

La responsiveness del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna

Progetto in collaborazione tra l'Agencia sanitaria e sociale regionale dell'ER ed il Dipartimento di Scienze economiche, Università di Bologna

Bologna, 20 novembre 2012

Struttura della presentazione

- 1) Concetto di responsiveness dei sistemi sanitari
- 2) Studi condotti da Silvana Robone presso l'Università di York su questo tema
- 3) Progetto sul tema della responsiveness dell'ASSR in collaborazione con il DSE, Università di Bologna
- 4) Risultati preliminari

La responsiveness dei sistemi sanitari (1)

- Measures of performance of health systems have become key tools to help decision makers in describing, analysing and improve the provision of health services.
- Measures of performance of health systems are becoming increasingly reliant on the perspective of the user. Patients' views and opinions are recognised as an essential means for assessing the provision of health services, to stimulate quality improvements and to measure health systems performance.
- Traditionally, patients' views were sought on the quality of care provided and satisfaction with health services. Recently the concept of responsiveness has been promoted as a more desirable measure to judge health systems.
- Responsiveness can be defined as the way in which individuals are treated and the environment in which they are treated encompassing the notion of patient experience with the health care system (Valentine et al., 2003)

La responsiveness dei sistemi sanitari (2)

Il concetto di responsiveness e' multi-dimensionale. Fattori individuati dall'OMS:

a) Rispetto della persona

Dignità – ricevere assistenza medica in modo rispettoso, attento e non discriminatorio.

Autonomia del paziente – offrire informazioni ai pazienti circa il loro stato di salute ed i diversi trattamenti possibili, insieme ai rischi associati a questi trattamenti, in modo di permettere al paziente di prendere parte al processo decisionale in relazione alle cure e trattamenti

Confidenzialità – riservatezza dell'ambiente in cui le visite mediche, cure, etc. vengono effettuate.

Chiarezza nella comunicazione – efficacia e trasparenza della comunicazione tra personale medico e pazienti e disponibilità del personale medico ad offrire chiarimenti ai pazienti.

La responsiveness dei sistemi sanitari (3)

Fattori individuati dall'OMS:

b) Client orientation:

Scelta – possibilità del consumatore di prestazioni sanitarie di esercitare una scelta in relazione al personale medico ed alla struttura che eroga le prestazioni

Pronta attenzione – le cure dovrebbero essere erogate prontamente, senza perdite di tempo.

Qualità delle infrastrutture di base – qualità delle infrastrutture fisiche degli ospedali, ambulatori, case di cura etc. ed all'offerta di adeguati servizi alberghieri.

Supporto sociale – possibilità dei pazienti, in caso di ricovero, di mantenere un contatto con le loro famiglie ed altri networks sociali.

La responsiveness dei sistemi sanitari (4)

- Il concetto di responsiveness e' stato proposto dal World Health Report 2000 (WHR 2000)
- La responsiveness e' stata individuata nel WHR 2000 come uno dei tre obiettivi che tutti i sistemi sanitari dovrebbero perseguire, insieme alla salute dei cittadini ed all' equita' dei meccanismi di finanziamento dei sistemi stessi.
- Importanza non solo del livello medio di responsiveness, ma anche della distribuzione tra individui (accento sulla riduzione delle diseguaglianze)

La responsiveness dei sistemi sanitari (5)

- Merito del WHR 2000 di aver portato la questione della valutazione delle performance dei sistemi sanitari sull' agenda dei policy makers e dei ricercatori (McKee 2010)
- Policy makers visti non solo piu' come responsabili della gestione delle risorse e dei processi, ma dei benefici in termini di salute che derivano alle popolazioni (Frenk 2010)
- Creazione di gruppi di ricerca per la valutazione di performance:
 - Health Metrics Network, WHO
 - Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington
- Framework del WHO e' stato adottato per indagini sui servizi ospedalieri, ad esempio, in Nigeria (Adesania et al. 2012), India (Mahlotra e Do 2012), Iran (Rashidian et al. 2011), Kenia (Nieru et al. 2009)

Studi dell'Università di York (1)

