

Articolo di ricerca

Indicatori di qualità per i servizi di continuità assistenziale. Dalla letteratura medico-scientifica un pannello di indicatori per la valutazione dell'appropriatezza clinica delle prestazioni erogate dalla ex-Guardia Medica, ultima Cenerentola dei Servizi Sanitari

VAONA A¹, LONGOBARDI A¹, PERUZZINI CM¹, BATTAGLIA E¹, MOTTA G¹, BONFANTE N¹, FUGGETTA ME¹ - CALEGNA WORKING GROUP.

¹ MMG del Servizio di Continuità Azienda ULSS 20 Verona, Ospedale di Marzana

Abstract

Razionale e obiettivi. Reperire indicatori per il monitoraggio della qualità clinica del Servizio di Continuità Assistenziale, ex-Guardia Medica, servizio inserito nei livelli essenziali di assistenza ma in cui il livello di qualità delle prestazioni in Italia non è noto.

Metodologia. Revisione sistematica della letteratura medica disponibile secondo una predefinita strategia di ricerca bibliografica in PubMed. Tra le quasi 700 citazioni bibliografiche esaminate è stato reperito un solo studio che utilizzava 24 indicatori e una precisa metodologia per la loro definizione. L'articolo fornisce dati di *benchmark* per ogni indicatore.

Risultati e conclusioni. Gli elementi reperiti dovrebbero essere concretamente inseriti nella negoziazione contrattuale locale e regionale in Italia per impostare programmi di miglioramento della qualità delle prestazioni fornite da questo servizio nel nostro Paese.

Parole chiave. Out of Hours Service.

FINALITÀ

Il controllo della domanda sanitaria e il suo governo verso l'appropriatezza nell'utilizzo dei servizi sanitari sono argomenti di estrema attualità nel dibattito in sanità pubblica. In particolare il ruolo che le cure primarie sono chiamate a svolgere dipende sempre di più da una efficace integrazione tra diverse figure professionali, *setting* sanitari e sociosanitari, al fine di fornire una risposta concreta alle esigenze di salute dei cittadini nelle 24 ore di tutti i giorni dell'anno. Tale obiettivo è stato perseguito in Italia sin dall'istituzione del SSN nel 1978 con il passaggio dalla figura del medico condotto disponibile 24 ore su 24 ad un sistema in cui il medico di famiglia è disponibile nelle 12 ore diurne feriali, mentre al di fuori di questo orario il cittadino si rivolge al Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica).

Tale modello è stato recentemente adottato da paesi di antica tradizione nell'ambito della ricerca sanitaria nelle Cure Primarie come il Regno Unito: nel 2003 è stata data facoltà ai medici di famiglia di optare per continuare a fornire assistenza notturna ai propri assistiti oppure affidarla ad un servizio dedicato (*Out of Hours Service* - OOHS); ciò, insieme al contemporaneo notevole incremento della produzione scientifica di paesi come l'Olanda, ha portato ad una disponibilità di studi e rilievi scientifici senza precedenti (Figura 1), in particolare in merito a quesiti relativi alla qualità delle prestazioni erogate.

In Italia questo servizio, evolvendosi nel tempo in modo particolare in alcune regioni, è sempre stato confermato nei Livelli Essenziali di Assistenza. Sebbene tra gli utenti goda di una qualità percepita probabilmente insufficiente, anche a causa della mancata integrazione con il medico di famiglia, che porta alla totale indisponibilità di dati clinici degli utenti, la qualità dell'assistenza erogata non è mai stato oggetto di valutazione oggettiva. Questa problematica è di cruciale importanza poiché una qualità elevata delle Cure Primarie non può prescindere dal miglioramento della

qualità dei servizi forniti alla popolazione fuori dall'orario di disponibilità del medico di famiglia. Il ritorno ad un modello in cui il medico di famiglia garantisce l'assistenza "h24" da solo o in associazione con altri colleghi appare attualmente quanto meno non sostenibile.

