

# Misurare l'equità delle cure negli ospedali svizzeri: fattibilità e studio di caso

## Panorama of Indicators of Equity in Healthcare – studio PRIORITY

Ospedali universitari di Ginevra (HUG)

Unisanté, Centro universitario di medicina generale e sanità pubblica, Losanna, Svizzera

Novembre 2023

Commissionato dall



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI  
**Ufficio federale della sanità pubblica UFSP**

# Impressum

Questo studio è stato condotto dagli Ospedali Universitari di Ginevra e da Unisanté.  
Gli autori sono responsabili del contenuto di questo rapporto commissionato dall'UFSP.

## **Autori e accreditamenti**

Pr. Delphine S. Courvoisier (1)  
Pr. Patrick Bodenmann (2, 3)  
Pr. Yves Jackson (5, 6)  
Pr. Joachim Marti (3, 4)  
Dr. Clement P. Buclin (7)  
Dr. Kevin Morisod (2, 3)  
Laura Bertini (8)  
Dr. Stéphane Cullati (1, 9)  
Pr. Arnaud Chiolero (9 –12)  
Adriana Degiorgi (13)  
Moreno Doninelli (13)  
Dr. Armin Gemperli (14)  
Dr. Francesca Giuliani (15)  
Pr. Olivier Hugli (2, 16)  
Dr. Anne Jachmann (17)  
Dr. Pierre-Auguste Petignat (18)  
Dr. med. Florian Rüter (19)  
Dr. Judith Safford (20, 21)  
Dr. med. Javier Sanchis-Zozaya (16)  
PD Dr. med. Matthis Schick (22, 15)

1. Servizio di qualità delle cure, Ospedali universitari di Ginevra.
2. Cattedra di medicina delle popolazioni in condizioni di vulnerabilità, Facoltà di biologia e medicina, Università di Losanna.
3. Unisanté, Centro universitario di medicina generale e sanità pubblica, Losanna.
4. Facoltà di biologia e medicina, Università di Losanna.
5. Università di Ginevra.
6. Servizio di medicina di base, Ospedali universitari di Ginevra.
7. Servizio di medicina interna generale, Ospedali universitari di Ginevra.
8. Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana.
9. Population Health Laboratory (#PopHealthLab), Università di Friburgo.
10. School of Population and Global Health, McGill University, Montréal, Canada.
11. Istituto bernese per la medicina di famiglia (BIHAM), Università di Berna, Berna.
12. Observatoire valaisan de la santé (OVS), Sion.
13. Ente Ospedaliero Cantonale.
14. Facoltà di medicina, Università di Lucerna.
15. Ospedale universitario di Zurigo.
16. Dipartimento di psichiatria, Centro ospedaliero universitario del Canton Vaud.
17. Inselspital, Ospedale universitario di Berna, Clinica universitaria di medicina d'urgenza.
18. Dipartimento di medicina interna generale, Ospedale del Vallese, Sion.
19. Ospedale universitario di Basilea, Direzione medica.
20. SCQM Foundation, Zurigo.
21. Sciana Health Leaders' Network, Salisburgo.
22. Università di Zurigo.

## **Ringraziamenti**

Gli autori del presente rapporto tengono a rivolgere i loro più sentiti ringraziamenti ai colleghi che, con il loro lavoro e le loro competenze, hanno reso possibile la raccolta, l'analisi e la rappresentazione dei dati utilizzati:

Dr. Sébastien Courvoisier; Dr.ssa Nicole Fasel; Arnaud Iseli; Dr. Denis Mongin; Dr.ssa Katrina Obas; Liudmila Pagnamenta, MSc; Dr.ssa Anne-Marie Rassinoux; Servizio linguistico dell'UFSP; Settore «Data et aides à la décision» degli HUG.

## **Citazioni**

Courvoisier D. et al., (2023). Misurare l'equità delle cure negli ospedali svizzeri: fattibilità e studio di caso. Panorama of Indicators of Equity in Healthcare – studio PRIORITY. Rapporto su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Berna: UFSP

Lista completa degli autori riportata qui sopra.

## **Contatti**

Delphine Courvoisier, Professeure assistante, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).  
Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève. [Delphine.courvoisier@hcuge.ch](mailto:Delphine.courvoisier@hcuge.ch)

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, Sezione equità nella salute  
[healthequity@bag.admin.ch](mailto:healthequity@bag.admin.ch), [www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch)

## **Responsabili del progetto presso l'UFSP**

Serge Houmard e Marie Taczanowski, Sezione equità nella salute

## **Testo originale e traduzioni**

Rapporto in francese. Traduzioni in tedesco, italiano e inglese.

