

Scheda informativa sugli Indicatori di qualità per le cure stazionarie di lunga durata – visione d'insieme

In base all'articolo 59a della legge federale sull'assicurazione malattie LAMal, in Svizzera gli istituti di cura (case per anziani CPA) sono tenuti a fornire alle competenti autorità federali i dati necessari alla sorveglianza degli indicatori medici di qualità.

In base all'articolo 8a della l'ordinanza sulle prestazioni Opre i dati destinati al calcolo degli indicatori di qualità sono registrati dagli istituti nell'ambito delle consuete valutazioni dei residenti per mezzo degli strumenti di rilevamento dei bisogni di cura. Lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni deve consentire la registrazione di dati sugli indicatori medici della qualità.

Le informazioni sono acquisite dall'Ufficio federale di statistica e messe a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Gli indicatori di qualità saranno resi pubblici. Gli istituti di cura possono utilizzare i dati raccolti al loro interno per mezzo degli strumenti di valutazione allo scopo di calcolare gli indicatori di qualità, di monitorare e ottimizzare la qualità dell'istituto. Questa scheda informativa è un supporto alla casa per anziani per l'uso interno degli indicatori di qualità.

Che cosa è misurato?

Sono utilizzati sei indicatori di qualità inerenti a quattro differenti temi di misurazione: misure limitative della libertà di movimento (due indicatori di qualità), malnutrizione, polimedicazione e dolore (due indicatori di qualità). I sei indicatori sono definiti come segue.

Misure limitative della libertà di movimento:

- percentuale di residenti con contenzione quotidiana del tronco o con sedile che impedisce di alzarsi in modo autonomo, nel corso degli ultimi sette giorni.
- percentuale di residenti con utilizzo quotidiano di barriere al letto o di altri dispositivi su tutti i lati aperti del letto volti a impedire i residenti di lasciare autonomamente il letto, nel corso degli ultimi sette giorni.

Malnutrizione:

- percentuale di residenti che hanno accusato una perdita di peso del 5% o più nel corso degli ultimi 30 giorni o del 10% o più nel corso degli ultimi 180 giorni.

Polimedicazione:

- percentuale di residenti che hanno assunto nove o più principi attivi nel corso degli ultimi sette giorni.

Dolore:

- autovalutazione: percentuale di residenti che, negli ultimi sette giorni, hanno manifestato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.
- valutazione da parte di terzi: percentuale di residenti che, negli ultimi sette giorni, hanno manifestato di soffrire, quotidianamente, di dolori moderati o più dolori oppure di dolori molto forti ma non quotidianamente.

Quali sono i criteri di esclusione?

A parecchi indicatori vengono applicati dei criteri d'esclusione; ciò significa che i residenti che soddisfano determinati criteri predefiniti non sono inclusi nel calcolo. È il caso, per esempio per la malnutrizione: sono esclusi tutti i residenti la cui speranza di vita è inferiore a sei mesi. Nella fase terminale della vita, una perdita di peso è prevedibile e quindi non è imputabile alla qualità delle cure prestate dall'istituto. Sono pure esclusi i residenti che hanno avuto una sola valutazione all'ammissione in istituto. In questi casi, la perdita di peso riferita agli ultimi 30 o 180 giorni indica un problema insorto prima dell'ammissione nell'istituto di cura. In effetti, l'istituto non ha influenza su quanto è avvenuto prima dell'ammissione del residente e, pertanto, i residenti valutati alla loro ammissione sono esclusi dalla rilevazione. I criteri d'esclusione limitano quindi il numero di residenti considerati a coloro che presentano un reale criterio per il calcolo dell'indicatore di qualità. Ciò riduce il numero totale di residenti considerati nel calcolo dell'indicatore. I criteri d'esclusione per ogni indicatore di qualità sono elencati nella scheda informativa relativi ai singoli temi di rilevamento.

Che cos'è un adeguamento dei rischi?

