

A confronto. Per misurare la qualità

Le attività sono state valutate con il metodo del benchmarking. E dallo studio sono emerse molte novità

Come si fa a misurare la qualità di un ospedale? E come si capisce se la sua organizzazione e l'attività possono andare in direzione di un miglioramento? Sono quesiti cui è difficile dare una risposta perché le Aziende Ospedaliere universitarie non dispongono, a questo scopo, di un sistema di riferimento. L'unica risposta può dunque arrivare dal confronto con altre realtà, a partire da indicatori oggettivi e dati omogenei. Uno strumento in questo senso è rappresentato dal benchmarking, un sistema utilizzato in origine dalle Aziende per verificare il livello delle prestazioni mediante un'attenta analisi del proprio lavoro in rapporto a quello di altre simili e utilizzato già da anni anche in campo sanitario. Una definizione di benchmark è "... un approccio sistematico e continuo per identificare gli standard di prestazione (benchmark), confrontare se stessi con questi, e identificare le prassi (practices) che permettono di diventare il nuovo standard di riferimento (new best in class)".

Proprio un metodo di questo tipo è stato messo in campo dagli ospedali triestini per delineare performance, obiettivi di qualità e performance da conseguire. Per realizzare l'analisi è stato incaricato un soggetto "neutro": l'Agenas-Agenzia nazionale per i servizi sanitari che lavora in stretta collaborazione con il ministero della Salute e con le Regioni sulla base degli indirizzi della Conferenza Stato Regioni e garantisce il supporto tecnico operativo alle politiche di governo della salute.

E' stata dunque l'Agenas a costruire l'insieme di indicatori di performance su cui basare il confronto cui hanno accettato di partecipare le Aziende Ospedaliere universitarie di Ancona, Ferrara, Novara e Varese, omogenee per dimensioni, numero di dipendenti e attività a quella triestina che hanno messo a



disposizione una serie di dati non disponibili a livello centrale, hanno risposto ai questionari relativi all'organizzazione interna, alle attività di ricerca, hanno partecipato allo sviluppo del set di indicatori per individuare le buone pratiche.

I risultati di questo lavoro, illustrati nel convegno "Aziende Ospedaliere universitarie: studio di benchmarking per misurare l'efficacia e promuovere processi di cambiamento" svoltosi ai primi di maggio, hanno consentito di comprendere in modo nuovo alcune dinamiche delle realtà sanitarie coinvolte.

Le caratteristiche dei ricoverati, ad esempio, sono molto diversi nelle Aziende prese in considerazione. A Trieste viene ricoverata la stessa

proporzione di donne e di uomini (48 per cento), tutti di età maggiore ai 15 anni (i ricoveri per bambini e donne in età fertile, nella nostra Provincia, vengono effettuati presso il Burlo Garofolo). Tuttavia nel confronto con le altre quattro Aziende i nostri ricoveri vedono una prevalenza di donne di età molto anziana (con un picco tra gli 80 e i 90 anni, mentre negli altri ospedali questo picco è anticipato di almeno cinque anni).

Inoltre a Trieste la percentuale di ricoveri di tipo medico è più elevata (circa il 65 per cento) rispetto alle altre quattro. A Novara, a differenza di quanto accade a Trieste, il ricovero più frequente è quello chirurgico, con il 56 per cento sul totale delle

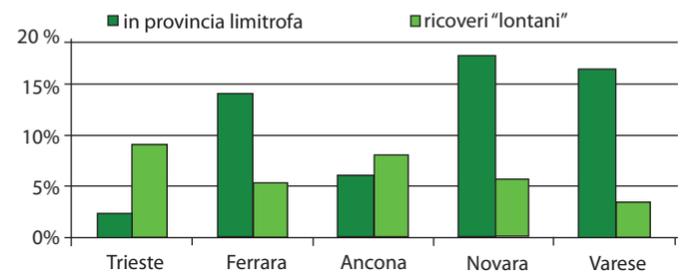
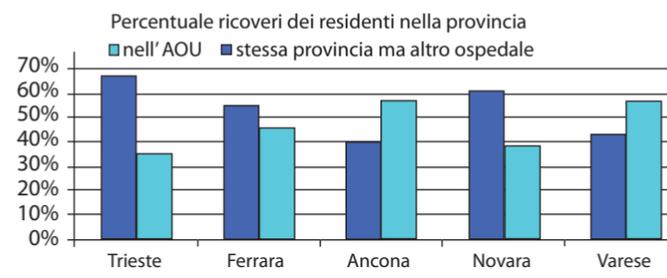
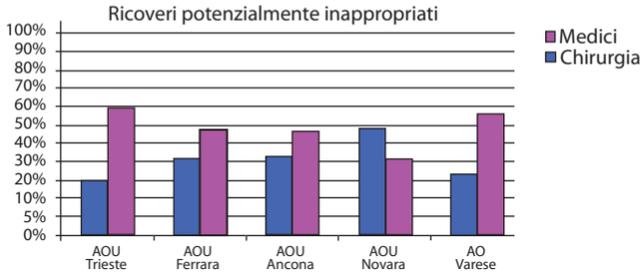
dimissioni.

