggior parte degli indicatori non possono essere comparati tra un ospedale e l'altro ("benchmarking") senza eseguire aggiustamenti statistici, vale a dire senza prendere in considerazione le differenze legate alle caratteristiche dei pazienti trattati (casemix). I codici diagnostici e terapeutici giocano un ruolo importante per tali aggiustamenti, per cui la loro esattezza è di importanza capitale per fare dei confronti tra istituti e quindi è fondamentale verificare la qualità della codifica, vale a dire l'esattezza dei codici relativi alle diagnosi dei pazienti ricoverati negli ospedali e nelle cliniche svizzere e agli interventi eseguiti. Inoltre, visto che la legge federale sulla statistica obbliga tutti gli ospedali a codificare le diagnosi e gli interventi chirurgici, i principali dati necessari alla valutazione della qualità della codifica sono già disponibili in tutti gli istituti.

⁴ I rapporti specifici a ognuno di essi, che riprendono la struttura tematica descritta sopra, sono disponibili sul sito Internet <http://www.hospvd.ch/quality/foqual>. Da notare che sono stati redatti da gruppi di lavoro differenti, per cui il modo di analisi della situazione e la redazione variano secondo l'indicatore studiato.

L'introduzione di indicatori di qualità della codifica è dunque prioritaria ed è vivamente raccomandata.

2.2 Soddisfazione dei pazienti

Anche se non copre tutti gli aspetti importanti delle cure, il tasso di soddisfazione dei pazienti è un indicatore largamente accettato della qualità delle prestazioni. La sua applicazione necessita la scelta di un questionario comune per tutti gli ospedali che hanno una missione simile (al fine di poter comparare i risultati) e l'elaborazione di una procedura che specifichi precisamente le modalità di utilizzo del questionario (campionatura dei pazienti, momento dell'invio, ritmo dei richiami, ecc.). Tenuto conto dell'influenza di fattori diversi sul livello di soddisfazione, due variabili almeno devono essere raccolte, oltre alle risposte ai questionari: l'età e l'origine (svizzera o estera) dei soggetti. Il questionario scelto deve essere uno strumento la cui validità e affidabilità siano conosciute e le migliori possibili. I risultati delle inchieste devono essere comunicate senza ritardi alle persone coinvolte e le azioni correttive che ne derivano devono essere documentate.

Nella misura in cui le condizioni summenzionate siano soddisfatte, l'introduzione di questo indicatore è raccomandata.

2.3 Infezioni nosocomiali

La frequenza delle infezioni nosocomiali è un indicatore che può essere utilizzato in tutti gli ospedali. L'esperienza scientifica acquisita nel corso degli ultimi decenni è del resto importante. La sorveglianza delle infezioni nosocomiali non può però concernere tutti i pazienti ospedalizzati e tutte le infezioni in maniera continua e simultanea: deve essere applicata a popolazioni mirate. Le infezioni prese in considerazione devono essere definite in maniera precisa e il loro rilevamento deve essere eseguito secondo procedure standardizzate e comuni a tutti gli ospedali. Le persone responsabili di raccogliere i dati negli istituti devono disporre di una formazione e di una supervisione specifica, oltre al tempo necessario allo scopo. Inoltre, devono essere indipendenti dai reparti implicati e avere un'attività che comprenda non solo il censimento dei casi, ma anche la prevenzione delle infezioni. I risultati dei rilevamenti devono essere comunicati regolarmente alle persone coinvolte e le azioni correttive che ne derivano devono essere documentate.

Nella misura in cui le condizioni summenzionate siano soddisfatte, l'introduzione di questo indicatore è raccomandata⁵.

⁵ Il gruppo Swiss-Noso, formato nel 1994 su iniziativa dell'UFSP (Ufficio Federale della Salute Pubblica), conta fra i suoi membri i principali specialisti in igiene ospedaliera della Svizzera. Ha un'esperienza pratica della sorveglianza delle infezioni nosocomiali a livello inter-ospedaliero e ha realizzato diversi progetti comuni a livello nazionale. E' disposto a partecipare allo sviluppo e alla gestione della sorveglianza delle infezioni nosocomiali che fossero richieste dalla Commissione comune H+/CAMS (secondo modalità da definire).

2.4 *Ulcere da decubito*

La metodologia per il monitoraggio di questo indicatore non è ancora chiaramente stabilita. Deve essere elaborata una definizione precisa delle ulcere da decubito e del loro livello di gravità, così come una procedura che specifichi come deve essere eseguito il loro censimento. Visto che il tasso delle ulcere da decubito può variare considerevolmente indipendentemente dalla qualità delle cure fornite, è indispensabile raccogliere dati quali l'età, il sesso e lo "score" di rischio (con una scala del tipo Norton, Braden, Gosnell, Waterloo o Fragmment), per poter procedere all'aggiustamento statistico dei tassi di ulcere da decubito in funzione delle caratteristiche dei pazienti. Inoltre, la frequenza delle ulcere da decubito è un indicatore che dovrebbe essere introdotto solo nei luoghi di cura dove almeno una delle tre condizioni seguenti è presente: durata del soggiorno superiore a tre giorni, età media elevata, malattia o intervento che riducono notevolmente la mobilità dei pazienti.