L'introduzione del nuovo *General Medical Service Contract* nel Regno Unito a partire dal 2003, ha inaugurato il sistema di *Quality Outcome Framework* per il monitoraggio e il miglioramento della qualità della medicina di famiglia. Tale programma prevede l'utilizzo di pannelli di indicatori clinici di processo ed esito intermedio per una serie di patologie che consentono di misurare la qualità dell'assistenza effettivamente erogata e di collegare il suo miglioramento agli incentivi economici previsti (sistema "*pay per performance*").

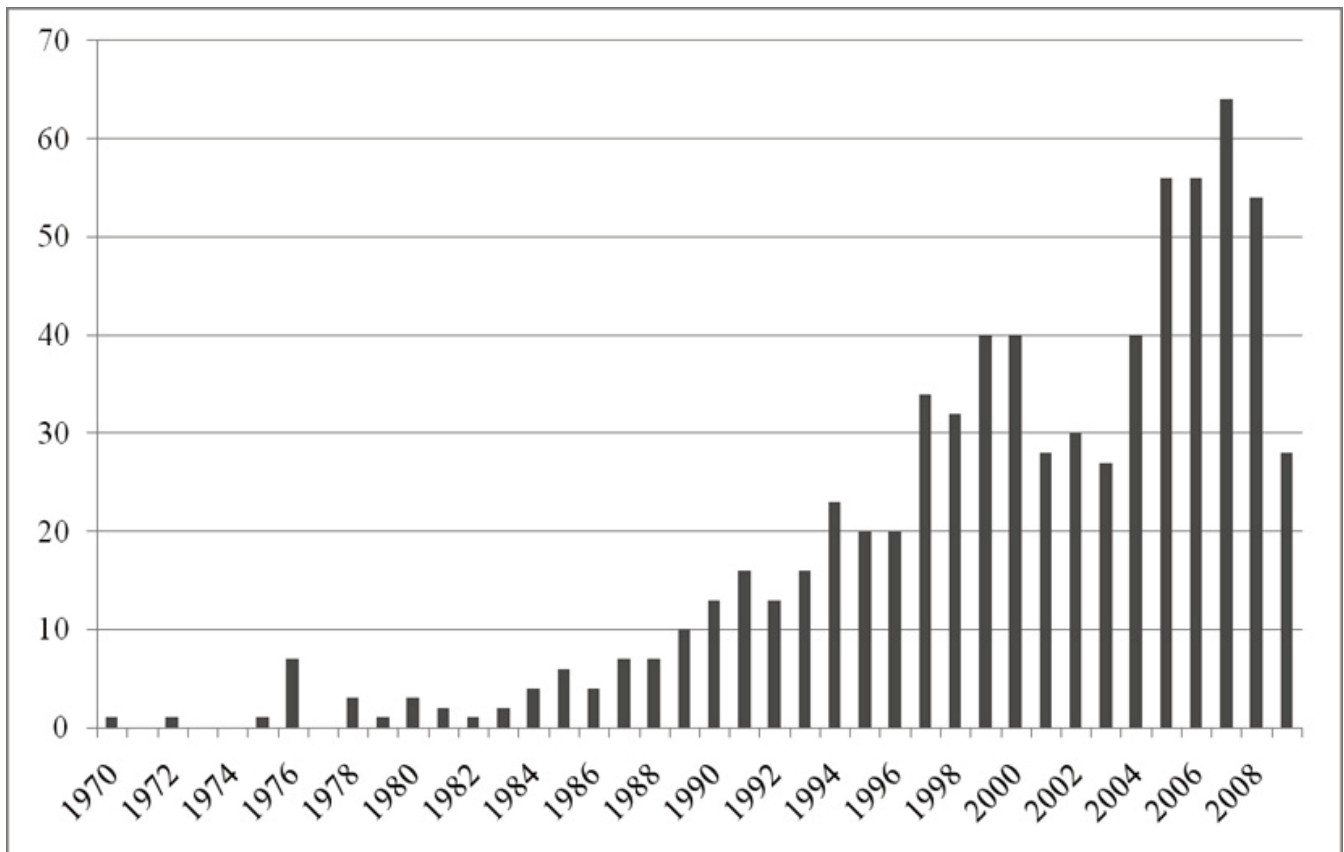
Per l'OOHS britannico non è ancora previsto un sistema di "*accountability*" e la qualità non viene ancora misurata con indicatori né tantomeno incentivata con il sistema previsto per la medicina di famiglia.

