

Impiego e utilità degli indicatori di qualità

Michael Heberer^a, Heidemarie Weber^b, Atanas Todorov^c

La pubblicazione del numero di casi e della mortalità in specifici gruppi di pazienti è tuttora controversa. L'ospedale universitario di Basilea divulga ogni anno, dal 2005, questi dati su Internet. Tenuto conto di tutte le riserve, legittime o ingiustificate, consideriamo utile tale pubblicazione e siamo a favore dell'obbligo di tutti gli ospedali d'informare l'opinione pubblica, poiché la fiducia si basa sulla trasparenza.

Con i dati sul numero di casi, gli ospedali segnalano la loro esperienza mentre con i dati sulla mortalità essi forniscono un'indicazione sulla sicurezza e sui rischi di un trattamento. Una comunicazione del genere corrisponde al concetto di paziente emancipato, che desidera scambiare informazioni e cerca modi per collaborare.

Il numero di casi e la mortalità possono essere considerati indicatori di qualità?

Oggi può essere data per acquisita la correlazione tra numero di casi e mortalità in un ospedale e la qualità del trattamento medico in molte procedure interventistiche e operatorie. Di riflesso, un numero di casi inferiore a una soglia critica è tipicamente associato a risultati peggiori¹⁻⁵. Il fatto che questo nesso non trovi sempre conferma⁶⁻⁸ si spiega soprattutto con la presenza di altri fattori rilevanti, con una relazione non lineare e con l'importanza variabile del fattore «numero di casi».

In principio, è tuttavia plausibile concepire che un'elevata qualità di trattamento presupponga un numero minimo di casi: la complessa interazione tra diversi gruppi professionali e discipline richiede esperienza e una pratica regolare. Il numero minimo di casi oggi richiesto in parecchi Paesi per molte procedure è l'espressione di tale riflessione.

L'impiego dei dati di mortalità come indicatori di qualità è meno intuitivo: molti interventi sono eseguiti per migliorare determinate funzioni, lenire dolori e ottenere una sopravvivenza *a lungo termine*. Per raggiungere questi scopi, si assumono rischi che possono avere come conseguenza estrema anche il decesso, soprattutto nel caso di pazienti in condizioni gravi e critiche. Per questo motivo, una mortalità elevata durante o subito dopo la degenza (mortalità a 30 giorni) potrebbe essere anche espressione di aggressività terapeutica o di malattie concomitanti (comorbidità). Questo argomento va contro l'interpretazione di una mortalità bassa quale sinonimo di elevata qualità medica! Eppure, l'analisi di numerosissimi casi dimostra il nesso tra elevata qualità del trattamento medico e una mortalità ridotta⁹, tenendo sempre presenti le debite limitazioni: tale relazione vale spesso soltanto per specifici gruppi di pazienti (non per gli ospedali nella loro globalità), necessita per una prova concreta di grandi gruppi di casi e non sempre può essere migliorata con l'«aggiustamento del rischio». Non si conoscono infatti completamente i fattori di rischio importanti, né, tanto meno, i loro effetti sono uguali in tutte le condizioni (*case mix adjustment fallacy*)¹⁰.

Le indicazioni relative al numero di casi e alla mortalità in specifici gruppi di pazienti stimolano negli ospedali e nell'opinione pubblica la discussione sulla qualità del trattamento medico: è per questo motivo che tali informazioni sono utili e possono essere considerate indicatori di qualità. Il fatto che possano essere tratte da dati amministrativi di routine, che non richiedano rilevamenti specifici e che difficilmente si prestino a errori e a manipolazioni rappresenta un ulteriore vantaggio. Tuttavia, il numero di casi e la mortalità non sono in relazione diretta con la qualità della prestazione medica, e nemmeno con l'aggiustamento del rischio possono diventare molto significativi. È pertanto assurdo stilare classifiche di ospedali sulla base di tali dati.

a Prof. dr. med. Michael Heberer, FACS, MBA, responsabile del settore processi medici e qualità, membro della direzione dell'ospedale, Ospedale Universitario di Basilea

b Dr. phil. Heidemarie Weber, M.A., responsabile della gestione della qualità, Ospedale Universitario di Basilea

c Dr. med. Atanas Todorov, FETCS, codificazione medica, Ospedale Universitario di Basilea

Come vengono rilevati questi indicatori di qualità?

Le informazioni sul numero di casi e la mortalità catturano l'interesse dell'opinione pubblica e degli ospedali. In molti nosocomi ci si preoccupa tuttavia che tali informazioni possano erroneamente essere considerate un metro della qualità delle prestazioni mediche e avere così un'influenza sul flusso di pazienti. Alcuni ospedali, che si consideravano avvantaggiati dai risultati dei primi sondaggi condotti tra i pazienti perché in un gruppo di pazienti presentavano una mortalità inferiore rispetto a un altro fornitore di prestazioni, (ab)usano (di) questa informazione a scopi pubblicitari. In molti luoghi, questi dati sono però sottoposti a verifiche di plausibilità, sui rapporti di causa-effetto e sul potenziale di miglioramento, e stimolano l'adozione di provvedimenti per migliorare la qualità. Se gestita come appena descritto, la pubblicazione di questi indicatori di qualità centra un obiettivo di rilievo.

Un'immagine altrettanto ambivalente emerge se ci si fonda sulla stampa: da un lato vengono create e pubblicate classifiche di ospedali in base a questi indicatori, dall'altro i giornalisti ricordano i limiti di tali valutazioni. È evidente che l'opinione pubblica cerca e percepisce questa informazione.