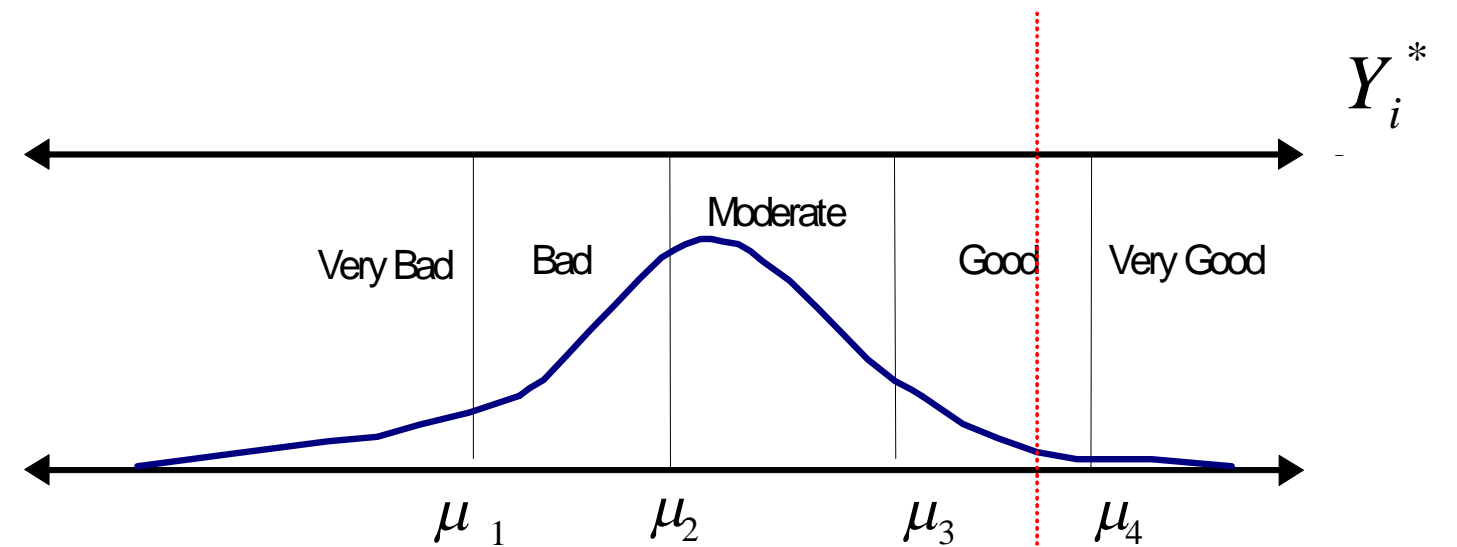
General aim: cross-country comparison of health system responsiveness

Example : “For your [child’s] last visit, how would you rate the experience of being involved in making decisions about your health care or treatment?”

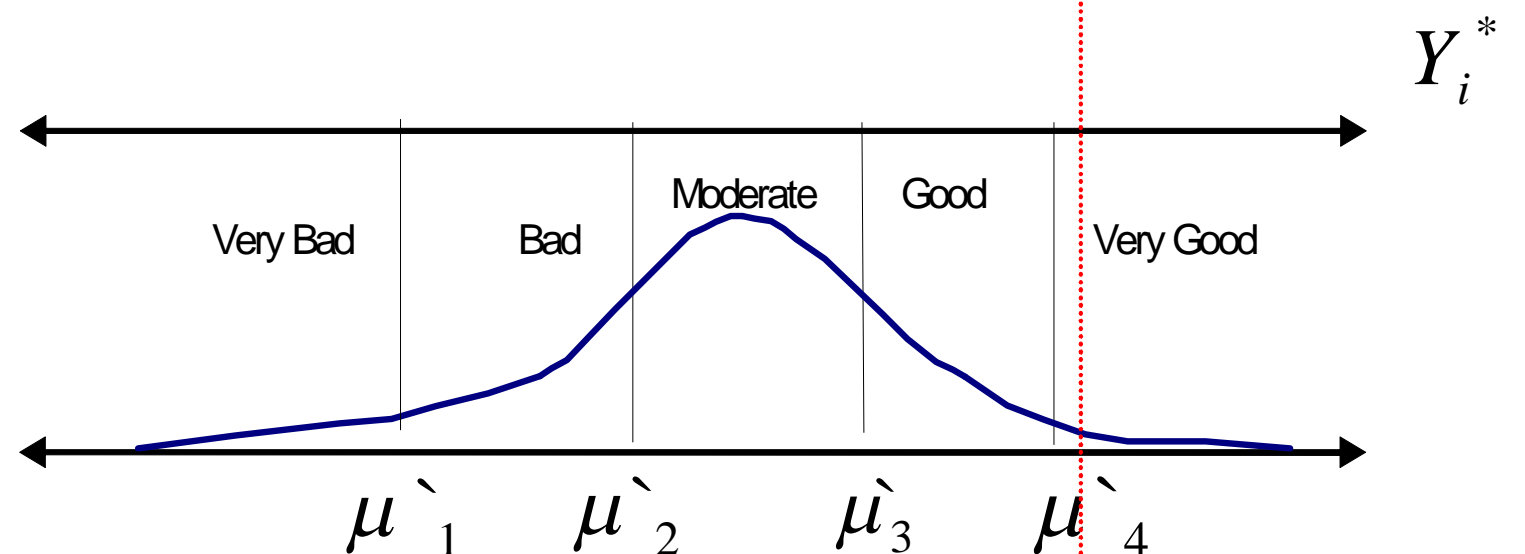
Response categories: “Very good”, “Good”, “Moderate”, “Bad”, and “Very bad”.