Scopo di questo articolo è revisionare la recente letteratura scientifica al fine di reperire indicatori di qualità clinica, metodologie per la loro elaborazione e possibilmente dati di *benchmark* utili a impostare programmi di miglioramento della qualità delle prestazioni fornite dall'omologo di questo servizio nel nostro Paese; ciò anche allo scopo che questi elementi vengano concretamente inseriti nella negoziazione contrattuale locale e regionale in Italia.

METODI

È stata eseguita una ricerca in Pubmed con la seguente strategia di ricerca: "*out-of-hours*" [tiab] OR "*out-of-hour*" [tiab]. Le citazioni bibliografiche reperite sono state valutate in formato abstract al fine di reperire articoli pertinenti il quesito di ricerca. Gli articoli ritenuti pertinenti sono stati recuperati in *full-text* e valutati alla ricerca di indicatori di appropriatezza clinica dell'assistenza

Figura 1 - Pubblicazioni indicizzate in Pubmed reperite dalla strategia di ricerca per anno di pubblicazione



erogata da servizi che garantiscono la continuità delle Cure Primarie, indipendentemente dal fatto che ciò sia reso possibile dall'integrazione di più medici di famiglia, dalla disponibilità h24 di un medico di famiglia per i suoi assistiti o dalla attivazione di un servizio dedicato.

Sono stati esclusi gli indicatori di struttura, quelli di esito assistenziale (tasso di invio al pronto soccorso; tasso di visita domiciliare) e quelli di qualità percepita dall'utenza: le prime due tipologie di indicatori sono state considerate come surrogati di una gestione clinicamente appropriata dei casi clinici che, in quanto tale, necessita di strumenti adeguati e fornisce esiti appropriati; la qualità percepita è stata ritenuta come una dimensione qualitativa diversa dall'appropriatezza della prestazione perché più dipendente da elementi quali l'accessibilità e l'accettabilità del servizio, tempi di attesa e la cortesia del personale.

RISULTATI

Al 31.05.2010 sono stati reperiti e valutati 747 abstract. Sette articoli sono stati reperiti in *full-text* in quanto pertinenti al quesito di ricerca dopo la lettura dell'abstract [1-7]. Solo uno studio [4], prodotto in Olanda, ha soddisfatto i criteri della ricerca. La metodologia seguita dagli autori per arrivare alla definizione è rigorosa. Il set di indicatori è stato sviluppato con un percorso a tre tappe.

In primo luogo sono state reperite le 80 linee guida nazionali e la loro trasferibilità al settore "out of hours" è stata valutata da un panel di 6 medici di Medicina Generale sulla base della rilevanza rispetto a frequenza e urgenza dei contatti. Una linea guida veniva giudicata rilevante quando era ritenuta tale da 5 dei 6 membri del panel: le linee guida rilevanti sono risultate 29.

Successivamente 3 membri del gruppo hanno estratto 138 raccomandazioni sulle prescrizioni e sulle indicazioni all'invio in ospedale.

Infine le raccomandazioni estratte sono state presentate ad un

secondo gruppo di 7 medici di medicina generale a cui è stato chiesto di esprimere un giudizio in merito alla rilevanza delle raccomandazioni per la valutazione della pratica assistenziale. In caso di parere favorevole di 6 su 7 membri la raccomandazione veniva accettata direttamente; se i membri favorevoli erano 4 o meno la raccomandazione veniva eliminata; per i punteggi intermedi la raccomandazione veniva discussa e rivotata. Alla fine le 73 raccomandazioni accettate sono state convertite in altrettanti indicatori.