Le condizioni summenzionate sono difficili da soddisfare. Tuttavia, se lo fossero, l'introduzione di questo indicatore può essere raccomandata.

2.5 *Riammissioni*

Di tutte le riammissioni, solo quelle impreviste ed evitabili devono essere prese in considerazione. L'identificazione di queste ultime è impegnativa perché, attualmente, può essere fatta solo leggendo le cartelle cliniche di tutti i pazienti riospedalizzati (entro un intervallo di tempo che deve essere stabilito: per esempio 5, 15, 30, 90, 180 o 360 giorni). Il tasso di riammissione può inoltre variare per diverse ragioni totalmente indipendenti dalla qualità delle cure fornite dall'ospedale: l'età, le malattie concomitanti (co-morbidità), l'accessibilità a servizi diversi dall'ospedale, la severità e l'evoluzione naturale della malattia, la qualità della presa a carico ambulatoriale. Tutti questi fattori possono influenzare il tasso di riammissione, così come la qualità delle prestazioni fornite dall'ospedale.

Anche se il tasso di riammissioni impreviste per un'affezione conosciuta è un indicatore largamente utilizzato negli Stati Uniti, gli studi pubblicati fino ad oggi non apportano alcuna prova che un tasso elevato di tali riammissioni rifletta necessariamente una scarsa qualità delle cure.

Questo indicatore non può essere escluso in maniera definitiva, poiché delle ricerche nel corso dei prossimi anni potrebbero migliorarne le proprietà. Per ora questo indicatore non dovrebbe essere introdotto.

2.6 *Cure dell'infarto miocardico*

E' possibile definire diversi indicatori in relazione ai processi di cura forniti a pazienti con infarto miocardico (tasso di prescrizione di medicinali quali betabloccanti o

antiaggreganti, tasso di interventi di rivascolarizzazione o di esami diagnostici, tasso delle misure preventive, tempi di utilizzo, ecc.). Tuttavia questi indicatori possono essere misurati correttamente solo determinando in maniera precisa i pazienti che non presentano né controindicazioni al trattamento considerato, né preferenze per un altro intervento di efficacia minore. La severità dell'infarto e la co-morbidità devono essere rilevate allo scopo di tenere conto delle differenze di casemix in caso di confronti interospedalieri. Inoltre, gli studi fatti fino ad oggi non permettono ancora di definire la combinazione di indicatori che rifletta al meglio la qualità delle cure fornite ai pazienti che presentano un infarto miocardico. Infine, questi indicatori non concernono che una parte limitata dell'attività di un ospedale di cure acute.

Gli indicatori in relazione ai processi delle cure fornite ai pazienti con infarto miocardico non dovrebbero per ora essere introdotti.

3 Discussione

Nel corso dell'analisi degli indicatori poc'anzi citati in forma riassuntiva sono emersi diversi punti importanti, che meritano secondo noi una riflessione approfondita prima che un sistema di indicatori possa essere implementato.

- E' importante in primo luogo definire il quadro generale in cui gli indicatori di qualità delle cure saranno utilizzati. Indipendentemente dalle proprietà di questi indicatori, il loro apporto dipende fondamentalmente dallo scopo per il quale sono introdotti, e questo scopo deve essere secondo noi di **promuovere la qualità delle cure**. E' quindi cruciale preoccuparsi non solo di raccogliere dati di buona qualità, ma anche di determinare i processi relativi all'elaborazione di questi dati, alla comunicazione dei risultati e al monitoraggio delle azioni correttive derivanti dai risultati. Siccome la misura della qualità delle cure è irta di ostacoli, bisogna diffidare delle interpretazioni affrettate e dei giudizi sommari a cui i risultati forniti da un indicatore potrebbero condurre. L'utilizzo di sanzioni, in particolare finanziarie, basate su numeri, la cui affidabilità rimane relativa (malgrado tutti gli sforzi intrapresi), non potrebbe che indurre un effetto contrario a quello atteso, incitando i professionisti della salute a "curare bene gli indicatori" al posto di curare bene i pazienti. Questo punto è particolarmente importante se si considera che la convenzione H+/CAMS prevede appunto un utilizzo "sanzionatorio" dei dati raccolti.
- Il secondo punto concerne la distinzione tra un utilizzo dei risultati limitato a ogni istituto e destinato a una promozione interna della qualità delle cure, senza possibilità di confronto con altri, e un utilizzo allargato, che permetta a diversi ospedali di confrontarsi tra loro ("benchmarking"), senza necessariamente rinunciare a preservare l'anonimato di ognuno. Quest'ultimo approccio rende possibile una emulazione tra

ospedali e un apprendimento più efficace (si copiano i migliori), ma è notevolmente più esigente in termini di qualità dei dati e comporta certi rischi di deriva, come la compilazione di classifiche e hit-parades affrettate, suscettibili di finire sulle prime pagine dei media. Il benchmarking è dunque uno strumento potenzialmente pericoloso per le reputazioni, sapendo che le precauzioni nell'interpretazione dei dati sono spesso dimenticate al momento della comunicazione al pubblico.

