

Identificazione, sperimentazione e validazione di indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio
Corso di formazione 2 – Analisi qualitativa: gli indicatori di umanizzazione

Misura della performance dei sistemi/servizi sanitari e indicatori di umanizzazione

Armando Muzzi

Dato il tempo a disposizione, risposta a tre domande:

- 1 **È una moda o una necessità usare gli indicatori per la misura della qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie (in particolare del territorio)?**

Sviluppo degli indicatori di qualità delle attività sanitarie

«È esplosa l'**industria** degli indicatori di qualità delle attività sanitarie.

Dopo due decenni di ambizioni di **verifica professionale**, di aspirazioni di **accreditamento** e di mania di **linee guida**, l'interesse della "**comunità** del miglioramento della qualità" sembra si sia spostato verso il fenomeno degli indicatori»

Klazinga e coll. Intern. J. Qual. Health Care 2001; 13: 433-38

Sviluppo della teoria e pratica degli indicatori

I ricercatori di area sanitaria sono fissati per i metodi quantitativi e quindi assorbiti dal compito di come definire e misurare i concetti (ad esempio la qualità). L'obiettivo di definire i concetti e di rendere operative le misure (*operationalizing*) deriva dalla concezione filosofica positivista secondo la quale i concetti devono essere visibili altrimenti, se non possono essere osservati e misurati, per loro non esistono.

Poiché i concetti e la loro misura sono punti centrali della ricerca quantitativa, diventano importanti i tradizionali criteri di validità delle misure (validità interna, validità esterna, ripetibilità, obiettività).

Gli indicatori sono variabili misurabili che servono a descrivere sinteticamente un concetto o un fenomeno. Sono lo strumento di misura utile per monitorare e valutare la qualità di importanti funzioni di governo (*governance*), di gestione (*management*), di assistenza (indicatori clinici).

Cambiamento della situazione per quanto riguarda la valutazione della qualità delle attività sanitarie per mezzo di indicatori

	Vecchia tendenza	Nuova tendenza
Iniziativa	Di singoli soggetti (spesso ricercatori)	Di Organizzazioni (governative)
Tipo di attività	Studio analitico	Attività istituzionale
Modalità	Ricerca, sperimentazione	Procedure, normative
Atteggiamento operatori	Indifferenza, inerzia, ostilità	Coinvolgimento attivo
Uso indicatori	Per verificare qualità e performance	Per pagare le prestazioni, per informare la gente

Tentativi di utilizzazione di indicatori per la misura della qualità delle attività sanitarie

New South Wales, Australia, 1999	Sicurezza, Effectiveness, Appropriateness, Consumer Participation, Access, Cross dimensional
National Health system indicators, UK, 1998	Health outcomes, Health improvement, Fair Access, Effective delivery of appropriate health care, Efficiency, Patient/carer experience
JCAHO, NLHI, USA, 1999	Appropriateness, Availability, Continuity, Effectiveness, Prevention/early detection, Respect and caring, Safety, Timeliness
Camberra Indicators, Australia, 1997	Access, Efficiency, Safety, Effectiveness, Acceptability, Continuity, Technical proficiency, Appropriateness
Global Quality Assurance Project, USA, 1998	Technical competence, Access to service, Effectiveness, Interpersonal relations, Efficiency, Continuity, Safety, Amenities
Institute of Medicine, USA, 2001	Safety, Effectiveness, responsiveness to patients or patient centredness, Efficiency, Equity

Cultura dei risultati ed umanizzazione

Un New Deal della Salute. Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini

Audizione del Ministro della Salute Livia Turco alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, Roma, 27 giugno 2006

«**La cultura dei risultati.** Abbiamo bisogno di una robusta iniezione di strumenti di valutazione e misurazione di ciò che garantiamo ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute. Il Ssn non può essere, infatti, considerato un mero erogatore di prestazioni. Ciò comporta un cambiamento di cultura, di pratica e l'adozione di adeguati indicatori e standard per il monitoraggio che possano dare informazioni in tempo reale sull'appropriatezza, la qualità e il rispetto di un corretto rapporto costi-beneficio.