Traduzioni in italiano e tedesco: Servizi linguistici dell'UFSP.

Traduzione in inglese: autori

## **Layout**

Vorlagenbauer, [www.vorlagenbauer.ch](http://www.vorlagenbauer.ch)

## **Grafica**

Cognitographik, [www.cognitographik.ch](http://www.cognitographik.ch)

## **Download del PDF**

[www.miges.admin.ch](http://www.miges.admin.ch) > Misurare l'equità

© UFSP 2023

## Sintesi

Sempre più istituzioni internazionali considerano l'equità una componente essenziale della qualità. In Svizzera, anche il rapporto nazionale sulla qualità delle cure del 2019<sup>1</sup> l'ha inclusa tra le dimensioni della qualità delle cure.

La misurazione e la valutazione dell'equità nelle cure mettono in luce l'esistenza di iniquità sistematiche nell'accesso e nell'erogazione di prestazioni di cura dovute a fattori individuali come l'appartenenza a un gruppo etnico, il genere, l'età, l'orientamento sessuale o lo statuto socioeconomico<sup>2,3</sup>. Queste iniquità colpiscono persone in condizioni di vulnerabilità (p. es. quelle con una situazione socioeconomica instabile o con un passato di migrazione legata all'asilo).

Si tratta di disparità che devono essere combattute non soltanto per ragioni etiche, ma anche per le ripercussioni che hanno sull'economia globale del sistema sanitario, sulle politiche e sulle priorità di sanità pubblica. In Svizzera si constata l'assenza di attività volte a misurare e quindi evidenziare le iniquità relative all'accesso e alla qualità delle cure. È pertanto necessario rimediare a questa lacuna, dal momento che simili attività sono necessarie per il miglioramento della qualità delle cure dei pazienti.

Questo rapporto presenta una serie di indicatori di equità delle cure relativi all'ambito ospedaliero in Svizzera scelti sulla base di quattro criteri: validità, fattibilità, copertura dei pazienti e azionabilità. Si tratta di indicatori che riguardano i pazienti ricoverati e ambulatoriali e che mirano a valutare la struttura (disponibilità di risorse), il processo (p. es. le cure o l'uso di percorsi clinici) e gli esiti per i pazienti.

Gli indicatori sono stati selezionati da un gruppo di accompagnamento composto da una paziente partner e da 17 esperti provenienti dai settori della medicina, dell'epidemiologia, della sociologia, della qualità delle cure e della vigilanza sanitaria attivi in istituti di cura e di ricerca nelle diverse regioni linguistiche della Svizzera.

Questo gruppo ha selezionato 11 indicatori (v. tabella: indicatori di esito, processo e struttura) e 5 criteri di vulnerabilità tramite i quali confrontare la situazione dei gruppi vulnerabili con quella dei pazienti generali (p. es. confronto tra il livello di soddisfazione delle cure dei pazienti allogliotti e di coloro la cui lingua materna corrisponde alla lingua del posto).

Tutti gli indicatori e i criteri di vulnerabilità sono stati resi operativi e testati in tre ospedali pilota a Ginevra, Zurigo e Mendrisio. Gli indicatori selezionati riguardano la soddisfazione dei pazienti, l'accesso alle informazioni tramite interpreti e il lasso di tempo che intercorre tra l'insorgenza di un bisogno e la fornitura di cure. I criteri di vulnerabilità selezionati sono: 1) genere, 2) migrazione, 3) lingua, 4) età, e 5) assenza di fissa dimora.

I risultati dei rilevamenti degli indicatori hanno fatto emergere tre livelli di disponibilità degli indicatori e dei criteri proposti: ampiamente disponibili, parzialmente disponibili e non misurati.

---

<sup>1</sup> Enhancing the quality and safety of Swiss healthcare, C. Vincent, A. Staines, 25 giugno 2019

<sup>2</sup> Association between colorectal cancer testing and insurance type: Evidence from the Swiss Health Interview Survey, Braun et Al., 2012

<sup>3</sup> Examining the effect of quality initiatives on decreasing racial disparities in maternal morbidity, Davidson et Al., 2019

I dati necessari per generare la maggior parte degli indicatori sono parzialmente disponibili in tutte le strutture, ad eccezione delle informazioni sull'impiego di interpreti. Questo lavoro ha inoltre mostrato che il genere dei pazienti viene registrato basandosi su un formato dicotomico e fisso nel tempo: un limite rispetto allo spettro di generi nei quali si identificano i pazienti della comunità LGBTQI+. Ciò fa emergere l'invisibilità di alcuni gruppi vulnerabili. La prossima tappa mira a valutare la qualità dei dati disponibili e in seguito l'equità delle cure secondo i criteri di vulnerabilità.