Nella misurazione degli indicatori di qualità vari fattori possono influenzare le differenze fra istituti di cura. In particolare, gli istituti di cura si differenziano sul piano organizzativo (per esempio, in termini di dimensioni, orientamento o case mix) e a livello di residenti ospitati (per esempio, capacità cognitive o intensità di assistenza). Una parte delle differenze riscontrate nella misurazione degli indicatori di qualità sono attribuite alle caratteristiche organizzative e di case mix dell'istituto di cura, altre sono puramente casuali. Quindi, non tutte le differenze osservate tra istituti segnalano una diversa qualità. Per ovviare a questo problema, viene utilizzato un adeguamento dei rischi: i fattori noti che influiscono sulle differenze sono presi in considerazione nel calcolo dell'indicatore di qualità. Così facendo, i risultati sono meglio comparabili perché le differenze trovate nelle cifre chiave degli istituti rispecchiano piuttosto reali differenze in termini di qualità. Per tutti e sei gli indicatori di qualità viene effettuato un adeguamento dei rischi in funzione del livello di cure e del deficit cognitivo (misurato con la Cognitive Performance Scale CPS). Per singoli indicatori di qualità vengono ancora adeguati ulteriori caratteristiche. Troverete le informazioni nei relativi singoli scheda informativa.

Come possono essere utilizzati gli indicatori di qualità dagli istituti di cura?

Gli indicatori di qualità agevolano gli istituti nella verifica del proprio livello di qualità riferito al tema di misurazione. È importante tenere presente che un indicatore di qualità non è una misura diretta della qualità delle cure erogate ma piuttosto uno strumento per sostenere lo sviluppo della qualità. Inoltre, gli indicatori nazionali di qualità non esprimono la qualità generale di un istituto di cura ma solo quella attinente ai temi di misurazione.

Pertanto, è importante analizzare scrupolosamente come viene prodotta una cifra chiave e come può essere interpretata.

L'uso interno di indicatori di qualità deve quindi essere inserito nel concetto generale di sviluppo della qualità dell'istituto di cura. La sola raccolta dei dati non modifica la qualità delle cure erogate; occorre valutare e contestualizzare i dati e avviare processi di sviluppo.

Un utilizzo mirato degli indicatori di qualità può essere previsto in sette fasi:

1. Chiarire gli obiettivi
2. Chiarire i concetti
3. Definire un concetto di misura
4. Assicurare misurazioni uniformi
5. Pianificare ed effettuare la raccolta dei dati
6. Analizzare e interpretare i dati
7. Identificare e attuare i provvedimenti, assicurare la sostenibilità

1. Chiarire gli obiettivi

Come sono integrati gli indicatori nazionali di qualità negli obiettivi dell'istituto di cura? Il motivo per il quale l'istituto monitorizza questi indicatori è comprensibile per i collaboratori?

2. Chiarire i concetti

Il personale comprende come questi indicatori di qualità sono integrati nella valutazione della qualità generale offerta dall'istituto e che cosa può essere dedotto o meno dai risultati?

3. Definire un concetto di misura

Gli istituti di cura hanno l'obbligo di fornire gratuitamente i dati necessari alla misurazione degli indicatori di qualità all'Ufficio federale di statistica.

Tuttavia, gli istituti sono liberi di decidere se e come utilizzare questi dati al loro interno e se rilevarli regolarmente. Se un istituto di cura desidera implementare un monitoraggio interno, deve porsi alcune domande; per esempio: come utilizzare il benchmarking; se monitorare tutti o solo una parte degli indicatori di qualità; a quale livello implementare il monitoraggio interno (di reparto o di istituto, ecc.).