Gli indicatori così ottenuti sono stati utilizzati per misurare i livelli di performance su un bacino di 36254 prestazioni erogate e registrate su supporto informatico di una cooperativa di cure primarie di una zona urbana-rurale dell'Olanda nel periodo luglio 2001 - giugno 2002. La Tabella 1 riassume i 24 indicatori riportati dallo studio e i dati relativi alla performance assistenziale. Sei indicatori a cui corrispondeva una perdita di dati superiore al 15% del totale sono stati esclusi, 38 sono stati esclusi perché il livello di performance era superiore al 90% e quindi difficilmente migliorabile, 4 sono stati esclusi perché riguardavano evenienze molto rare, 1 indicatore perché derivato da una raccomandazione poco basata su prove di efficacia. In tal modo si è arrivati al set dei 24 indicatori esposti.

CONCLUSIONI

Il fatto che tra i quasi 700 abstract esaminati solo uno abbia soddisfatto i criteri di ricerca testimonia che la letteratura scientifica non ha ancora dedicato sufficiente attenzione alla definizione della qualità, della sua verifica e del suo miglioramento in questo settore delle Cure Primarie, in particolare a confronto con la grande quantità di studi disponibili per la medicina di famiglia.

Gli indicatori riportati dallo studio reperito riflettono in una certa misura la diversità di dotazioni tecniche a disposizione del servizio in studio rispetto a quelli in dotazione ai Servizi di Continuità As-

Tabella 1 - Criteri indicatori e livelli di performance (Giesen P et al 2007)

	Criterio	Indicatore	Performance
Sindrome coronarica acuta			
1	Il medico deve somministrare 240 mg di acido acetilsalicilico	% pazienti cui è stato somministrato acido acetilsalicilico 240 mg (compresi pazienti in terapia dicumarolica)	39,30%
Fibrillazione atriale			
2	Il medico deve somministrare un beta-bloccante come prima linea terapeutica	% pazienti cui sono stati somministrati betabloccanti in prima linea (esclusi pazienti con scompenso cardiaco)	45,50%
3	Il medico deve inviare in ospedale i pazienti con segni di instabilità emodinamica	% pazienti ricoverati con FA e segni di instabilità emodinamica (dolore toracico, insufficienza cardiaca acuta)	88,40%
Insufficienza cardiaca acuta			
4	Il medico deve somministrare nitrato sublinguale a rapida azione	% pazienti cui è stato somministrato nitrato sublinguale a rapida azione	27,60%
5	Il medico deve somministrare un diuretico dell'ansa per via endovenosa	% pazienti cui è stato somministrato diuretico dell'ansa per via endovenosa	46,80%
6	Il medico deve inviare in ospedale i pazienti con insufficiente risposta alla terapia somministrata, inadeguatezza dell'assistenza domiciliare o sospetto IMA come causa dello scompenso	% pazienti inviati in ospedale per insufficiente risposta alla terapia somministrata, inadeguatezza dell'assistenza domiciliare o sospetto IMA come causa dello scompenso	88,20%
Attacco ischemico transitorio			
7	Il medico deve somministrare acido acetilsalicilico ai pazienti senza aritmia cardiaca o disordini valvolari	% pazienti senza aritmia cardiaca o disordini valvolari cui è stato somministrato acido acetilsalicilico	54,20%
Asma dell'adulto			
8	Il medico deve somministrare beta 2 stimolanti	% pazienti cui sono stati somministrati beta 2 stimolanti	80,70%
9	Il medico quando il miglioramento è insufficiente deve aggiungere ipratropio bromuro	% pazienti cui è stato aggiunto ipratropio bromuro se il miglioramento è insufficiente	88,00%
BPCO			
10	Nelle riacutizzazioni gravi il medico deve prescrivere un beta 2 stimolante	% pazienti cui sono stati somministrati beta 2 stimolanti	44,70%
11	Nelle riacutizzazioni gravi il medico deve prescrivere prednisone 25 mg/die	% pazienti cui è stato prescritto prednisone 25 mg/die	70,30%