Responses will be influenced by individuals' preferences and expectations, which vary systematically across countries, or across socio-demographic groups within a country (*REPORTING HETEROGENEITY*)

Country A



Country B



Studi dell'Università di York (2)

Use of **anchoring vignettes** to address the issue of reporting heterogeneity.

-Vignettes = descriptions of fixed levels of a latent construct

EX: "When the clinic is not busy, [Mamadou] can choose which doctor he sees. But most often it is busy and then he gets sent to whoever is free". How would you rate [Mamadou's] freedom to choose his health care provider? 1. Very good 2. Good 3. Moderate 4. Bad 5. Very bad

Any systematic variation across individuals in the rating of the vignettes can be attributed to reporting heterogeneity.

Use of the **hierarchical ordered probit model** (HOPIT) (Tandon et al. (2003)).

Studi dell'Università di York (3)

Data: World Health Survey

- Launched by the World Health Organisation (WHO) in 2001
- 70 countries
- Survey modes: face to face interview (90-minute long for 53 countries and 30-minute long for 13 countries) and computer assisted telephone interviews (4 countries)
- Samples: randomly selected (+ 18 years), sizes between 600 and 10,000
- Modular basis: health insurance, health expenditures, socio-demographics and income, health state valuations, health system responsiveness, and health system goals.

Studi dell'Università di York (4)

“Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects”, WHO European Regional Office, (2009), (con Valentine N., Prasad A., Rice N., Chatterji S.)

Good quality of the World Health Survey in terms of the psychometric properties of Validity, Reliability and Feasibility.

*“Vignettes and health systems responsiveness in cross-country comparative analyses”, (2012), *The Journal of the Royal Statistical Society A* - read paper (con Rice N. e Smith P)*

Presence of systematic reporting behaviour variation linked to the socio-demographic characteristics of respondents within countries and across countries. The country-level rankings of responsiveness obtained from the observed raw data vary from the rankings obtained through the HOPIT model where reporting behaviour is anchored to a common scale

Studi dell'Università di York (5)

“Analysis of the determinants of different levels of health system responsiveness across countries”, (2011), *Health Services Research* (con Rice N. e Smith P.)

Analysis of the influence of aggregate country-level characteristics on health system responsiveness, using data on 66 countries.

Country level characteristics: health care systems organization and funding, socio-demographic traits of the populations served and economic, cultural and institutional characteristics of countries. Particular attention to the role of health care expenditures per capita.

Results: the most relevant determinants of responsiveness appear to be health expenditure per capita, health care expenditure in the public sector and population levels of education.