Gli indicatori selezionati e operazionalizzati potranno avere una doppia funzione: da una parte quella di guida all'uso degli indicatori realizzabili immediatamente e dall'altra quella di pista per il miglioramento della misurazione dell'equità nell'ambito sanitario in Svizzera, all'attenzione di tutte le istituzioni sanitarie interessate all'equità delle cure.

I feedback degli attori consultati sono incoraggianti e riconoscono la validità, la buona copertura dei pazienti e la buona azionabilità degli indicatori e dei criteri di vulnerabilità proposti. Gli attori esprimono tuttavia dubbi sulla facilità d'implementazione per motivi tecnici e di costi. Lamentano inoltre l'assenza di tre criteri di vulnerabilità esclusi durante la fase di selezione sulla base del criterio di fattibilità: il genere considerato nella sua evoluzione nel tempo (differenza tra sesso assegnato alla nascita e genere), il livello socioeconomico e l'esistenza di una diagnosi psichiatrica.

Indicatori selezionati (Tabella 2 del rapporto)

Tema	Indicatore		
	Esito	Processo	Struttura
Espe- rienza del paziente	Soddisfazione del paziente	Tempi di attesa: tempo in ore in- tercorso tra l'in- sorgenza del bi- sogno del pa- ziente e la forni- tura delle cure corrispondenti	Esistenza di una formazione continua sulle competenze transculturali
			Accesso a interpretariato in tempo reale e in lingua dei segni per i pazienti sordi
			Esistenza di un referente isti- tuzionale per le questioni mi- gratorie
Barriera linguistica	Soddisfazione del paziente	Quota di alloggiati che hanno usu- fruito di servizi d'interpretariato	Disponibilità dei documenti principali in diverse lingue
			Esistenza di una struttura am- bulatoria a sostegno dei pa- zienti con un percorso migra- torio
In comune			Esistenza di una formazione continua sulle competenze transculturali
			Disponibilità di interpreti

# Indice

<b>Impressum</b> .....	<b>2</b>
Ringraziamenti.....	3
Citazioni.....	3
Contatti .....	3
Responsabili del progetto presso l'UFSP .....	3
Testo originale e traduzioni.....	3
Layout.....	3
Grafica.....	3
Download del PDF .....	3
<b>Sintesi</b> .....	<b>4</b>
<b>Situazione iniziale</b> .....	<b>7</b>
Definizioni e tipi di indicatori.....	8
Attributi degli indicatori.....	9
Ricerca nell'ambito dell'equità in Svizzera .....	9
<b>Obiettivi</b> .....	<b>10</b>
<b>Metodologia</b> .....	<b>10</b>
Creazione di un gruppo di esperti nazionali .....	10
Selezione di un insieme di indicatori di equità.....	11
Operazionalizzazione degli indicatori .....	13
Studio pilota sugli indicatori.....	14
<b>Risultati</b> .....	<b>14</b>
Generazione degli indicatori.....	14
Indicatori e criteri di vulnerabilità selezionati .....	16
Studio pilota sugli indicatori.....	16
<b>Discussione</b> .....	<b>22</b>
Sintesi dei risultati.....	22
Opinione delle associazioni e degli attori chiave del sistema sanitario .....	22
Limiti del progetto pilota.....	23
Implicazioni politiche e piste di miglioramento.....	23
<b>Elenco degli allegati</b> .....	<b>25</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>26</b>

## Situazione iniziale

A livello internazionale sempre più istituzioni, come l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) o l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) rivolgono un'attenzione crescente alla qualità delle cure e ne definiscono le componenti dimensioni. Oltre all'efficacia e alla sicurezza delle cure e alla centralità del paziente, queste istituzioni prendono in considerazione anche l'aspetto dell'equità (1–4).