Per la valutazione dei risultati si possono distinguere due approcci di comparazione:

- Confronto interno: l'istituto di cura mette a confronto le sue cifre chiave nel tempo per mezzo di rilevazioni regolari (per esempio, trimestrali). Compilando i dati ottenuti con strumenti di rilevamento dei bisogni, si possono monitorare i temi di misurazione fondamentali dell'istituto, il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, l'attuazione e il mantenimento dei miglioramenti oppure, nel caso in cui le cifre chiave peggiorassero nel corso del tempo, l'adozione di altre misure correttive.
- Benchmarking (analisi comparativa): l'istituto di cura si raffronta con altri istituti in un preciso momento. Un benchmarking può avere luogo, per esempio, ogni anno oppure ogni due anni

nell'intento di confrontarsi con altri istituti in riferimento ai temi di misurazione e pure di controllare l'evoluzione di singole proprie prestazioni e di identificare punti di forza e azioni da intraprendere. Gli strumenti di rilevamento dei bisogni danno la possibilità di effettuare questa analisi comparativa che si rivela utile per identificare gli istituti con buoni risultati e favorire gli scambi per imparare gli uni dagli altri. Il benchmarking permette pure di identificare i processi e le attività che funzionano bene e dà nuove idee su come sviluppare e mantenere la qualità.

I dati possono essere valutati a livello di reparto o di istituto nel suo complesso. Le differenze possono essere importanti sia tra reparti dello stesso istituto sia tra istituti di cura. Per il monitoraggio della qualità all'interno dell'istituto vale la pena calcolare gli indicatori di qualità a livello di reparto e di comunicarli alle équipe. In questo modo, il personale curante riceve un riscontro in merito ai residenti con i quali è direttamente a contatto.

Da notare che i reparti più piccoli non forniscono dati utili: per esempio, in un'unità di solo 10 posti, se solo 2 residenti avessero i requisiti per l'indicatore di qualità, il risultato raggiungerebbe il 20% e salirebbe del 10% a ogni residente supplementare. Pertanto, è raccomandato di effettuare una valutazione interna unicamente per le unità con almeno 20 posti o di interpretare con prudenza i risultati di unità più piccole.

4. Assicurare misurazioni uniformi

Affinché i dati siano comparabili, è importante che il personale che effettua la valutazione per mezzo degli strumenti di rilevamento dei bisogni comprenda le domande nello stesso modo. Le istruzioni per l'uso degli strumenti come pure i schede informative di CURAVIVA forniscono informazioni in merito. La formazione del personale addetto alla misurazione come pure i riscontri su concrete situazioni possono sostenere l'uniformità della misurazione.

Per il calcolo degli indicatori di qualità, possono essere utilizzate le versioni definitive degli indicatori di qualità dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Per il monitoraggio interno, è raccomandato, per ragioni di fattibilità, di riferirsi unicamente ai criteri di esclusione e di non effettuare adeguamenti dei rischi.

Nell'ambito di una valutazione interna può essere chiarito facilmente quanto un cambiamento di case mix possa aver determinato variazioni nei risultati.

5. Pianificare ed effettuare la raccolta dei dati

Qui si tratta di determinare, per esempio, quali possibilità offrono i sistemi per raccogliere ed estrarre i dati destinati alla valutazione, chi si occupa della raccolta dei dati e con quale frequenza, ecc.

6. Analizzare e interpretare i dati

In seguito, è utile decidere chi analizzerà i dati e controllerà eventualmente i calcoli degli indicatori. Come saranno eseguiti i calcoli (per esempio nello strumento, in Excel), quale forma dare alla presentazione dei risultati (meglio un grafico piuttosto che la semplice tabella o solo delle cifre) e quale software sarà utilizzato? A chi saranno comunicati i risultati (per esempio direzione, responsabile qualità, esperto in cure infermieristiche, personale d'assistenza e cura) e in quale forma (per es. e-mail, intranet, affissione)? Che cosa viene ritenuto nell'interpretazione? Quali valori considerati obiettivo sono ricercati (per esempio valore limite assoluto o valore superiore o inferiore alla media cantonale/nazionale)?

In fase d'interpretazione è importante prestare attenzione alla modalità di presentazione dei dati. Se per esempio la compilazione interna degli indicatori avviene ogni tre mesi, bisogna tenerne conto nella frequenza di raccolta dei dati. In effetti, con gli strumenti RAI- NH e BESA, i residenti sono valutati almeno ogni nove mesi. Se la compilazione interna degli indicatori avviene ogni tre mesi, nella misurazione dell'indicatore potrebbe essere più volte incluso un problema riscontrato dal residente e magari nel frattempo superato o risolto?