L'umanizzazione. È la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali “aperti, sicuri e senza dolore”, conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino».

Dato il tempo a disposizione, risposta a tre domande:

2 È indispensabile misurare la qualità percepita?

Impianto del tentativo di misura della qualità/performance dei sistemi sanitari (OMS, 2000)

Accertare se e quanto un sistema sanitario funziona (se cioè fa ciò che ci si attende da esso) obbliga a prendere in considerazione due complesse questioni:

- come misurare i risultati ottenuti, cioè determinare cosa si è realizzato rispetto alle tre grandi finalità dei sistemi sanitari (*attainment*)
- come confrontare i risultati ottenuti con ciò che il sistema dovrebbe essere in grado di raggiungere con le risorse disponibili, cioè i migliori risultati possibili a parità di risorse (*performance*)

Indicatori per misurare le tre grandi finalità dei sistemi sanitari

- **1 indicatore (sanitario) per misurare il miglioramento dello stato di salute:** livello medio e distribuzione della speranza di vita corretta per disabilità (*disability-adjusted life expectancy = DALE*): per innalzare il livello medio di salute (*goodness*) e ridurre al minimo le differenze di stato di salute tra individui e tra gruppi (*fairness*)
- **7 indicatori (non sanitari) per misurare la capacità di rispondere alle aspettative:** per innalzare il livello medio della capacità di risposta alle aspettative e per ridurre al minimo le differenze di capacità di risposta alle aspettative
- **1 indicatore (non sanitario) per misurare la equa contribuzione al finanziamento:** quando il rapporto tra contributo totale per la sanità e spesa totale non alimentare è identica per tutte le famiglie, indipendentemente dal reddito, dallo stato di salute e dall'uso dei servizi sanitari; espresso come un indice da 0 (estrema disparità) ad 1 (perfetta equità). Un equo finanziamento riguarda solo la ripartizione del carico finanziario, non l'ammontare totale delle risorse né come i fondi vengono usati

Sette indicatori per misurare la capacità di rispondere alle aspettative

**Indicatori di qualità percepita
(customer satisfaction)**

3 elementi inerenti il rispetto degli esseri umani come persone (elementi quasi esclusivamente soggettivi e giudicati primariamente dal paziente);

- il rispetto della dignità delle persone;
- il riserbo ovvero il diritto della persona di decidere chi può accedere alle informazioni sanitarie che la riguardano;
- l'autonomia ovvero la partecipazione alle scelte che riguardano la propria salute.

**Indicatori di qualità dal
lato dei cittadini**

4 elementi più oggettivi che riguardano l'orientamento al cliente

- la sollecita attenzione;
- i requisiti di adeguata qualità ambientale;
- il sostegno della rete di supporto sociale;
- la possibilità o libertà di scelta del curante e del luogo di cura

Classifica del sistema sanitario italiano

A - risultati ottenuti (*attainment*):

1. stato di salute (DALE)

- livello n. 6

- distribuzione n. 14

2. capacità di risposta alle aspettative

- livello n. 22-23

- distribuzione n. 30-38

3. equità contributiva n. 45-47

4. Risultato complessivo n. 11

**B - confronto risultati ottenuti con quelli possibili
(*performance*)**

1. Performance sanitaria n. 3

2. Performance globale n. 2

È indispensabile misurare la qualità percepita

- Per valutare le diverse facce della qualità nei servizi sanitari, oltre alla dimensione strettamente professionale, non può essere trascurata quella relazionale, che poi è quella che generalmente viene meglio percepita dal paziente.
- L'ascolto dei cittadini in merito alla soddisfazione dei propri bisogni e alla valutazione dei servizi ricevuti nonché la loro partecipazione ai processi decisionali sono, oggi, tematiche di sempre maggior interesse in ambito socio sanitario.
- La legislazione sanitaria dell'ultimo decennio, ponendo il cliente al centro del processo di erogazione del servizio, ha spostato l'attenzione sulle dimensioni soggettive quali gli aspetti concernenti l'umanizzazione, la personalizzazione, il diritto all'informazione, il comfort degli aspetti assistenziali, componenti essenziali del processo di cura.
- Sono diventate così di fondamentale importanza le indagini sul grado di soddisfazione degli utenti condotte all'interno dei servizi pubblici per ascoltare e comprendere a fondo i bisogni del cittadino-cliente e per migliorare la capacità di dialogo e di relazione tra chi eroga il servizio e chi lo riceve. Rilevare la customer satisfaction consente alle Aziende non solo di uscire dalla propria autoreferenzialità, ma anche di orientare le proprie politiche sanitarie in relazione ai bisogni della popolazione.