Sia nell'opinione pubblica sia negli ospedali è stato osservato che la pubblicazione ripetuta di questi dati perde d'impatto. L'effetto iniziale è solitamente notevole, ma ogni ulteriore pubblicazione diminuisce l'intensità della discussione. Tale ritorno alla normalità sarebbe auspicabile se sulla scorta dei risultati venissero in continuazione elaborate misure volte al miglioramento della qualità. La premessa per simili processi continui di miglioramento sarebbe l'esistenza di stimoli esterni e interni. La disponibilità interna al miglioramento della qualità sussiste sia per ragioni di etica professionale sia nell'ottica d'influenzare durevolmente i flussi dei pazienti. Al momento mancano però gli stimoli esterni, e il nuovo sistema DRG non ne apporta (ancora). Al proposito, esiste un potenziale di miglioramento.

Quali cambiamenti ci si attende dalla pubblicazione di questi indicatori?

Hanno senso unicamente i coefficienti, la cui interpretazione si presta all'adozione di misure effettive. La pubblicazione del numero di casi e della mortalità di specifici gruppi di pazienti può sortire effetti tramite meccanismi legati all'ammissione (elenco degli ospedali), al rimborso (numero minimo di casi) o alla discussione tra esperti (*peer review*). Dal punto di vista della gestione della qualità, le discussioni tra esperti rivestono un'importanza particolare, poiché in questo modo vengono stimolati i miglioramenti per mezzo dell'apprendimento (*best practice*) e dell'innovazione (miglioramento e rinnovamento dei processi). La premessa è lo sviluppo di una cultura dell'errore che miri a un miglioramento duraturo, che metta in primo piano gli interessi del paziente e che rinunci a effetti pubblicitari di breve durata.

Imparare dai migliori (*best practice*) può significare seguire, in veste di visitatori interessati, fornitori di prestazioni caratterizzati da un numero elevatissimo di casi o da una mortalità molto bassa e confrontare i propri processi con tali reparti e cliniche. Chiunque lo abbia già fatto conosce il potenziale di simili visite.

Il principio della discussione tra esperti è noto in medicina. Lo scambio globale di esperienze a congressi e per il tramite degli organi di informazione stampati ed elettronici è una prassi consolidata. Negli ultimi tempi, il concetto è integrato con il *peer review* locale: esperti esterni discutono in loco i processi e i risultati di un ospedale sulla scorta della documentazione dei pazienti. Ne risultano proposte di miglioramento concrete, utili in particolare all'ospedale in questione¹¹. Questa discussione aperta, unita a una cultura dell'errore che non va alla ricerca di colpevoli ma di potenziali di miglioramento, poggia sugli esiti degli indicatori di qualità e punta a progressi che trovano riscontro in sensibili miglioramenti.

Riepilogo

La pubblicazione del numero di casi e della mortalità per definiti gruppi di pazienti può senza dubbio fornire un contributo alla gestione della qualità, a patto che l'analisi e la valutazione dei dati avvengano nel contesto di un sistema di gestione della qualità. Sulla scorta di questi dati, gli esperti possono identificare i potenziali di miglioramento ed elaborare provvedimenti concreti da attuare nelle unità organizzative degli ospedali. Al contempo, i pazienti, i medici di base e l'opinione pubblica interessata possono ricavare da questi dati informazioni sulle attività cardine degli ospedali. Soprattutto, però, la trasparenza così risultante infonderà nel sistema ospedaliero la fiducia di cui opinione pubblica e pazienti hanno bisogno.

L'articolo è apparso il 26 gennaio 2012 nella pubblicazione «Indicatori della qualità degli ospedali per cure acute svizzeri 2008/2009» (www.bag.admin.ch/iqos).

Bibliografia

1. Phillips KA, Luft HS, Ritchie JL. The association of hospital volumes of percutaneous transluminal coronary angioplasty with adverse outcomes, length of stay, and charges in California. *Med Care* 1995;33:502-514.
2. Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1745-1751.
3. Lavernia CJ, Guzman JF. Relationship of surgical volume to short-term mortality, morbidity, and hospital charges in arthroplasty. *J Arthroplasty* 1995;10:133-140.
4. Markar SR, Karthikesalingam A, Thrumurthy S, Low DE. Volume-outcome relationship in surgery for esophageal malignancy: A systematic review and meta-analysis 2000-2011. *J Gastrointest Surg* 2011.
5. Hernandez-Boussard T, Downey JR, McDonald K, Morton JM. Relationship between patient safety and hospital surgical volume. Health Research and Educational Trust 2011; DOI:10.1111/j.1475-6773.2011.01310.x.
6. Kurlansky PA, Argenziano M, Dunton R, Lancey R, Nast E, Stewart A, Williams T, Zapolansky A, Chang H, Tingley J, Smith CR. Quality, not volume, determines outcome of coronary artery bypass surgery in a university-based community hospital network. *J Tissue Eng Regen Med* 2011; doi:10.1016/j.jtcvs.2011.10.043.
7. Curry LA, Spatz E, Cherlin E, Thompson JW, Berg D, Ting HH, Decker C, Krumholz HM, Bradley EH. What distinguishes top-performing hospitals in acute myocardial infarction mortality rates? *Ann Intern Med* 2011;154:384-390.
8. Auerbach AD, Maselli J, Carter J, Pekow PS, Lindenauer PK. The relationship between case volume, care quality, and outcomes of complex cancer surgery. *J Am Coll Surg* 2010;211:601-608.
9. Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM. The inverse relationship between mortality rates and performance in the hospital quality alliance measures. *Health Affairs* 2007;26:1104-1110.
10. Lilford R, Pronovost P. Using hospital mortality rates to judge hospital performance: A bad idea that just won't go away. *Brit Med J* 2010;340:955-957.
11. Flintrop J, Gerst T. Dialog auf Augenhöhe. *Ärztliches Peer Review. Dtsch Arztebl* 2011;108:882-884.