Cara azienda ospedaliera, non ti giudico ma ti valuto

Gli indicatori di esito/processo per cambiare in meglio

Come responsabile tecnico-scientifico del Programma nazionale di valutazione esiti (Pne), potrebbe spiegarci come il Pne valuta la qualità dei servizi erogati dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate. Quali criteri e indicatori vengono utilizzati?

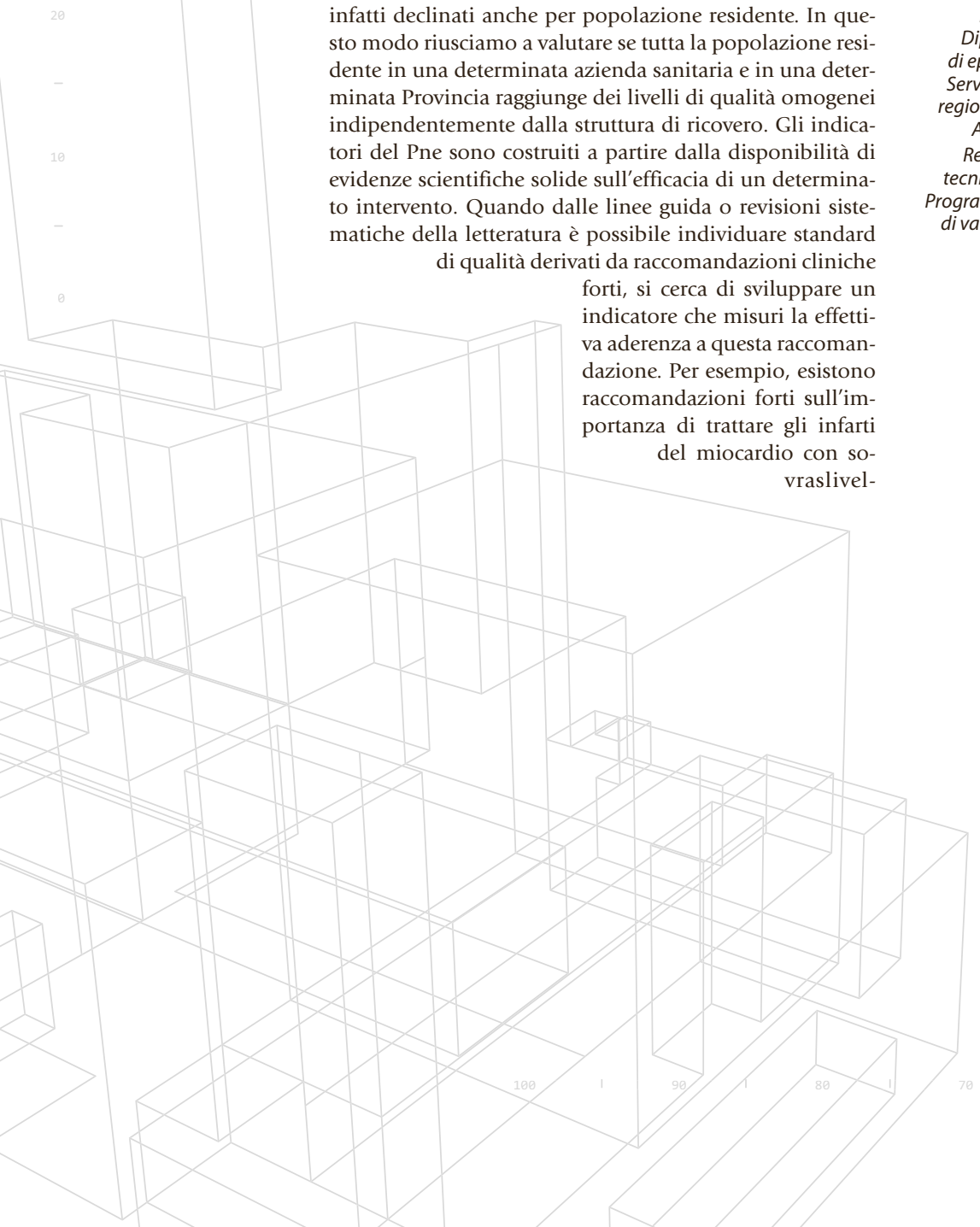
Il Pne valuta la qualità delle cure dal punto di vista sia della erogazione delle prestazioni sia della loro accessibilità e tutela dell'equità. Gli stessi indicatori di esito sono infatti declinati anche per popolazione residente. In questo modo riusciamo a valutare se tutta la popolazione residente in una determinata azienda sanitaria e in una determinata Provincia raggiunge dei livelli di qualità omogenei indipendentemente dalla struttura di ricovero. Gli indicatori del Pne sono costruiti a partire dalla disponibilità di evidenze scientifiche solide sull'efficacia di un determinato intervento. Quando dalle linee guida o revisioni sistematiche della letteratura è possibile individuare standard di qualità derivati da raccomandazioni cliniche forti, si cerca di sviluppare un indicatore che misuri la effettiva aderenza a questa raccomandazione. Per esempio, esistono raccomandazioni forti sull'importanza di trattare gli infarti del miocardio con sovraslivellamento del tratto ST (Stemi) entro 90 minuti dall'accesso in ospedale. Il corrispondente indicatore Pne misura la proporzione di Stemi sottoposti ad angioplastica primaria; attraverso questa misura possiamo valutare se effettivamente la maggior parte della popolazione accede a questo intervento di provata efficacia in maniera omogenea nelle diverse strutture italiane. Si parte quindi dalle evidenze, ma poi bisogna fare i conti con i dati che abbiamo a disposizione. Ad oggi l'unico sistema di raccolta di dati clinici disponibile per tutte le strutture, sia pubbliche che private, è il sistema informativo delle dimissioni ospedaliere. Negli anni è stato fatto lo sforzo di sviluppare una metodologia che rendesse gli indicatori Pne confrontabili tra strutture diverse e gruppi di popolazioni dissimili per caratteristiche cliniche e sociodemografiche, in modo tale che le differenze osservate siano attribuibili agli aspetti di tipo organizzativo. Tutti gli indicatori sono infatti standardizzati per tutte le caratteristiche cliniche e demografiche misurate dai sistemi sanitari. Il Pne, quindi, valuta se e in che misura gli ospedali italiani garantiscono ai propri assistiti interventi di provata efficacia e sicurezza. Si tratta quindi di valutazioni relative a prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti, e non di prestazioni di "eccellenza".