Misura della qualità percepita

Nelle organizzazioni sanitarie la misura della qualità percepita significa, dotandosi di strumenti idonei, esplorare le aree:

1. delle aspettative
2. delle preferenze
3. della soddisfazione
4. del giudizio sulla qualità della vita come risultato delle cure negli assistiti

ognuna di queste quattro componenti ha assoluta necessità di misure (= indicatori).

È importante la misura della qualità percepita specialmente nei servizi sanitari territoriali perché riguarda contatti con il SSN più numerosi, più prolungati nel tempo, più difficili da valutare con indicatori di salute, senza contare che, con i progressi tecnologici, un gran numero di servizi diagnostico-terapeutici sono extraospedalieri

La vasta ed approfondita ricerca eseguita in tutta Europa dall'istituto Picker ha individuato otto aspetti dell'assistenza sanitaria che i pazienti considerano i più importanti:

1. Accesso veloce a chi può fornire un consiglio sui disturbi di salute;
2. Trattamento efficace fornito da personale degno di fiducia
3. Partecipazione alle decisioni e rispetto delle proprie preferenze
4. Chiare e comprensibili informazioni e sostegno all'auto-cura
5. Condizioni materiali comode ed ambiente pulito e sicuro
6. Conforto emotivo e riduzione dell'ansia
7. Coinvolgimento dei familiari ed amici e sostegno a coloro che si prendono cura del paziente
8. Continuità dell'assistenza e "morbide" transizioni assistenziali.

Indicatori per le quattro aree

"C'è stato uno spostamento dall'enfasi sulla soddisfazione del paziente a quella sull'esperienza del paziente intesa come misura della performance del servizio sanitario, uno spostamento che riconosce che la soddisfazione può essere influenzata dall'aspettativa"

(Muir Gray J.A., "Postmodern medicine", Lancet, 354: 1551, 1999b).

Soddisfazione ed aspettative sono tra loro correlate (soddisfazione è l'esperienza di un individuo paragonata alle sue aspettative) per cui occorre misurare: 1. le aspettative riguardo l'assistenza che riceveranno (qualità attesa); 2. le percezioni dell'assistenza ricevuta (qualità percepita).

Ne deriva il paradosso che la qualità percepita dipende dalla qualità attesa: a seconda delle aspettative, possono essere soddisfatti avendo ricevuto poca assistenza che non si aspettavano e possono essere insoddisfatti avendo ricevuto una assistenza eccellente perché si aspettavano di più.

The Consumer Assessment of Health Providers and Systems (CAHPS).

- L'organizzazione americana CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services), in collaborazione con la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), ha messo a punto uno strumento standardizzato per misurare il punto di vista dei pazienti noto come Consumer Assessment of Health Providers and Systems (CAHPS) (per ora utilizzato solo nei servizi ospedalieri)
- The CAHPS program develops and supports the use of a comprehensive and evolving family of standardized surveys that ask consumers and patients to report on and evaluate various aspects of their health care (e.g., access to care, interpersonal aspects of care, etc.).
- Three broad goals have shaped the CAHPS Hospital Survey. First, the survey is designed to produce comparable data on the patient's perspective on care that allow objective and meaningful comparisons among hospitals on domains that are important to consumers. Second, public reporting of the survey results is designed to create incentives for hospitals to improve their quality of care. Third, public reporting will serve to enhance accountability in health care by increasing the transparency of the quality of hospital care provided in return for the investment.