Il benchmarking non dovrebbe quindi essere introdotto senza certe precauzioni. Necessita di indicatori la cui validità e affidabilità siano ottimali, di procedure di raccolta dei dati rigorosamente standardizzate in tutti gli istituti considerati, di dati dalla qualità irreprensibile, di un'attenzione particolare all'aggiustamento dei casemix di pazienti, di una procedura di analisi dei dati unificata e di un'interpretazione prudente dei risultati. Ciò implica in particolare che le persone incaricate di raccogliere i dati ricevano una formazione comune e che ogni ospedale trasmetta i dati grezzi a un centro (locale, cantonale o nazionale) che si incarichi poi del loro trattamento e della loro analisi.

I dati destinati unicamente all'uso interno a ogni ospedale possono invece essere raccolti secondo metodi non unificati, propri a ogni istituto, ed essere analizzati sul posto. Pur essendo più semplice e comportando meno rischi di deriva mediatica, questo approccio individuale non garantisce però la stessa qualità nella misura e nell'interpretazione dei dati, particolarmente per gli ospedali di piccole dimensioni, raramente provvisti di esperti in materia.

- Il terzo problema è quello della diffusione dei dati e del grado di anonimato. Un largo accesso ai dati è da vedere con occhio favorevole in termini di trasparenza e di informazione del pubblico, ma comporta rischi di uso errato, abusivo o malevolo, e quindi il pericolo di un riflesso difensivo e protezionista degli ospedali, in seguito a eventuali "derive". Il segreto e l'anonimato eliminano questo rischio, ma riducono considerevolmente l'interesse di un sistema di informazione caro e complesso.
- Infine, conviene considerare il costo legato all'utilizzo di indicatori. Si può stimare che in un ospedale la raccolta dei dati concernenti un indicatore costi almeno 50'000 Frs, ossia 300'000 Frs per sei indicatori. Per l'insieme degli ospedali svizzeri, i costi raggiungerebbero dunque circa 100 milioni di franchi all'anno, senza contare i costi di funzionamento di un eventuale centro nazionale incaricato di trattare i risultati, né soprattutto il costo delle misure correttive e di miglioramento della qualità delle cure negli ospedali stessi. Il modo di finanziamento di tutte le attività legate agli indicatori merita quindi una riflessione.

I membri di FoQual ritengono che l'introduzione di indicatori potrà essere presa in considerazione solo quando saranno state date risposte soddisfacenti a queste domande. Essi sono a disposizione per partecipare alla riflessione riguardo a questi problemi.

4 Conclusioni

Noi speriamo che questa analisi contribuirà a mettere in luce la complessità della messa in opera e dell'utilizzo di indicatori della qualità nel campo delle cure e che arricchirà il dibattito sulle scelte che dovranno essere fatte. Dei sei indicatori studiati, FoQual ritiene che uno di essi (**la qualità della codifica**) dovrebbe essere introdotto in maniera prioritaria, poiché da lui dipende il valore degli insegnamenti tratti da altri indicatori. Due altri (**la soddisfazione dei pazienti, le infezioni nosocomiali**) possono essere rapidamente implementati se un certo numero di condizioni saranno soddisfatte. Per i tre ultimi (**ulcere da decubito, riammissioni, cure per l'infarto miocardico**), la loro introduzione è prematura.

Gli studi eseguiti costituiscono una tappa che riteniamo importante ma tuttavia preliminare nella comprensione della posta in gioco legata a questi indicatori. FoQual raccomanda formalmente che non siano prese decisioni operative che abbiano forza di legge, prima che abbia avuto luogo questo dibattito di fondo, le cui grandi linee e i cui problemi sono stati abbozzati sopra (vedi capitolo 3 Discussione). Idealmente, l'insieme degli attori principalmente coinvolti (fornitori di prestazioni, poteri pubblici, assicuratori, associazioni di pazienti) dovrebbero parteciparvi. I membri di FoQual restano a disposizione per prendervi parte e per contribuire attivamente a questa riflessione.

Per il Forum della Qualità:

dott. Daniel Petitmermet, Losanna

dott. Fabrizio Barazzoni, Bellinzona

dott. Thomas Perneger, Ginevra

dott. Nicolas Troillet, Sion

(Traduzione: dott. Michele a Marca, EOC)

Info FoQual

Daniel Petitmermet

Secrétaire général des Hospices cantonaux

Bugnon 21, 1005 Lausanne

Tel. 021 / 314 70 05

Fax 021 / 314 70 11

e-mail: daniel.petitmermet@hospvd.ch