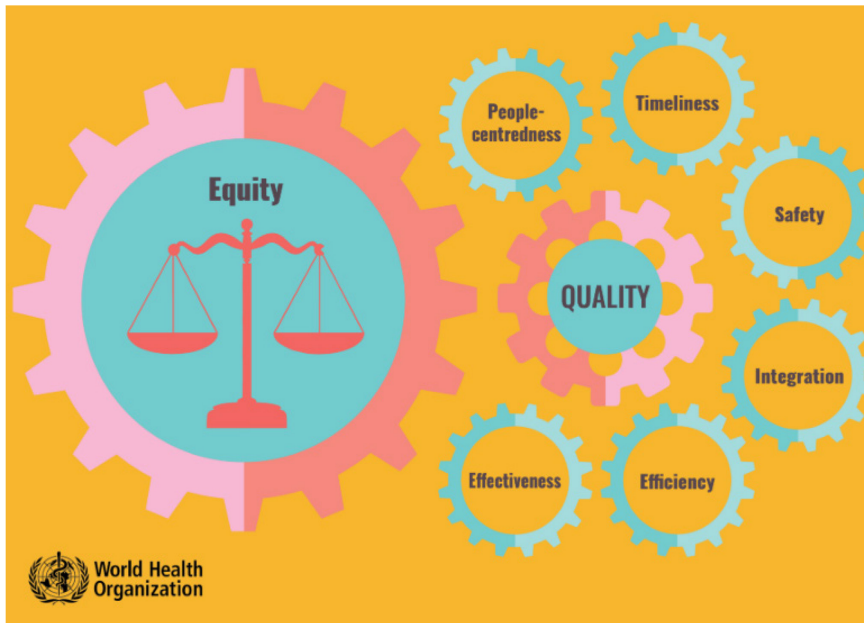


Figura 1: L'equità come dimensione della qualità, OMS (5)

In ambito sanitario per equità si intende l'assenza di differenze ingiuste ed evitabili tra gruppi caratterizzati da fattori comuni di tipo sociale, demografico, etnico, geografico o di altra natura (6,7). Sempre più studi sia internazionali sia svizzeri mostrano che fattori individuali come l'appartenenza a un gruppo etnico, il genere, l'età, l'orientamento sessuale o lo statuto socioeconomico influenzano l'accesso e la qualità delle cure ricevute dai pazienti (8–10). Si constatano dunque iniquità nell'accesso e nell'erogazione di prestazioni di cura che devono essere combattute non soltanto per motivi etici, ma anche per le loro ripercussioni sul sistema sanitario.

Queste iniquità colpiscono i pazienti in condizioni di vulnerabilità. Per citare un esempio, i pazienti svantaggiati dal punto di vista socioeconomico presentano mediamente più comorbidità e sono quindi più a rischio di conseguire cattivi risultati in termini di salute a medio e lungo termine, come malattie o riammissioni ospedaliere precoci (11, 12). Inoltre, a parità di esigenze, questi gruppi di popolazione hanno spesso un peggiore accesso alle cure, un fenomeno definito «legge dell'assistenza inversa» (inverse care law): i gruppi svantaggiati hanno maggiori esigenze e, al tempo stesso, ricevono meno cure o cure di qualità inferiore (13, 14).

Sul piano economico, studi svizzeri evidenziano ad esempio iniquità nella realizzazione di screening per la diagnosi del cancro del seno (15) o del collo dell'utero (16, 17), malattie molto meno care da trattare se diagnosticate in stadi precoci, soprattutto se si prendono in considerazione i costi sociali in termini di anni di vita persi (18–20). Dal punto di vista della sanità

pubblica, la recente pandemia di COVID-19 ha evidenziato in maniera chiara le differenze in materia di accesso alle cure (21–25) e il potenziale pericolo che l'assistenza sanitaria insufficiente per una parte della popolazione (21, 26–28) può rappresentare per tutti. I gruppi di persone poco seguite e testate hanno infatti rappresentato un serbatoio virale che ha contribuito alla riattivazione di un'ondata d'infezione. In Svizzera anche il rapporto nazionale sulla qualità delle cure del 2019, alla base dell'istituzione della Commissione federale per la qualità, ha inserito l'equità tra le dimensioni della qualità delle cure (29).

Per evidenziare suddette iniquità e migliorare così la qualità delle cure è opportuno misurare e monitorare l'equità e la qualità delle cure (30, 31). Su questo punto la Svizzera è in notevole ritardo rispetto, per esempio, agli Stati Uniti e al Regno Unito, che da molti anni dispongono di programmi sistematici di monitoraggio dell'equità (32, 33). Questo ritardo costituisce un limite per la valutazione dell'efficacia dell'attuazione dei programmi di miglioramento della qualità. Ciononostante, i primi studi e risultati in materia cominciano a essere pubblicati, evidenziando le lacune del sistema e sollevando nuovi interrogativi. Una sfida concreta consiste nell'ottenere dati e informazioni migliori che consentano di capire le manifestazioni di iniquità e i gruppi che rischiano di subirla, al fine di porre rimedio a tali lacune. Per farlo è fondamentale valutare la creazione di un sistema di misurazione sistematica dell'equità delle cure in Svizzera. Il presente rapporto è il risultato di un mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) che si pone proprio suddetto obiettivo.