Progetto ASSR – Università Bologna (1)

- **PRIMO STADIO DI RICERCA**: utilizzo informazioni derivanti da questionari già somministrati dall' ASSR nell'ambito del programma del “laboratorio per l'ascolto/coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti e azioni di miglioramento”
- **FINALITA'**: aiutare l'ASSR a definire questionari per la rilevazione della responsiveness percepita che costituiscano strumenti ancora piu' efficaci in termini di rilevazione di questo indicatore di performance e di gestione del sistema sanitario nel suo complesso.
- Attività di ricerca e' in linea con gli indirizzi di politica sanitaria e gli atti normativi e di programmazione, sia a livello nazionale che regionale (DLgs 502/1992, titolo IV e DM n. 15/10/1996; PSSR 1999-2001; PSN 2002-2004; PSSR 2008-2010)

Progetto ASSR – Università Bologna (2)

Le informazioni presenti nei questionari possono essere sfruttate per cercare di dare risposta alle seguenti “**research questions**”:

- 1) I pazienti che hanno avuto un utilizzo non occasionale dei servizi sanitari tendono a dare una valutazione diversa dei domini di responsiveness rispetto ai pazienti che hanno avuto un solo incontro con il sistema sanitario? Il primo tipo di paziente tende a giudicare l'importanza dei domini in maniera differente rispetto al secondo tipo?
- 2) Il fatto che i pazienti stiano sperimentando dolore fisico incide sulla valutazione della responsiveness del sistema sanitario?

Progetto ASSR – Università Bologna (3)

“research questions”:

- 3) Il pagamento di un ticket rende i pazienti piu' esigenti in relazione alle dimensioni di responsiveness?
- 4) L'appartenenza a culture differenti da quella italiana influenza la valutazione della responsiveness del sistema sanitario?
- 5) In relazione alle prestazioni ambulatoriali, i livelli di soddisfazione dei pazienti con il servizio variano a seconda delle motivazioni che li hanno portati a scegliere una determinata struttura?

Progetto ASSR – Università Bologna (4)

“research questions”:

6) E' possibile che alcuni domini di responsiveness, quali la qualità delle informazioni ricevute dai medici ed infermieri, possano avere diversa importanza a seconda della fase di interazione tra paziente e sistema sanitario

7) questione di tipo metodologico: I pazienti sono coerenti nel giudicare l'importanza dei diversi domini di responsiveness?

Progetto ASSR – Università Bologna (5)

SVILUPPI DELLA RICERCA

Collegare ai datasets già esistenti sulla qualità percepita dei servizi sanitari nuove informazioni sulle caratteristiche di:

1) **operatori sanitari**

(es: livello di educazione, formazione, condizioni contrattuali e di lavoro)

2) **strutture** dove avviene l'interazione operatore-paziente

(es: livello di risorse e di spesa, presidio ospedaliero universitario, ASL...)

... al fine di indagare se e come queste caratteristiche influiscano sulla responsiveness dei sistemi sanitari.

Risultati preliminari: degenza (1)

“reinterpretazione dello schema concettuale alla base dei questionari sulla qualità percepita alla luce del modello della responsiveness”

| items RESPONSIVENESS (WHO) | items questionario qualita' precepita servizi ospedalieri (ASSR) |
|----------------------------|---|
| Autonomy | no item |
| Choice | no item |
| Communication | Come valuta le informazioni ricevute prima di essere ricoverata/o |
| | Come valuta il materiale informativo ricevuto al momento del ricovero |
| | Medico informazioni ricevute sulle condizioni di salute |
| | Medico informazioni ricevute sui rischi legati alle cure |
| | Infermieri disponibilità a dare chiarimenti |
| | Come valuta le info ricevute sulle cure da eseguire |
| | Come valuta le info sui controlli successivi da effettuare |
| | Come valuta le info suisintomi da tenere sotto controllo |
| | Come valuta le info sul personale a cui rivolgersi (medico di base, specialista e altri servizi) |
| | |
| Confidentiality | Come valuta il rispetto della privacy nello scambio di informazioni riservate |
| | Come valuta il rispetto della privacy nello svolgere operazioni delicate in presenza di altri pazienti nella stanza |
| | Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore fisico ricevute durante il ricovero? |

