

QUALICOPC

Uno studio multicentrico per valutare la qualità, i costi e l'equità nelle cure primarie

Premessa

L'importanza di rafforzare le cure primarie è ampiamente riconosciuta ed è una delle priorità dei decisori politici¹: ci si attende che le cure primarie siano un'efficace risposta alla recente crisi economica che coinvolge anche i servizi sanitari. Strategie volte a rinforzare le cure primarie si basano sul fatto che sistemi sanitari fortemente orientati ai servizi territoriali registrano migliori risultati in termini di salute della popolazione e di performance dei sistemi sanitari^{2,3}.

Nel 2010 è partito lo studio QUALICOPC (Quality and Costs of Primary Care in Europe) con l'obiettivo di valutare la qualità, i costi e l'equità dei servizi di cure primarie nei Paesi europei. I ricercatori analizzeranno i benefici che si osservano nei sistemi maggiormente orientati alle cure primarie e gli effetti sulla performance dei sistemi sanitari⁴.

Lo studio, finanziato dalla Commissione Europea attraverso il settimo programma quadro, è condotto da sei Istituti di ricerca di Belgio, Germania, Italia, Olanda e Slovenia, coordinati dal centro di ricerca olandese NIVEL (Netherlands Institute for Health Services Research).

Studi precedenti hanno dimostrato l'esistenza di relazioni fra le cure primarie, la qualità, i costi e l'accessibilità alle cure^{3,5-8}.

Tuttavia non è immediata la loro traduzione nel contesto europeo anche per una limitata inclusione di Paesi europei in queste analisi. Inoltre, si sa ancora poco circa le relazioni fra l'organizzazione delle cure primarie (come, per esempio, i sistemi di finanziamento) e la performance dei servizi. Questo richiede un approfondimento sui comportamenti dei professionisti e sulle aspettative dei pazienti.

QUALICOPC intende superare questi limiti attraverso la valutazione della 'forza' dei sistemi di cure primarie sulla performance dei sistemi sanitari, analizzando le relazioni fra la struttura dei servizi di cure primarie a livello nazionale e alcuni indicatori di qualità delle *practice* (Unità di cure primarie) e di esperienza dei pazienti. I temi affrontati nello studio sono sei:

1. qualità del processo delle cure;
2. esperienza dei pazienti;
3. costi delle cure primarie;
4. equità;
5. ospedalizzazione evitabile;
6. esempi di 'good practice'.

Lo studio QUALICOPC si inserisce nell'importante dibattito che attraversa tutta l'Europa sulla ricerca del 'gold standard' nella

struttura dei servizi sanitari nazionali relativamente alle cure primarie. In un precedente studio, PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor Europe), le caratteristiche dei servizi di alcuni Paesi europei sono state analizzate da 'esperti' di programmazione sanitaria. QUALICOPC integra ed estende il precedente studio inserendo il punto di vista dei pazienti e dei medici di famiglia: il coinvolgimento degli stakeholder è infatti ritenuto una componente importante nella programmazione dei servizi sanitari.

Metodo

Lo studio QUALICOPC, avviato nel 2010, durerà fino al 2014. Si basa su informazioni raccolte in 31 Paesi europei (27 Paesi dell'Unione Europea oltre a Islanda, Norvegia, Turchia e Svizzera). Allo studio partecipano anche istituti di ricerca di Australia, Israele e Nuova Zelanda. La raccolta dei dati verte su tre livelli: il sistema sanitario, le *practice* dei medici di medicina generale (MMG) e il paziente. Attraverso i questionari rivolti ai MMG e ai loro pazienti si raccolgono informazioni sul comportamento professionale dei medici di famiglia e sulle esperienze e aspettative dei loro pazienti. I dati saranno integrati con quelli di altre fonti già esistenti, quali quelle dello studio PHAMEU, al fine di fornire una descrizione più dettagliata possibile dei sistemi sanitari dei Paesi analizzati.

Questionari

I MMG da intervistare in ciascun Paese sono 220, un numero inferiore è richiesto per Cipro, Islanda, Lussemburgo e Malta (circa 75). Il campione è studiato in modo da rappresentare le diverse nazionalità.

Nei casi di associazionismo tra MMG, è previsto che sia intervistato un solo medico per gruppo in modo da evitare che ciascuna *practice* sia inclusa più volte nel campione.

Il questionario che raccoglie l'esperienza dei pazienti è distribuito agli assistiti maggiorenni dei MMG che partecipano allo studio. I pazienti sono invitati dai rilevatori a compilare in modo anonimo il questionario nella sala d'attesa. Sono selezionati dieci pazienti per *practice*. Di questi, nove rispondono a domande di esperienza e contatto con i servizi di cure primarie e a uno è chiesto di compilare un questionario che identifica le priorità. Il questionario è stato tradotto in diverse lingue. In ciascun Paese è possibile compilare il questionario nella lingua nazionale, ma anche nelle lingue dei principali gruppi etnici presenti.