Intervista a

Marina Davoli

Direttrice Dipartimento di epidemiologia Servizio sanitario regionale del Lazio, Asl Roma 1

Responsabile tecnico-scientifico Programma nazionale di valutazione esiti Agenas



Il Pne, quindi, valuta se e in che misura gli ospedali italiani garantiscono ai propri assistiti interventi di provata efficacia e sicurezza.

Quali sono i limiti nell'effettuare una valutazione completa della qualità assistenziale negli ospedali italiani? Esistono aspetti che la valutazione degli esiti non copre completamente?

Come precedentemente accennato, uno dei limiti rilevanti riguarda i sistemi informativi in uso. Le schede di dimissione ospedaliera sono esaustive ma fanno affidamento su una versione della Classificazione internazionale delle malattie (Icd) risalente a circa quindici anni fa, quando l'offerta di interventi e la nosologia era molto diversa rispetto alla situazione attuale. Sarebbe essenziale adottare le edizioni più recenti, come l'Icd-10 o preferibilmente l'Icd-11, e, soprattutto, utilizzare codifiche aggiornate delle procedure di intervento. Negli ultimi decenni, sono state introdotte numerose nuove procedure che attualmente non sono valutabili. Ad esempio, un aspetto

critico è la mancanza di distinzione a livello nazionale tra gli interventi di sostituzione valvolare o di valvuloplastica effettuati per via transcatetere e quelli eseguiti attraverso un intervento "a cuore aperto", nonostante la prevalenza ormai consolidata della prima tecnica. Questo non consente né di valutarne gli esiti né di valutarne l'appropriatezza clinica.