Risultati preliminari: degenza (2)

| items RESPONSIVENESS (WHO) | items questionario qualita' precepita servizi ospedalieri (ASSR) |
|-----------------------------------|---|
| Dignity | Medico gentilezza e cortesia |
| | Infermieri gentilezza e cortesia |
| | Infermieri capacità di mettere a proprio agio |
| Prompt attention | Come valuta il tempo che è trascorso tra la prenotazione e il suo ricovero effettivo? |
| | Come valuta il tempo di attesa tra l'arrivo in reparto e il momento in cui le è stato dato il letto |
| Quality of basic amenities | Come valuta la manutenzione delle strutture e dei locali del reparto |
| | Come valuta la pulizia delle stanze e dei corridoi |
| | Come valuta la pulizia dei bagni |
| | Come valuta la temperatura delle stanze |
| | Come valuta la tranquillità nel reparto |
| | Come valuta la disponibilità di spazio nelle camere |
| | Come valuta la qualità del cibo |
| | Come valuta la possibilità di scelta del menù |
| | Come valuta gli orari dei pasti |
| | Come valuta l'igiene della biancheria dei letti |
| Family/community support | Come valuta gli orari di visita (familiari, conoscenti) |

Risultati preliminari: degenza (3)

Analisi sulla validità dell'applicazione del modello di responsiveness al questionario sulla qualità percepita della degenza

Solo osservazioni ottenute con campionamento probabilistico

| WHO factors | N° ITEMS in quest QP degenza RER | Cronbach's Alpha/ Pearson's Correlation |
|--|-------------------------------------|--|
| 1. Autonomy | 0 | - |
| 2. Choice | 0 | - |
| 3. Communication | 9 | .95 |
| 4. Confidentiality | 3 | .85 |
| 5. Dignity | 3 | .88 |
| 6. Prompt attention | 2 | $r(1826) = .39, p < .001$ |
| 7. Quality of basic amenities | 11 | .93 |
| 8. Access to family and community support | 2 | <i>non sign.</i> |

Risultati preliminari: degenza (4)

| azienda | sede/presidio ospedaliero | n. Osservazioni | % |
|-------------|---------------------------|-----------------------------|-------|
| AOSP PARMA | Aops Parma | 1,092 | 44.16 |
| AUSL PARMA | Borgotaro | 224 | 9.06 |
| AUSL MODENA | Carpi | 154 | 6.23 |
| | Castelfranco Emilia | 22 | 0.89 |
| | Finale Emilia | 7 | 0.28 |
| | Mirandola | 162 | 6.55 |
| | Pavullo | 110 | 4.45 |
| | Vignola | 92 | 3.72 |
| | nocsae | 318 | 12.86 |
| | IOR Bologna | Istituto Ortopedico Rizzoli | 292 |
| | Totale | 2,473 | 100 |

Risultati preliminari: degenza (5)

eta' media: 55 anni (45-64 anni per auls Modena)

sesto: 52% maschi, 48 % femmine

| residenza | % |
|------------------------------|----------|
| provincia dell'azienda | 77.2 |
| altre province della regione | 8.9 |
| altre regioni italiane | 13.6 |
| altro stato | 0.3 |

| stato civile | % |
|----------------------|----------|
| celibe/nubile | 16.9 |
| coniugato/a, conviv. | 54.7 |
| separato/a | 3.4 |
| divorziato/a | 2.4 |
| vedovo/a | 22.6 |

Risultati preliminari: degenza (6)

| titolo di studio | % |
|-------------------------|----------|
| nessun titolo | 6.3 |
| elementari | 34.5 |
| medie | 26.8 |
| superiori | 24.4 |
| laurea | 8.0 |

| attuale condizione professionale | % |
|---|----------|
| occupato | 25.8 |
| in cerca d'occupazione | 2.0 |
| casalinga | 6.2 |
| studente | 4.9 |
| inabile al lavoro | 2.6 |
| pensionato | 54.6 |
| altro | 4.0 |

Risultati preliminari: degenza (7)

| come valuta complessivamente la qualita' dei servizi che ha ricevuto? | n. osservazioni | % |
|--|------------------------|----------|
| del tutto inadeguato | 5 | 0.21 |
| molto inadeguato | 9 | 0.38 |
| inadeguato | 37 | 1.55 |
| adeguato | 850 | 35.61 |
| molto adeguato | 817 | 34.23 |
| del tutto adeguato | 669 | 28.03 |
| Totale | 2,387 | 100 |