

## Dalla Letteratura

A CURA DI NATANGELO R.

### COME GLI OSPEDALI POSSONO EFFICACEMENTE IMPIEGARE GLI INDICATORI PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

(DE VOS M, GRAAFMANS W, KOOISTRA M, MEIJBOOM B, VAN DER VOORT P, WESTERT G. USING QUALITY INDICATORS TO IMPROVE HOSPITAL CARE: A REVIEW OF THE LITERATURE. INT J QUAL HEALTH CARE ADVANCE ACCESS PUBLISHED JANUARY 20, 2009; DOI:10.1093/INQHC/MZN059)

Ricordiamo che gli indicatori vengono definiti come “una aggregazione di dati relativi a più soggetti o procedure che consente di misurare la qualità dell'assistenza erogata da un singolo operatore, un servizio o un sistema sanitario e di trarne indicazioni per migliorarla”.

Gli ospedali raccolgono e monitorizzano i dati forniti loro dagli indicatori di qualità delle prestazioni sanitarie per migliorare la qualità stessa. L'assistenza inferiore allo standard può rivelarsi a livello di struttura, processo assistenziale e risultato per il malato.

Ma quali sono le strategie più valide in questo campo, ammesso che ne esistano di veramente efficaci? Anche se si è davanti ad una considerevole variabilità nei metodi impiegati e nei risultati raggiunti nella letteratura internazionale, si può affermare che forse alcuni programmi sono apparsi particolarmente utili.

Sono queste le conclusioni alle quali arrivano i ricercatori dell'Università di Tilburg in Olanda, che hanno condotto uno studio sistematico su MEDLINE e sulla Cochrane Library - negli anni dal gennaio 1994 al gennaio 2008 - utilizzando tutti i trials ospedalieri che considerano gli effetti degli indicatori di qualità come strumento per migliorare la qualità dell'assistenza.

La valutazione della bibliografia è stata condotta da due revisori indipendenti. Le ricerche che non riportavano misure sia di base che di follow-up e che non includevano un gruppo di controllo ed uno di intervento sono state escluse.

Alla fine sono stati considerati per l'analisi 21 studi, escludendo tra l'altro le ricerche concernenti l'assistenza primaria, le cure odontoiatriche e la salute mentale.

Nella maggior parte dei casi le ricerche erano focalizzate più sul processo di assistenza che sui risultati per il paziente.

Soltanto sei studi valutavano anche gli effetti dell'applicazione degli indicatori di qualità sui risultati (outcome) per il malato. In quattro di queste ricerche, l'implementazione degli indicatori fu giudicata non efficace (effective), in uno fu efficace soltanto in parte, e in uno efficace totalmente. Gli studi furono considerati efficaci se più della metà di tutte le misure di outcome erano migliorate significativamente, parzialmente efficaci se circa la metà delle misure di outcomes miglioravano significativamente e non efficaci se il miglioramento non raggiungeva la metà di tutti gli outcomes.

Altre 20 ricerche avevano come obiettivo i processi di assistenza (in 5 studi associati agli outcomes per il paziente). In tutti gli studi, gli indicatori di questo tipo presi in esame erano più di uno: la maggioranza di essi riportavano un significativo miglioramento in una parte degli indicatori di processo.

Il periodo di misurazione del follow-up variava dai 4 mesi ai 4 anni. Le ricerche che riportavano un periodo di misurazione inferiore ai 6

mesi mostravano un miglioramento meno significativo, nelle misure di outcome dell'ospedale che era stato preso in esame.

Le strategie di implementazione impiegate per informare gli operatori sugli indicatori di qualità sono state: i meeting educativi, le interviste sul campo, l'uso di un piano di miglioramento della qualità, l'audit e feedback, gli incentivi finanziari.

Le più importanti strategie efficaci in clinica sono state divise ulteriormente in tre categorie: gli operatori non ricevevano rendiconti di feedback, ricevevano soltanto un rendiconto di feedback, gli operatori ricevevano un rendiconto di feedback unitamente ad un'altra strategia di applicazione. Gli studi efficaci o parzialmente efficaci sono risultati in massima parte quelli che impiegavano rendiconti di feedback associati ad altre strategie di implementazione, soprattutto l'educazione e l'uso di un piano di miglioramento della qualità. In 7 ricerche sono state evidenziate barriere al cambiamento della pratica medica e si è visto che esse sono situate a veri livelli nel sistema: a livello del paziente, dell'operatore professionale, del team professionale (esempio mancanza di leadership), dell'organizzazione sanitaria (esempio mancanza di risorse) o di un ambiente circostante più vasto. Tali barriere devono essere assolutamente studiate prima di sviluppare ogni strategia di miglioramento della qualità - perché esse ovviamente possono ostacolarne l'applicazione.

In sintesi questa analisi dimostra che strategie efficaci per implementare indicatori di qualità nella pratica clinica esistono effettivamente, ma vi è una considerevole variabilità nei metodi usati e nell'entità dei cambiamenti raggiunti.