Un ulteriore problema risiede nelle aree cliniche in cui è complesso identificare esiti misurabili attraverso i sistemi informativi correnti. Molti degli esiti che prendiamo in considerazione riguardano la tempestività di determinate procedure – come l'angioplastica primaria e le fratture di femore trattate entro le 48 ore che rappresentano indicatori di processo da considerare come proxy dell'esito – oppure la mortalità a breve termine. Ci sono alcune aree cliniche, come ad esempio l'ambito delle malattie infettive, in cui è più complicato individuare indicatori di processo validi che siano proxy di esito e per le quali l'esito mortalità non è appropriato. Inoltre, ci sono settori come la pediatria, in cui la popolazione è limitata, le strutture sono poche e anche gli esiti sono scarsamente numerosi: di conseguenza, abbiamo difficoltà intrinseche nel condurre una valutazione comparativa di esito.

Il problema principale che ha fatto emergere il Pne è la presenza di una disparità non solo tra le Regioni, ma soprattutto all'interno di ciascuna Regione.

Quanto pesa il fatto di avere un Servizio sanitario nazionale sostanzialmente gestito a livello regionale con disparità di costi ed efficacia?

Il problema principale che ha fatto emergere il Pne è la presenza di una disparità non solo tra le Regioni, ma soprattutto all'interno di ciascuna Regione. In alcune aree cliniche, come quella della gravidanza e del parto, si osserva una chiara divisione tra il nord e il centro-sud del Paese. Fino alla Toscana, il nord mostra un miglioramento su tutti e tre gli indicatori che utilizziamo (taglio cesareo primario, parto vaginale dopo cesareo, ricorso all'episiotomia), dimostrando una maggiore qualità rispetto al centro-sud. D'altra parte, ci sono aree, come quella cardiovascolare, in cui risultati simili si raggiungono in tutto il territorio nazionale e non a livello regionale: per esempio, si osserva una notevole omogeneità tra le Regioni nell'accesso all'angioplastica primaria, ma al contempo una marcata eterogeneità all'interno delle stesse Regioni.

Qual è l'utilità principale del Pne e dei programmi regionali di valutazione di esito come per esempio PReVaLe?

Il Pne ha compiuto 11 anni, il PReValE ne ha compiuti 15. Nel corso degli anni, abbiamo assistito a un miglioramento medio a livello regionale nella qualità delle prestazioni, soprattutto dopo che gli indicatori del Pne sono stati inclusi nel dm 70 del 2015. Da allora, le Regioni hanno iniziato a utilizzarli come strumenti di valutazione per i direttori generali. Tuttavia, nonostante questi progressi, molte strutture non riescono ancora a raggiungere gli standard minimi di qualità previsti. Prendiamo ad esempio la frattura del femore: la proporzione di interventi entro le 48 ore è notevolmente aumentata in quasi tutte le Regioni, ma il livello medio italiano negli ultimi cinque anni si è stabilizzato a un livello significativamente inferiore rispetto alla media europea. All'interno delle Regioni, persiste un'eterogeneità considerevole, con numerose strutture al di sotto degli standard minimi fissati dal dm 70 che non dovrebbero essere accreditate.