Da un lato il fenomeno è riconducibile all'assenza di ricoveri chirurgici per l'età pediatrica e per le patologie ginecologiche, dall'altro alla nota pressione sociale al ricovero di pazienti molto anziani e con elevata comorbidità. Sempre nel confronto, tuttavia, i ricoveri sono mediamente appropriati e di alta complessità (circa il 12 per cento). Ma dove si concentrano i ricoveri definiti "inappropriati"? Come si può notare dal grafico sono per lo più nell'area medica. I ricoveri di tipo chirurgico considerati non appropriati sono meno del 30 per cento, la percentuale più bassa tra le cinque Aziende del benchmark. Nel complesso, però, queste cinque

Aziende (ospedaliere-universitarie) hanno una più alta complessità e una minore "potenziale" inappropriata rispetto alle intere regioni di appartenenza. Per tutte le Aziende Ospedaliere universitarie la differenza è sempre negativa, varia dal 2 per cento di Ferrara sino a quasi il 7 per cento di Novara (con Trieste a metà classifica). Per ciò che riguarda Trieste bisogna sottolineare che quei ricoveri che sul piano nazionale vengono definiti "potenzialmente inappropriati", negli ospedali triestini sono legati anche all'elevata età media della popolazione e data anche l'età dei pazienti, si verificano per scompenso cardiaco e per le malattie dell'apparato respiratorio (bronchite cronica e polmonite).

La composizione e tipologia dei ricoveri ha un effetto immediato sulla durata della degenza. Il confronto ha infatti evidenziato una "cronica" criticità che si vive nel nostro territorio, ossia la durata dei ricoveri che è significativamente maggiore rispetto a quella delle altre quattro Aziende prese in considerazione. Ma i triestini, prediligono il ricovero presso altri ospedali? Il confronto ci dice che le diverse strutture di ricovero triestine (Azienda Ospedaliere Universitaria, Burlo e privato convenzionato) riescono a soddisfare il bisogno del 90 per cento dei residenti in Provincia, e che la "fuga" presso altri ospedali extra-provinciali (o fuori regione) è all'incirca del 10 per cento. La "mobilità" dei residenti in altre Province italiane è invece più spiccata. Infatti, a Trieste meno del 3 per cento dei residenti si ricovera in strutture provinciali limitrofe e quanti preferiscono ricoverarsi (o sono indirizzate al ricovero) in strutture "lontane" (compresi in altre Regioni italiane) sono meno del 9 per cento.

Si è confrontato anche l'accesso al Pronto soccorso con le relative performance. Si nota una prima differenza in merito al numero di ricoveri che vengono disposti dopo il primo trattamento: a Ferrara, come a Trieste, un accesso ogni cinque si trasforma in ricovero ordinario, contro uno ogni 11 di Novara. L'accesso al Pronto Soccorso, tuttavia, avviene per tipologia di gravità (il noto codice colore "triage") in proporzioni differenti tra le cinque Aziende Ospedaliere universitarie. I dati dello studio non si esauriscono certo qui, ma investono anche la parte organizzativa e economica dell'ospedale: siamo dunque davanti a una mole di informazioni che adesso sarà oggetto di ulteriore studio e approfondimento. Come d'altronde è implicito nel significato stesso del termine "benchmarking".



OSPEDALI/CLINICA OTORINOLARINGOIATRICA

Quel delicato equilibrio che sta nel nostro orecchio

Ci sono quei momenti in cui le cose intorno sembrano mettersi a ruotare vorticosamente. Quella sensazione di percepire fischi, ronzii o soffi che di fatto non esistono. O quei cali d'udito che d'improvviso ci separano dal mondo. Vertigini, acufeni e sordità, totali o parziali, sono tutti problemi legati a malattie che colpiscono l'orecchio e in particolare il sistema acustico vestibolare alla cui gestione presiede il cervello. "Si tratta di uno degli apparati anatomici più complessi a nostra disposizione per gestire l'udito e l'equilibrio", spiega Giancarlo Tirelli, direttore della Clinica Otorinolaringoiatrica, realtà dotata di un centro specialistico per i disturbi dell'equilibrio ritenuti complessi che annovera sofisticate e moderne tecnologie d'indagine e di diagnosi quali la videonistagmografia digitale e la stabilometria computerizzata.