La raccolta dei questionari in Italia è organizzata dal Laboratorio Management e Sanità in collaborazione con il coordinamento WONCA Italia ed ha coinvolto differenti aspetti della medicina generale italiana, inserendo zone densamente popolate e zone rurali, con una rappresentanza delle Aziende sanitarie del nord, centro e sud Italia.

Contenuto

Il questionario è il frutto di un'accurata revisione della letteratura esistente sui questionari e delle opinioni degli esperti. È stato testato in Slovenia, Belgio e Olanda in modo da verificarne la sensibilità nel misurare la varietà di approcci dei sistemi di cure primarie in uso nei Paesi europei. Le interviste ai MMG includono valutazioni sul proprio coinvolgimento nella prevenzione e cura dei pazienti, domande sul tipo di organizzazione della *practice*, erogazione dei servizi e aspetti relativi all'utilizzo del tempo e al carico di lavoro.

L'esperienza dei pazienti è analizzata attraverso domande che comprendono, oltre alle loro caratteristiche sociodemografiche, la distanza dalla sede del MMG, la scelta del medico, la compartecipazione alla spesa di questi servizi, il tempo che viene loro dedicato, la disponibilità all'educazione alla salute, l'esperienza con il centro o *practice*, con il proprio MMG, ed aspetti relativi al coordinamento delle cure. Per pesare le risposte dei pazienti su ciò che loro ritengono importante è utilizzato il questionario sulle priorità e i valori compilato da un decimo dei pazienti intervistati in ciascuna *practice*. Anche a ciascun rilevatore è chiesto di compilare un questionario, al fine di raccogliere le principali caratteristiche sul centro visitato, come ad esempio la disponibilità di spazi dedicati ai parcheggi per i disabili.

Un aspetto importante dello studio è il legame fra i due tipi di questionari, quello dei pazienti e del MMG. Oltre ad analizzare le relazioni fra costi, qualità ed equità al variare delle caratteristiche dei sistemi di cure primarie, saranno analizzati gli *outlier* che rappresentano le buone pratiche.

Conclusioni

Allo studio QUALICOPC partecipano 27 Paesi europei, oltre a Islanda, Norvegia, Turchia e Svizzera con l'intento di contribuire all'analisi dei benefici osservati in sistemi che sono *Primary Care Oriented*. Per fare ciò saranno analizzati i dati a livello nazionale, ma anche a livello di MMG e paziente. Data la numerosità dei Paesi coinvolti (34) è possibile che nello studio siano incluse anche varianti assistenziali delle cure primarie. I risultati potranno essere utilizzati anche dalla Commissione europea, l'OMS e i decisori politici nazionali per disegnare politiche sanitarie efficaci.

Chiara Seghieri¹, Anna Maria Murante¹, Milena Vainieri¹, Giulia Capitani¹, Giorgio Visentin², Willemijn LA Schäfer³, Wienke GW Boerma³, Peter P Groenewegen⁴

¹Laboratorio Management e Sanità, Istituto di Management Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa; ²Coordinamento WONCA Italia; ³NIVEL, The Netherlands Health Services Research Institute, Utrecht, Olanda; ⁴Social Sciences and Human Geography Department, Utrecht University, Olanda

Analisi

I dati raccolti saranno analizzati con tecniche statistiche multilivello che identificano quanta parte della variabilità negli *outcome* (ad esempio, le differenze sulla qualità delle cure) dipenda dal Paese piuttosto che dall'esperienza individuale del paziente.

QUALICOPC IN ITALIA

- Periodo di rilevazione: novembre 2011-dicembre 2012.
- Le province in cui è condotta la rilevazione: Monza, Torino, Trento, Treviso, Bologna, Massa, Roma, Napoli, Foggia, Lecce.
- Il progetto per l'Italia è seguito dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna.
- Il gruppo di ricerca è supportato nella rilevazione dal Coordinamento WONCA Italia.
- Nell'ambito del progetto QUALICOPC, il Laboratorio MeS è responsabile dell'analisi tra costi e qualità.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization: The World Health Report 2008: primary health care. Now more than ever. Geneva, 2008.
2. World Health Organization: The financial crisis and global health. Report of a high-level consultation, Geneva, 2009.
3. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP: The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10: 65.
4. Schäfer WLA, Boerma GW, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, Rotar-Pavlic D, Seghieri C, Svab I, van den Berg MJ, Vainieri M, Westert GP, Willems S, Groenewegen PP: QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Family Practice* 2011; 12: 115. doi:10.1186/1471-2296-12-115.
5. Starfield B, Shi L, Macinko J: Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457-502.
6. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WG, van der Eijk I: Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 106-114.
7. De Maeseneer JM, De Prins L, Gosset C, Heyerick J: Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Ann Fam Med* 2003; 1: 144-148.
8. Delnoij D, Van Merode G, Paulus A, Groenewegen P: Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *J Health Serv Res Policy* 2000; 5: 22-26.