	Criterio	Indicatore	Performance
Polmonite			
12	Nel bambino il medico deve prescrivere amoxicillina e azitromicina in seconda battuta	% pazienti pediatrici cui è stata prescritta amoxicillina in prima linea e azitromicina in seconda battuta	80,60%
13	Nell'adulto il medico deve prescrivere doxicilina, amoxicillina in seconda linea e eritromicina in terza linea	% pazienti adulti cui è stata prescritta doxicilina, amoxicillina in seconda linea e eritromicina in terza linea	53,60%
Infezioni batteriche della cute			
14	In caso di lesioni multiple il medico deve prescrivere l'applicazione locale di crema di fucidina	% pazienti cui è stato prescritta l'applicazione locale di crema di fucidina	88,70%
15	In caso di diminuzione delle difese, febbre o altri segni sistemici o peggioramento nonostante il trattamento locale il medico deve prescrivere l'assunzione orale di flucloxacillina	% pazienti cui è stato prescritta l'assunzione orale di flucloxacillina	83,00%
Otite esterna			
16	In caso di febbre o altri sintomi sistemici il medico deve prescrivere l'assunzione orale di flucloxacillina	% pazienti cui è stato prescritta l'assunzione orale di flucloxacillina	89,90%
Otite medica acuta			
17	Il medico deve prescrivere l'antibiotico nel caso di presenza di segni sistemici o diminuzione di assunzione di liquidi, fattori di rischio per complicazioni, assenza di miglioramento al terzo giorno, bambini con meno di due anni e otite bilaterale	% pazienti con segni sistemici o diminuzione di assunzione di liquidi, fattori di rischio per complicazioni, assenza di miglioramento al terzo giorno, bambini con meno di due anni e otite bilaterale a cui è stato prescritto l'antibiotico	81,60%
Sinusite			
18	Il medico deve prescrivere amoxicillina o doxicilina nei pazienti con presenza di segni sistemici o diminuzione di assunzione di liquidi, fattori di rischio per complicazioni, assenza di miglioramento dopo 2 settimane	% pazienti con presenza di segni sistemici o diminuzione di assunzione di liquidi, fattori di rischio per complicazioni, assenza di miglioramento dopo 2 settimane a cui è stato prescritta amoxicillina o doxicilina	80,90%
Occhio rosso			
19	Congiuntiviti batteriche sospette: il medico deve prescrivere un collirio a base di cloramfenicolo o in seconda scelta collirio con tetracicline	% pazienti con congiuntivite batterica sospetta a cui è stato prescritto collirio a base di cloramfenicolo	60,60%
20	Piccole erosioni corneali: il medico deve prescrivere un collirio a base di cloramfenicolo o in seconda scelta collirio con tetracicline	% pazienti con piccole erosioni corneali a cui è stato prescritto collirio a base di cloramfenicolo	87,60%

	Criterio	Indicatore	Performance
Infezioni delle vie urinarie			
21	Il medico deve prescrivere nitrofurantoina o trimethoprim in seconda linea a tutti gli uomini, a tutte le donne in gravidanza, a tutte le ragazze tra i 5 e i 12 anni e a tutti i pazienti diabetici in caso di assenza di segni di invasione tissutale	% pazienti uomini, donne in gravidanza, ragazze tra i 5 e i 12 anni e diabetici con assenza di segni di invasione tissutale a cui sia stata prescritta nitrofurantoina o trimethoprim in seconda linea	77,80%
22	Il medico deve prescrivere amoxiclavulanato in prima linea e cotrimoxazolo o fluorochinoloni in seconda a tutti i maschi <13 anni, a tutte le femmine <5 anni e a tutti i pazienti con catetere a permanenza o con anomalie note delle vie urinarie se sono presenti segni di invasione tissutale	% pazienti maschi <13 anni o femmine <5 anni o con catetere a permanenza o con anomalie note delle vie urinarie e segni di invasione tissutale, a cui è stato prescritto amoxiclavulanato in prima linea o cotrimoxazolo o fluorochinoloni in seconda	66,00%
Emicrania			
23	Il medico deve prescrivere: Step 1: metoclopramide o domperidone per via orale o rettale in associazione con paracetamolo o calcio carbasalato Step 2: metoclopramide o domperidone e un FANS Step 3: un triptano	% pazienti con sequenza corretta	85%
Vertigini			
24	Il medico non deve prescrivere farmaci specificamente per le vertigini	% pazienti a cui non è stato prescritto nessun farmaco specifico	74%