La qualità percepita per le prestazioni di specialistica ambulatoriale in Emilia Romagna (Dossier 127/2006)

Area di indagine	Dimensioni della qualità indagate
Prenotazione	<ul style="list-style-type: none">- informazioni su come si sarebbe svolta la prestazione- tempo di attesa per ottenere la prenotazione
Accesso	<ul style="list-style-type: none">- accessibilità alla struttura (disponibilità di parcheggi, segnaletica)- tempo di attesa prima di entrare per appuntamento / visita
Erogazione della prestazione	<ul style="list-style-type: none">- igiene degli ambienti- <i>comfort</i>- tempo dedicato dal professionista- informazioni su diagnosi e condizioni di salute- informazioni sulle terapie da seguire a casa- informazioni sugli esami- informazioni sugli eventuali rischi legati all'esecuzione dell'esame- rispetto della <i>privacy</i>- gentilezza e cortesia del personale- tempo di attesa per il pagamento del <i>ticket</i>- terapia del dolore
Refertazione	<ul style="list-style-type: none">- tempo d'attesa per ottenere il referto



Dato il tempo a disposizione, risposta a tre domande:

3 Cosa significa “approccio qualitativo” alla misura della qualità?



L’ “approccio qualitativo” alla misura della qualità

La soddisfazione del paziente è una misura di risultato (*outcome*) che può essere misurata solo in termini fenomenologici. La fenomenologia riguarda l’esperienza immediata cioè i puri dati della coscienza non contaminati da teorie metafisiche o da assunzioni scientifiche.

Applicata alla sanità ed ai servizi sanitari si esegue registrando l’esperienza immediata con **metodi qualitativi**.

La soddisfazione si può esprimere nei confronti di strutture sanitarie, di processi assistenziali (soggiorno in ospedale, appuntamenti, liste di attesa), del fornitore di assistenza (rapporto interpersonale col personale), per il risultato degli interventi.

La soddisfazione dei clienti può essere usata per remunerare i fornitori.

Principali metodi epidemiologici qualitativi

Raccolta di opinioni	}	➤ di non esperti
(interviste, questionari, sondaggi ecc.)		➤ di singoli esperti
		➤ di molti esperti
	}	➤ osservazione passiva (osservazione sistematica del comportamento in ambiente naturale) es. con video
Studi descrittivi (naturalistici)		➤ osservazione partecipata (osservazione in cui il ricercatore prende parte attiva) (<i>studi etnografici</i>)
		➤ interviste (conversazione faccia a faccia) formali ed informali
		➤ <i>focus group</i> (= gruppi di discussione, interviste a gruppi con interazione dei soggetti che ne fanno parte)

Principali metodi di raccolta dei dati negli studi epidemiologici qualitativi

METHOD	TYPE	
OBSERVATION TECHNIQUES	Direct observation <ul style="list-style-type: none"> · Observation participant · Observation non-participant 	Indirect observation <ul style="list-style-type: none"> · Written documents · Conversations and speeches · Recordings · Other audiovisual methods
INTERVIEW TECHNIQUES	Individual interview <ul style="list-style-type: none"> · In-depth interview · Semi-structured interview 	Group interview en group <ul style="list-style-type: none"> · Focus group · Consensus group < Nominal group · Delphi Technique

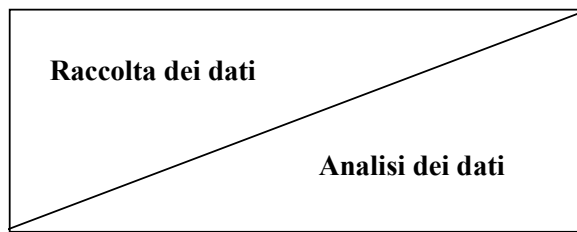
Dolors Navarro Rubio. *Concepts and Methods in Evaluation. Qualitative research.* Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Informatiu n.18, march 2000 (www.aatm.es)