## Definizioni e tipi di indicatori

Affinché l'interesse per l'equità possa portare a cambiamenti istituzionali e strutturali che migliorino l'equità delle cure, i sistemi sanitari necessitano di una serie di indicatori che valutino questo aspetto. Un **indicatore** è uno strumento che misura la realtà di una situazione spesso complessa basandosi sulla raccolta di dati. Considerata la complessità del fenomeno dell'equità nell'assistenza sanitaria, gli indicatori selezionati dovranno misurare l'equità a livello di struttura, processo ed esito.

- Gli **indicatori di struttura** valutano la disponibilità di risorse.
- Gli **indicatori di processo** valutano ad esempio le cure o l'utilizzo di percorsi clinici (34,35). Insieme agli indicatori di struttura permettono di valutare lo stato attuale dell'equità nell'erogazione di prestazioni di cura.
- Gli **indicatori di esito** permettono di valutare gli effetti dei programmi di miglioramento dell'equità concentrandosi sui risultati a medio e lungo termine per i pazienti. Se da un lato consentono di valutare concretamente gli effetti dei programmi di miglioramento dell'equità, dall'altra sono più facilmente influenzati dalle caratteristiche dei pazienti e dalle iniquità dei diversi gruppi della popolazione.



## Attributi degli indicatori

Affinché una serie di indicatori sia adottata su ampia scala e porti a effettivi cambiamenti, essi devono essere validi, standardizzati e, in un primo tempo, di facile implementazione.

- **Indicatori validi** dovrebbero permettere di identificare le iniquità in maniera affidabile. Un indicatore valido è per esempio costituito dal tempo di attesa tra la diagnosi di un tumore e l'inizio della terapia. Al contrario, solitamente negli ospedali non viene registrato il livello socioeconomico individuale dei pazienti. Si può rimediare utilizzando indicatori geografici basati sui numeri postali d'avviamento o sul prezzo medio di affitto al metro quadro, ma questo indicatore perde di validità poiché raggruppa persone con capacità di accesso alle cure molto diverse (36).
- Per una migliore comparabilità delle strutture, è importante tenere conto delle differenze di contesto tra di esse e quindi standardizzare gli indicatori: in altre parole, adeguarli a una popolazione standard teorica. Dal momento che permette di comparare gruppi di popolazione che presentano differenze strutturali, la **standardizzazione** offre due vantaggi principali. Innanzitutto, dovrebbe permettere di ottenere una panoramica più oggettiva dell'equità in tutta la Svizzera. Alcuni indicatori possono infatti essere attribuiti al successo di una struttura, sebbene, potenzialmente, siano da ricondurre piuttosto a una situazione locale favorevole (37). Per fare un esempio, città sedi di istituzioni internazionali come Ginevra o Zurigo dispongono di più interpreti e mediatori culturali professionisti in ambito medico rispetto ad altre. Un simile scenario potrebbe portare a una valutazione positiva della qualità che non riflette però la realtà. In secondo luogo, gli indicatori standardizzati dovrebbero permettere di evidenziare strutture esemplari per determinati aspetti, che potranno essere di ispirazione per l'attuazione di progetti di miglioramento in altre strutture.
- Durante la fase iniziale, la **facilità di implementazione** è importante affinché la serie di indicatori sia adottata in maniera più rapida e ampia. Tuttavia, essa non dovrebbe costituire un fattore limitante in seguito, dal momento che alcune iniquità sono difficili da individuare ma non più accettabili sul piano etico, non meno costose per il sistema sanitario e non meno pericolose per i pazienti. Per esempio, per poter evidenziare una situazione nella quale le persone LGBTQI+ subiscono un'iniquità sistematica nell'ambito dell'assistenza sanitaria, bisognerebbe poter individuare queste persone tra i pazienti. Tuttavia, dal momento che questi dati sono raramente raccolti in Svizzera, l'implementazione dell'indicatore corrispondente risulterebbe molto difficile.

Inoltre, per poter identificare le iniquità, gli indicatori devono permettere di effettuare un confronto tra diversi gruppi di pazienti tra i quali si sospetta che possano esistere differenze nella qualità delle cure che ricevono. Per esempio, si può sospettare che le persone anziane abbiano un minore accesso ai servizi d'interpretariato rispetto ai pazienti più giovani. Per poter analizzare questo fenomeno, l'indicatore «accesso a un interprete» deve essere stratificabile su **criteri di vulnerabilità** che devono rispondere agli stessi requisiti degli indicatori ed essere quindi validi, **standardizzabili** e di facile **implementazione**.