7. Identificare e attuare i provvedimenti, assicurare la sostenibilità

Tutte le fasi precedenti portano in definitiva a decidere quali misure sono necessarie per migliorare la qualità e, se occorre, elaborare un catalogo dei provvedimenti da attuare.

Ogni tema di misurazione è influenzato da una moltitudine di fattori ed è l'interazione a diversi livelli che lascia emergere una buona qualità. In ogni processo di sviluppo della qualità occorre considerare i seguenti livelli:

- istituto: strutture e processi
- personale
- residenti

A dipendenza del problema identificato, possono essere adottate misure ai tre livelli.

Ci sono diversi metodi per sostenere il miglioramento della qualità. Un metodo frequentemente utilizzato è il ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act). Questo metodo suppone che lo sviluppo della qualità sia un processo continuo nel quale il ciclo PDCA sia costantemente applicato, attraverso l'identificazione del problema e la pianificazione delle misure correttive (Plan), l'adozione delle misure (Do), la verifica delle misure (Check) e la loro integrazione nel sistema generale di gestione della qualità proprio all'istituto di cura (Act). L'attuazione di un sistema di monitoraggio interno degli indicatori di qualità permette di verificare regolarmente le criticità nei temi di misurazione. Riferirsi regolarmente al ciclo PCDA permette pure di migliorare la qualità in modo sostenibile.

Al fine di identificare gli ambiti problematici concretamente presenti nell'istituto così come le possibili misure correttive, ai reparti è raccomandato di registrare le cifre chiave per gli indicatori di qualità e pure quali residenti sono considerati. In questo modo, il reparto è agevolato nel valutare il motivo d'inclusione del residente nell'indicatore. Inoltre, da una parte, rende possibile individuare errori di misurazione.

Dall'altra, consente di effettuare un'analisi approfondita dei residenti interessati per identificare la causa del problema (per esempio che cosa ha portato all'applicazione di una misura limitativa della libertà di movimento?) o di elaborare possibili soluzioni (per esempio in caso di polimedicazione, verifica della farmacoterapia con il medico curante; discussione interprofessionale di casi; coinvolgimento nell'equipe di un esperto esterno a supporto del trattamento del dolore in casi difficili).

Per ogni situazione, una «root cause analysis» può essere uno strumento di supporto per un'analisi sistemica delle cause.

L'approccio sistemico aiuta non solo a risolvere situazioni individuali problematiche ma pure a esaminare le strutture e i processi dell'istituto di cura che potrebbero essere all'origine di problemi.

Gestione dei dati resi pubblici

. A partire dal 2024, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) pubblicherà probabilmente i dati su base annuale per gli istituti di cura. L'integrazione degli indicatori di qualità nazionali nella gestione interna della qualità permette alle residenze medicalizzate di prepararsi. Con la comprensione dei propri dati sarà anche possibile prendere una più corretta posizione sui dati resi pubblici. Le misure introdotte contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e si rifletteranno positivamente sugli indici indicativi resi pubblici.

Risorse supplementari

Per maggiori informazioni sulla misurazione degli indicatori di qualità, consultare i seguenti siti internet:

- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) [Ufficio federale della sanità pubblica UFSP \(admin.ch\)](https://www.ufsp.admin.ch)
> Dati e statistiche > Case di cura medicalizzate > Indicatori medici di qualità
- CURAVIVA www.curaviva.ch > informazioni specialistiche > scheda informativa sugli indicatori di qualità

Editore

CURAVIVA, Associazione di categoria di ARTISET,
Federazione dei fornitori de servizi per persone con bisogni di assistenza, Berna

Autore

Prof. Dott. Franziska Zúñiga
Institut für Pflegewissenschaft, Department of Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Basel

Informazioni

info@curaviva.ch

© CURAVIVA, 2ª ed., gennaio 2024