Principali differenze tra metodi epidemiologici quantitativi e qualitativi

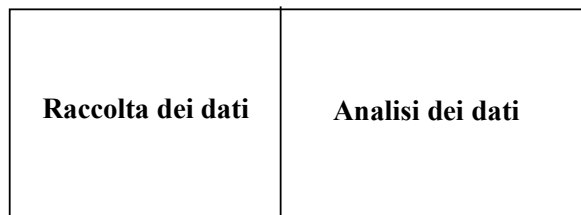
	Metodi quantitativi	Metodi qualitativi
Tipo di studio	Estensivo (<i>correlation study</i>)	In profondità (<i>comparative study</i>)
N° osservazioni	Quanto più possibile numerose	Poche (max 50)
Casi	Non identificati (il campione deve rappresentare la popolazione ed essere randomizzabile)	Chiaramente identificati (significativi per il problema trattato e flessibilità di scelta)
Cause	Si rileva una o più variabile associata agli esiti (variabile causale indipendente)	Si identifica una o più condizione presente nei casi rilevati (causale o meno).
Risultati	Si tenta di spiegare perché ogni caso ha quel dato valore di variabile dipendente	Si tenta di comprendere, stante i risultati già noti, come ciò sia avvenuto

Principali differenze delle tecniche di raccolta e analisi dei dati per studi di tipo quantitativo e qualitativo

Metodi qualitativi



Metodi quantitativi



Tradizionali criteri di valutazione dei metodi quantitativi (e qualitativi)

- Validità interna:** il grado con cui un risultato rappresenta il fenomeno in studio;
- Validità esterna:** il grado con cui un risultato può essere generalizzato ad altre situazioni simili a quella studiata;
- Ripetibilità (reliability):** il grado con cui un risultato può essere riprodotto da altro ricercatore;
- Oggettività:** il grado con cui un risultato è esente da distorsioni (*bias*)

Tradizionali criteri di valutazione dei metodi qualitativi (e quantitativi)

- Credibilità:** la “veridicità” di un risultato (visto con gli occhi di chi viene osservato o intervistato);
- Trasferibilità:** il grado con cui un risultato può essere trasferito ad altre situazioni (in contesti) simili a quella studiata;
- Attendibilità (dependability):** il grado con cui una ricerca produce simili risultati se viene effettuata come descritto;
- Confermabilità (confirmability):** il grado con cui si possono fornire ulteriori prove che convalidano i risultati ottenuti (provenienti sempre dallo stesso contesto).

Punti di forza e di debolezza dei principali metodi qualitativi

Fonti di studio	Pro	Contro
Studio della documentazione	Stabile: può essere esaminata più volte Esatta: contiene nomi, riferimenti, e dettagli esatti degli eventi Ad ampio spettro: dati nel tempo, molti eventi, molti contesti	Scarsa riproducibilità Selezione distorta, se la raccolta è incompleta Possibile presenza (non conoscibile) di dati errati Accesso che può essere negato
Interviste	Ben focalizzate all'argomento in studio Fa percepire le inferenze causali	Distorte per domande mal costruite o mal poste Risposte incomplete o distorte Distorte: l'intervistatore recepisce solo ciò che vuole udire
Osservazione diretta	Realistiche: recepisce gli eventi in tempo reale Contestuali: recepisce il contesto degli eventi	Lunga da attuare Distorte: gli eventi avvengono diversamente quando sono osservate
Osservazione partecipata	<i>Come sopra</i> Rileva i comportamenti interpersonali e le motivazioni	<i>Come sopra</i> Distorta se il ricercatore manipola gli eventi

Identificazione, sperimentazione e validazione di indicatori di qualità delle attività sanitarie e socio-sanitarie del territorio

«La formulazione di impegni per la qualità nei confronti dei cittadini, che siano fondati su un solido sistema di indicatori, non è impresa che si risolva in pochi mesi, come chiedeva il DPCM del 1995 (DPCM 19/5/1995 “Carta dei servizi pubblici sanitari”); essa presuppone un lungo lavoro di diffusione di cultura della valutazione, di formazione alle funzioni gestionali per i dirigenti sanitari, di analisi dei processi e di individuazione di variabili critiche da monitorare, in breve: la costruzione di un sistema qualità come strumento manageriale dell’alta dirigenza».

Regione Emilia Romagna – Agenzia sanitaria regionale: *Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Dossier 65/2002*



Grazie per l'attenzione
.... qualche domanda?

Per qualsiasi comunicazione: muzzi@igiennesanita.org