### MISURARE COME IL PAZIENTE VALUTA LA QUALITÀ DELLE CURE AMBULATORIALI: UNA REVISIONE SISTEMATICA NELL'UNIONE EUROPEA.

(SAILA T, MATTILA E, KAILA M, AALTO P, KAUNONEN M. MEASURING PATIENT ASSESSMENTS OF THE QUALITY OF OUTPATIENT CARE: A SYSTEMATIC REVIEW. J EVAL CLIN PRACT 2008;14:148-154)

Un problema molto attuale nei servizi sanitari europei è quello di migliorare il costo/efficienza dell'assistenza medica specialistica senza ridurre l'alto livello della soddisfazione del paziente. Anche in Finlandia esiste una regola per limitare i tempi di attesa per l'accesso alle cure specialistiche ambulatoriali non urgenti: le valutazioni per un eventuale trattamento ospedaliero devono farsi entro le tre settimane. Nell'Ospedale Universitario della città di Tampere si è presa questa occasione per porsi tre domande: 1. quale siano i metodi esistenti attualmente in Europa per misurare la valutazione delle qualità dell'assistenza dalla parte del paziente; 2. scoprire come i pazienti ambulatoriali valutano la qualità dell'assistenza ricevuta; 3. quali sono i fattori da prendere in considerazione quando si misurano le valutazioni del paziente per quanto si riferisce alla qualità dell'assistenza.

È stata eseguita al riguardo una ricerca sistematica della letteratura condotta in tre database: CINAHL, Meline e Cochrane Database. Gli articoli selezionati erano 35. I pazienti esaminati erano adulti af-

ferenti a cure ambulatoriali di varie specialità. Gli articoli erano stati pubblicati negli anni dal gennaio 2000 al maggio 2005 e riguardavano dieci Paesi Europei, prevalentemente UK e Paesi nordici (uno studio era italiano e si riferiva a pazienti ambulatoriali di dermatologia). L'83% degli studi si focalizzavano sulla soddisfazione del paziente o sulla valutazione dei servizi ricevuti. Più della metà impiegavano un disegno cross-sectional ed i dati erano raccolti impiegando questionari, del tipo a domande aperte e commenti liberi. La maggioranza della gente che aveva partecipato alle ricerche si definivano soddisfatti della qualità dell'assistenza loro prestata. Soltanto due categorie di malati: quelli affetti da sindrome dell'affaticamento cronico e i tossicodipendenti in trattamento con metadone facevano eccezione.

Il determinante più importante dell'opinione del malato circa la qualità dell'assistenza ricevuta è risultato essere la vera e propria consultazione con il medico. I pazienti sono contenti se vi è una reale comunicazione durante la visita e se gli appuntamenti proposti per il follow-up sono chiari ed accessibili. Un alto punteggio hanno avuto la competenza ed abilità professionale dei membri dello staff, la loro gentilezza, la protezione della privacy e la percezione che la visita era stata necessaria; ma una valutazione positiva hanno ottenuto anche la buona qualità tecnica dell'assistenza medica e l'empatia interpersonale. Altri fattori erano associati in modo indipendente con la soddisfazione totale: ricevere una copia della lettera mandata al medico curante, ottenere spiegazioni esaurienti, avere visite di un tempo adeguato.

D'altra parte, le ragioni più importanti per considerarsi insoddisfatti circa la qualità delle cure ambulatoriali erano: avere da aspettare per un appuntamento, un lungo tempo di attesa alla clinica, la insufficienza delle comunicazioni ed informazioni ricevute, la mancanza di continuità assistenziale, la breve durata delle consultazioni, la mancanza di raggiungibilità, il non essere in grado di partecipare e contribuire alla presa di decisioni. Inoltre i pazienti esprimevano insoddisfazione quando le loro personali circostanze di vita erano state ignorate nel processo di pianificazione assistenziale. Va tenuto presente che 11 dei 35 studi non consideravano le ragioni della insoddisfazione o venivano considerate irrilevanti.

Per alcune ricerche - ma non per altre - l'età avanzata, una buona soddisfazione circa la propria vita, un basso livello di dolore, il sesso maschile ed il numero delle precedenti consultazioni si associano ad un più alto livello di soddisfazione.

Concludendo, la qualità delle cure non ospedaliere, valutata dagli stessi pazienti, viene misurata con diversi metodi. Dai dati sottoposti a revisione non si può ricavare per l'Europa un singolo gold standard. I metodi impiegati sono talmente differenti, che è stato impossibile condurre su di essi una metaanalisi. Certo la soddisfazione del malato è impiegata largamente associata ad altri indicatori, ed è misurata per mezzo di metodi sia qualitativi che quantitativi in una ampia varietà di disegni di ricerca. Le valutazioni dei pazienti sono influenzate dai differenti tempi nei quali sono state richieste in relazione alla visita in ambulatorio. Il tempo di misurazione (visita - intervista) è risultato variabile, il che rende difficoltoso il tentativo di fare paragoni.

Questa ricerca sistematica ci avverte che, se dobbiamo confrontare la soddisfazione del paziente nell'ambito delle Nazioni dell'Unione europea, bisogna sviluppare uno strumento di misurazione generalizzato.