## Ricerca nell'ambito dell'equità in Svizzera

Il settore della ricerca svizzero è attivo sul piano dell'equità e conta numerosi progetti che cercano di mettere in luce o di correggere le iniquità locali. Per esempio, su mandato dell'UFSP, a Losanna Unisanté ha proposto un insieme di indicatori tra cui i ricoveri potenzialmente evitabili o inappropriati (38). In maniera analoga, il programma SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring) ha proposto una serie di 56 indicatori di qualità per le cure di base tra

cui due relativi all'equità nell'accesso alle cure (39). Un altro esempio è lo studio SIHOS che mira ad analizzare il legame tra i determinanti sociali e i rischi di eventi sanitari indesiderati per i pazienti che soffrono di malattie croniche in Svizzera (40). Altri progetti hanno cercato di correggere queste iniquità note ad esempio tramite l'impiego di interpreti nei reparti di pronto soccorso (41) o tramite il programma trasversale Migrant Friendly in un ospedale per cure acute (42). La molteplicità e la varietà di questi esempi di progetti mostrano che il settore svizzero della qualità delle cure è in pieno sviluppo e beneficerebbe di un quadro nazionale per confrontare i diversi luoghi e condividere soluzioni innovative tra le diverse regioni. Tuttavia ad oggi manca un approccio sistematico per la misurazione e il monitoraggio dell'equità nell'assistenza sanitaria. In termini ideali un simile approccio dovrebbe coprire l'insieme dei percorsi clinici. Il nostro progetto propone di iniziare occupandoci dei settori stazionario e ambulatoriale degli ospedali per muovere i primi passi verso un processo sistematico di valutazione dell'equità nell'assistenza sanitaria in Svizzera.

## Obiettivi

L'obiettivo primario è testare la fattibilità della misurazione dell'equità in ambito clinico proponendo un insieme di indicatori validi, implementabili e azionabili composto da indicatori di qualità delle cure e criteri di vulnerabilità. Un esempio può essere un indicatore che, per ogni persona alloggiata, valuta se essa ha beneficiato di servizi d'interpretariato. In seguito questo indicatore potrebbe essere stratificato secondo diversi criteri di vulnerabilità come lo statuto migratorio, il genere o la fascia d'età. Il secondo obiettivo è quello di realizzare uno studio pilota in alcuni ospedali per determinare la disponibilità dei dati necessari per produrre questi indicatori.

## Metodologia

### **Creazione di un gruppo di esperti nazionali**

Per favorire la validità e la rappresentatività degli indicatori e rappresentare le diverse sensibilità in materia di applicazione dell'equità nel settore ospedaliero, abbiamo formato un comitato di esperti nazionali che operano negli ambiti della qualità e/o dell'equità delle cure. Per reclutare gli esperti su ampia scala, è stato distribuito un opuscolo di presentazione del progetto (v. Allegato 1) presso diverse società interessate all'equità (p. es. Swiss Health Network for Equity [SH4E]) nonché presso H+ e associazioni di pazienti.

Questa procedura ha permesso di costituire un gruppo di accompagnamento composto da 18 esperti (12 uomini e 6 donne), tra cui una paziente partner, che operano nel settore dell'equità e della qualità delle cure in Svizzera. Gli esperti rappresentano le tre principali regioni linguistiche e provengono da diversi settori: 7 medici (4 specialisti in medicina interna, 2 psichiatri e 1 medico di pronto soccorso), 2 sociologi, 3 epidemiologi, 6 ricercatori attivi nell'ambito della sanità pubblica e dei sistemi sanitari e/o della qualità delle cure. La paziente partner, oltre alla propria esperienza personale, lavora in ambito internazionale come

paziente-partner/esperta in diversi settori compresa l'equità e dirige un registro nazionale delle malattie croniche.

Gli esperti dispongono di un'esperienza di ricerca e/o di lavoro nel settore dell'equità delle cure in Svizzera, hanno lavorato nei policlinici universitari svizzeri, in ambito ambulatoriale o stazionario oppure hanno ricoperto delle funzioni in istituti sanitari pubblici svizzeri.

La struttura del progetto riflette la volontà di includere numerosi attori dell'ambito dell'equità e della qualità delle cure (v. figura 2), con una squadra di coordinatori che centralizzano il lavoro, un comitato di esperti che rappresentano diversi settori, ma anche collaboratori esterni che hanno valutato il rapporto prima della pubblicazione finale.