Nei casi di patologie dell'orecchio che necessitano invece d'intervento chirurgico l'équipe è in grado di fornire al paziente un'ampia gamma di interventi chirurgici. "Sono interventi - dice il professor Tirelli

- eseguibili con tecnologie dedicate quali il microscopio operatorio e il monitoraggio intraoperatorio dei nervi cranici per ridurre al massimo il rischio di effetti collaterali per il paziente". "In questo settore - continua - le nuove frontiere sono interdisciplinari e sono rappresentate dalla sinergia con la neurochirurgia per la cura di malattie flogistiche e tumorali dell'apparato acustico vestibolare complicate che possono coinvolgere la base del cranio e l'angolo pontocerebellare del cervello". Nel caso delle vertigini o dei cali uditivi alcune situazioni possono essere risolte con il ricorso alla microchirurgia, che grazie all'utilizzo di speciali microscopi consente di intervenire con altissima precisione su aree molto piccole. Ma non sempre la soluzione passa attraverso la chirurgia. "La causa più frequente di vertigini - spiega Giancarlo Tirelli - è rappresentata dalla cupololitiasi, una malattia benigna che è provocata dal distacco di cristalli di calcio (sabbia otolitica) da una porzione dell'orecchio interno e dalla loro migrazione in un'altra area molto sen-

sibile chiamata canale semicircolare. Quando il paziente solitamente da disteso cambia posizione, compare la vertigine; questa malattia non si cura con farmaci ma esclusivamente con sedute di fisioterapia eseguita dall'otorinolaringoiatra". Un'altra causa frequente di vertigine è la labirintite, generalmente provocata da un virus. In questo caso la vertigine è violenta e si accompagna a nausea e vomito e costringe il paziente, causa la forte instabilità, a stare a letto. La cura richiede farmaci specifici e di solito non si ripete nel tempo. Il paziente in questi casi acuti va comunque subito visitato per escludere cause neurologiche. La chirurgia può invece essere risolutiva nella vertigine legata alla malattia di Meniere, più rara e caratterizzata dal fatto che le crisi di vertigine si ripetono nel tempo, a volte a distanza di anni, e spesso si accompagnano ad acufeni e senso di tappamento dell'orecchio o calo uditivo. Questa patologia è provocata da un accumulo spiegato di liquidi (endolinfa) all'interno del labirinto e oggi può essere curata,

nei casi di grave vertigine, con un nuovo intervento, eseguito in anestesia locale, che inietta attraverso il timpano di sostanze antibiotiche specifiche che vanno a curare quella parte di labirinto che non funziona più correttamente. Quanto alla sordità, deve destare allarme e condurre il paziente dall'otorinolaringoiatra soprattutto quando colpisce un solo orecchio: in questo caso la causa più banale è rappresentata da un tappo di cerume che solitamente dopo una doccia si gonfia d'acqua provocando il calo d'udito. "Ma attenzione - sottolinea Tirelli - con gli stessi sintomi potrebbe trattarsi anche della cosiddetta sordità improvvisa idiopatica provocata da un virus che si localizza nelle cellule acustiche e in alcuni casi può spingere completamente l'orecchio e che necessita di cure a base di cortisone". La sordità può essere anche la conseguenza di un'otite che in certi casi, di solito dopo molti anni, può provocare la formazione di una pericolosa cisti detta colesteatoma che può provocare paralisi e meningite e che



necessita per essere guarita di un delicato intervento di microchirurgia. E nelle otiti croniche può sovenire, ancora una volta, la microchirurgia che consentirà di ricostruire il timpano perforato sostituendo gli ossicini (martello, incudine e staffa) danneggiati con piccoli ossicini in titanio ridando l'udito perduto al paziente. Niente di chirurgico invece nella soluzione alla sordità più frequente al giorno d'oggi, quella legata al rumore del traffico, dell'industrializzazione o all'abitudine di ascoltare musica ad alto volume. In questo caso a essere colpite sono le cellule nervose acustiche, esattamente come avviene nell'invecchiamento

dell'orecchio. L'unico rimedio è la protesi acustica, oggi peraltro estremamente miniaturizzata e poco visibile, da adottare prima che il cervello a causa di un'insufficiente stimolazione sonora vada in atrofia impedendo non solo di sentire le parole ma anche di comprenderne il significato. Ma né la chirurgia né i farmaci possono nulla contro i fastidiosi acufeni, quella sensazione di sentire suoni che di fatto non esistono. La causa molto spesso rimane sconosciuta e non vi sono cure efficaci. L'unica cautela è di escludere che siano un campanello d'allarme che segnali altre malattie dell'orecchio invece ben curabili.