L'altro aspetto messo in evidenza dal Pne è la capacità del sistema di garantire un volume di attività per alcuni interventi, soprattutto chirurgici, tale da assicurare la maggiore efficacia e sicurezza dell'intervento. Ciò suggerisce la necessità di una centralizzazione di alcune specialità. Tuttavia, sorge la domanda se limitare alcuni centri a eseguire specifici interventi non penalizzi le aree interne. Ma è importante ricordare che le misurazioni del volume riguardano solo gli interventi per i quali esistono evidenze scientifiche che dimostrano una correlazione tra un maggior volume di attività ed esiti migliori. Quindi, faremmo un torto alle persone che vivono nelle zone più remote o disagiate se gli permettessimo di sottoporsi a interventi delicati, come quelli di chirurgia oncologica, in un piccolo centro vicino casa. Ciò che, invece, potrebbe e dovrebbe essere più accessibile e prossimale riguarda tutto quello che precede e segue l'intervento e non richiede una particolare specializzazione. Affinché i programmi di valutazione degli esiti contribuiscano al miglioramento della qualità delle cure è necessario un impegno su diversi livelli. Sia il Pne sia il PReValE dovrebbero essere utilizzati anche a livello regionale per il monitoraggio delle performance, per l'attribuzione del budget, l'accreditamento, e così via. Tuttavia, questo non esonera le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, insieme alle direzioni aziendali e ai singoli professionisti, dall'utilizzo di questi dati per migliorare la propria performance.

Nel rapporto Pne gli ospedali esaminati vengono classificati con un punteggio di alta, media o bassa qualità delle cure. Comunicare ai cittadini il Pne come "classifica" degli ospedali italiani potrebbe essere complesso e fuorviante? Come suggerirebbe di spiegare il Pne in modo chiaro ed equilibrato, evitando fraintendimenti o allarmismi?

Innanzitutto, è importante spiegare che il Pne non classifica le strutture con un punteggio di alta, media o bassa qualità, perché sarebbe troppo semplicistico. Il Pne ha sviluppato uno strumento, il treemap, che consente alle strutture ospedaliere di orientarsi tra i 170 indicatori di qualità e concentrarsi sui 20 indicatori più significativi, raggruppati per aree cliniche, che devono guidare i percorsi di audit clinico-organizzativo finalizzati al miglioramento della qualità. Il Pne, infatti, non identifica i migliori e i peggiori ospedali né propone una valutazione globale per struttura bensì una valutazione sintetica per area clinica. Nella presentazione dei dati e nel rapporto accessibile dal sito di Agenas si evidenzia chiaramente come nella stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere convivano aree cliniche di alta qualità insieme ad aree cliniche di qualità più bassa.

Dal punto di vista della comunicazione, quindi, le "classifiche" non dovrebbero rappresentare l'unica modalità di presentazione del rapporto, il cui impatto peraltro si esaurisce nel giro di pochi giorni. La stampa potrebbe avere un ruolo importante nel rafforzare la conoscenza della popolazione su ciò che dovrebbe essere garantito dai servizi sanitari sulla base delle evidenze. Comunicare come "eccellenza" ciò che dovrebbe essere garantito a tutti da un servizio sanitario universalistico è una distorsione, una interpretazione semplicistica del Pne.

Comunicare come "eccellenza" ciò che dovrebbe essere garantito a tutti da un servizio sanitario universalistico è una distorsione, una interpretazione semplicistica del Pne.

Inoltre, è preoccupante notare che ancora oggi i risultati della valutazione esiti non siano ancora pienamente utilizzati dai destinatari naturali per i quali è stato sviluppato il Pne, ovvero i professionisti e il management a livello locale, regionale e nazionale. I professionisti, in particolare, tendono ad adottate atteggiamenti difensivi, attribuendo la responsabilità dei risultati alla qualità dei dati; peccato però che la qualità dei dati stessi è a sua volta un indicatore dell'attenzione che una struttura dedica all'utilizzo dei dati per il governo clinico, e quindi una misura della qualità della struttura stessa a cui il management dovrebbe essere particolarmente attento. In conclusione, a più di dieci anni dalla pubblicazione dei dati del Pne e otto anni dal decreto ministeriale sugli standard qualitativi e quantitativi delle strutture ospedaliere, c'è ancora molta strada da percorrere per garantire in maniera omogenea a tutta la popolazione i livelli essenziali di assistenza.

A cura di **Rebecca De Fiore**