## Struttura e attori del progetto



Figura 2: Struttura e attori del progetto

### Selezione di un insieme di indicatori di equità

Per ottenere un'ampia base di indicatori pertinenti, questi ultimi sono stati generati con l'ausilio di una revisione della letteratura e tramite un appello agli esperti a proporre indicatori ritenuti adeguati. La revisione della letteratura, condotta su MEDLINE nel novembre 2021, si concentrava su progetti svizzeri che permettessero di ottenere indicatori compatibili con il sistema sanitario svizzero (strategia di ricerca disponibile nell'Allegato 2). La strategia di ricerca ha prodotto 247 citazioni valutate prima in base al titolo e all'abstract e in seguito sulla base del testo completo. Per ogni articolo selezionato, gli indicatori di equità sono stati estratti dal testo completo.

Parallelamente gli esperti hanno proposto indicatori di struttura, di processo e di esito per i pazienti stazionari e ambulatoriali. Il formulario per raccogliere queste informazioni specificava

i sei tipi di indicatori cercati (p. es. stazionario, indicatore di processo) per assicurarsi fossero tutti rappresentati nelle proposte (v. Allegato 3: questionario online).

In seguito gli esperti si sono incontrati una prima volta per stabilire le condizioni in base alle quali selezionare gli indicatori. Sono stati scelti la validità, la copertura dei pazienti, la fattibilità e l'azionabilità (v. figura 3 per le definizioni).

Gli indicatori sono stati selezionati in due fasi di voto seguendo il metodo Delphi. Nella prima fase gli esperti hanno valutato ogni indicatore e ogni criterio di vulnerabilità su una scala da 0 a 10 per ciascuna delle quattro condizioni scelte (v. Allegato 3: questionario online). Alla fine del primo turno di votazioni abbiamo selezionato gli indicatori che presentavano una validità media superiore a 7 e ai quali  $\geq 60$  per cento degli esperti aveva attribuito un punteggio uguale o superiore a 7. Durante questa fase, se lo ritenevano necessario, gli esperti potevano ancora aggiungere un indicatore o un criterio di vulnerabilità.

Prima dell'inizio della seconda fase di selezione, gli indicatori che hanno superato la prima sono stati divisi per tema.

Tabella 1: Esempio di un tema scartato in ambito stazionario: la riammissione

Tema	Indicatore		
	Esito	Processo	Struttura
Riammissione	Tasso di riammissioni precoci	Durata della degenza	Disponibilità di assistenti sociali
			Disponibilità di documenti informativi in lingua facile

Un esempio: il tema «riammissione» segue la logica seguente: la disponibilità di assistenti sociali e/o di informazioni sui trattamenti potrebbe ridurre i tempi delle cure ospedaliere, portando così a una diminuzione della durata media delle degenze e del rischio di problemi durante le transizioni tra le cure, con un impatto sulle riammissioni precoci (v. tabella 1). L'obiettivo era che questi temi potessero servire a valutare un aspetto dell'equità delle cure tramite indicatori di struttura, processo ed esito. I temi degli indicatori sono stati suddivisi in gruppi per distinguere quelli relativi alle cure stazionarie (p. es. tasso di riammissioni) da quelli relativi alle cure ambulatoriali (p. es. tasso di screening di tumore del collo dell'utero) e sono stati distinti dai criteri di vulnerabilità.

Nella seconda fase, gli esperti hanno votato l'ordine dei temi e dei criteri di vulnerabilità classificandoli secondo un criterio misto di fattibilità e azionabilità (v. Allegato 3: questionario online).

- La validità è la capacità di un indicatore di valutare l'oggetto che deve esaminare.
- La fattibilità descrive la difficoltà nell'implementare l'indicatore o nel raccogliere i dati necessari per la sua definizione. Per esempio, un indicatore che necessita della creazione di un nuovo formulario, una presa di contatto con i singoli pazienti o un lungo lavoro di raccolta dati sarebbe più costoso e meno fattibile. Ciò potrebbe scoraggiarne l'introduzione.

- La copertura dei pazienti descrive il numero o la percentuale di pazienti interessati da un determinato indicatore rispetto al numero totale di pazienti. Un indicatore che riguarda tutti i pazienti stazionari o ambulatoriali che hanno consultato un medico negli ultimi sei mesi avrà dunque una migliore copertura rispetto a un indicatore relativo ai pazienti pediatrici affetti da una malattia dermatologica.
- Infine, l'azionabilità descrive la capacità di un indicatore di essere modificato a seguito di un progetto di miglioramento dell'equità. Per esempio, un indicatore che rileva un'iniquità legata all'altitudine a cui si trova un ospedale avrà una scarsa azionabilità, dal momento che risulta difficile intervenire sulla posizione geografica di una struttura. Al contrario, un indicatore che rileva un'iniquità dovuta a un testo mal formulato in un modulo medico presenterà un'ottima azionabilità.