sistenziale in Italia. Ad esempio è prevista la somministrazione di un beta-bloccante per il paziente a cui è stata riscontrata una fibrillazione atriale di recente insorgenza, ciò probabilmente perché la conferma elettrocardiografica immediata disponibile al servizio o eseguita alla ripresa dell'attività del medico di famiglia, consente di gestire interamente sul territorio la nuova diagnosi, riservando l'invio in ospedale dei soli pazienti con instabilità emodinamica. Sono riscontrabili anche diversità in merito ai farmaci prescritti per determinate affezioni: flucloxacillina per l'otite esterna o doxiciclina per la sinusite. Anche le abitudini di gestione del caso clinico sembrano differenti: scompenso cardiaco, attacco asmatico dell'adulto, congiuntiviti e lievi erosioni corneali dispongono di due linee terapeutiche sul territorio prima di essere inviate - in caso di insufficiente risposta - alla gestione ospedaliera, mentre l'emicrania prevede addirittura di tre linee.

Nonostante le diversità riscontrate si concretizzano in una difficile trasferibilità immediata al *setting* del Servizio di Continuità Assistenziale in Italia, lo studio appare di particolare interesse per la metodologia adottata: il processo di elaborazione degli indicatori è riproducibile e trasferibile ad ogni contesto.

In questo momento tale trasferimento incontra nel contesto italiano difficoltà rilevanti sia nel clima di ritardo culturale rispetto alla

ricerca qualitativa dei servizi sanitari del territorio, sia nella disponibilità limitatissima di linee guida nazionali relative alla tipologia di casi clinici gestiti dai servizi di Continuità Assistenziale in Italia, ostacolo - quest'ultimo - superabile con il ricorso a linee guida internazionali o di altri paesi o, nel caso di quesiti su cui non siano disponibili evidenze convincenti, a documenti di consenso tra esperti.

La disponibilità di idonei supporti informatici per la registrazione dei dati di performance nei servizi di Continuità Assistenziale è un'ulteriore importante barriera allo sviluppo di percorsi di verifica e miglioramento della qualità in questo servizio.

Il passo successivo - per ora non attuato neppure nei paesi in cui lo sviluppo delle cure primarie è più avanzato - è quello di collegare l'incentivazione economica degli operatori dei Servizi "Out of Hours" ai livelli di appropriatezza assistenziale raggiunti nella reale performance clinica erogata.

BIBLIOGRAFIA

01. Torjesen I. Out of hours standards to be applied to urgent care. *Health Serv J.* 2008 Sep;25:12.
02. McIntosh K. Primary care. Open all hours. *Health Serv J.* 2008 Sep;11:22-4.
03. Richards SH, Winder R, Seamark D et al. Accessing out-of-hours care following implementation of the GMS contract: an observational study. *Br J Gen Pract.* 2008 May;58(550):331-8.
04. Giesen P, Willekens M, Mookink H et al. Out-of-hours primary care: development of indicators for prescribing and referring. *Int J Qual Health Care.* 2007 Oct;19(5):289-95.
05. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M et al. EPA Working Party. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract.* 2005 Apr;22(2):215-22.
06. Olafsson G, Sigurdsson JA. Out-of-hours service in rural areas. An observational study of accessibility, attitudes and quality standards among general practitioners in Iceland. *Scand J Prim Health Care.* 2000 Jun;18(2):75-9.
07. Ellis P. Monitoring the standard of deputizing services. *Br J Gen Pract.* 1993 Sep;43(374):390-2.

Quality indicators for primary care out of hours service. From scientific literature a panel of clinical indicators to measure quality of performance in primary care out of hours service

Rationale and objectives. Find clinical quality indicators useful to evaluate primary care out of hours service.

Methods. Systematic review of current medical literature by a prespecified strategy of bibliographic research in PubMed: we found about 700 bibliographic citations but only one study. It used 24 clinical quality indicators for primary care out of hours service, defining an accurate methodology for their definition and giving useful benchmark data for each indicator.

Results and conclusions. This findings should be introduced in local and regional negotiations in Italy to set up programs of quality improvement of clinical performance in out of hours service.

Keywords. Out of Hours Service