## Definizioni dei criteri di selezione degli indicatori


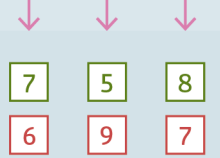



Se si vuole un indicatore che valuti i numeri in bianco		
Indicatore		
<b>La validità</b> è la capacità di un indicatore di valutare l'oggetto che deve esaminare		<input type="radio"/> Buona validità <input type="radio"/> Scarsa validità
<b>La copertura</b> dei pazienti indica la percentuale di pazienti valutati dall'indicatore		<input type="radio"/> Copertura: 100% <input type="radio"/> Copertura: 33%
<b>La fattibilità</b> descrive la difficoltà nell'implementare l'indicatore e quindi nell'ottenere il risultato		<input type="radio"/> Buona fattibilità <input type="radio"/> Scarsa fattibilità: variabile mancante o difficile da ottenere
<b>L'azionabilità</b> descrive il potenziale dell'indicatore di essere utile per l'azione		<input type="radio"/> Buona azionabilità: indicatore modificato a seguito di un miglioramento della situazione

Figura 3: Definizioni dei criteri di selezione degli indicatori

## Operazionalizzazione degli indicatori

Gli indicatori e i criteri di vulnerabilità sono stati operazionalizzati tramite liste di variabili e schede degli indicatori che descrivono le specifiche regole di calcolo. Le schede sono state sottoposte agli esperti affinché ne convalidassero l'implementazione.

## **Studio pilota sugli indicatori**

Per garantirne la fattibilità, una volta selezionata la serie di indicatori ne abbiamo determinato la fattibilità pratica negli ospedali, valutando in particolare la disponibilità di dati per produrre gli indicatori. A questo fine tre ospedali, l'Ospedale universitario di Zurigo (USZ), gli Ospedali universitari di Ginevra (HUG) e l'Ente Ospedaliero Cantonale, sede di Mendrisio (OBV – Ospedale regionale Beata Vergine), hanno testato l'estrazione dei dati dalle cartelle cliniche dei loro pazienti. Gli ospedali sono stati scelti su base volontaria ma mirando a garantire la rappresentatività selezionando strutture di diverse dimensioni nelle tre principali regioni linguistiche (l'USZ e gli HUG sono ospedali universitari, quello di Mendrisio è una struttura di medie dimensioni).

Gli indicatori sono stati estratti per tutti i pazienti stazionari o ambulatoriali che si sono recati in questi ospedali nel 2021. I dati necessari per la costruzione degli indicatori di processo e di esito sono stati estratti direttamente dalle banche dati degli ospedali selezionando unicamente le variabili disponibili in formato strutturato ed escludendo quelle a testo libero. Gli indicatori di struttura sono stati definiti tramite un questionario sottoposto ai responsabili della qualità delle cure di ogni ospedale.

## **Risultati**

### **Generazione degli indicatori**

La revisione della letteratura ha permesso di selezionare 32 articoli che valutavano l'equità delle cure in Svizzera e comprendevano 34 indicatori. Parallelamente gli esperti hanno proposto 195 indicatori di struttura, di processo o di esito e li hanno suddivisi in ambulatoriali o stazionari. Dopo aver rimosso i doppi e accorpato quelli tratti dalla revisione della letteratura e quelli proposti dagli esperti, sono stati sottoposti al voto di questi ultimi 159 indicatori unici e 15 criteri di vulnerabilità. L'elenco completo degli indicatori e dei criteri di vulnerabilità è disponibile in allegato (v. Allegato 4).

Nella prima fase di voto sono stati selezionati 35 indicatori e 8 criteri di vulnerabilità che sono stati suddivisi per temi. Sono stati definiti tre temi per l'ambito ambulatoriale, ossia «barriera linguistica», «limiti economici» e «prevenzione e depistaggio», e tre temi per l'ambito stazionario, ossia «riammissione», «ammissione» e «esperienza del paziente». I temi sono stati organizzati affinché i fattori strutturali potessero influenzare l'efficacia dei processi e portare così a un miglioramento dei risultati. L'elenco completo degli indicatori suddivisi per tema è disponibile in allegato (v. Allegato 5).

Nella seconda fase del voto, basata principalmente sulla fattibilità e l'azionabilità, sono stati selezionati due temi: «esperienza del paziente» e «barriera linguistica», che corrispondono a 5 indicatori di esito o di processo e a 10 indicatori di struttura. Gli esperti hanno inoltre votato per l'esclusione di un indicatore che era stato giudicato valido ma non rientrava in nessuno dei due temi.

## Generazione di indicatori attraverso un processo di votazione

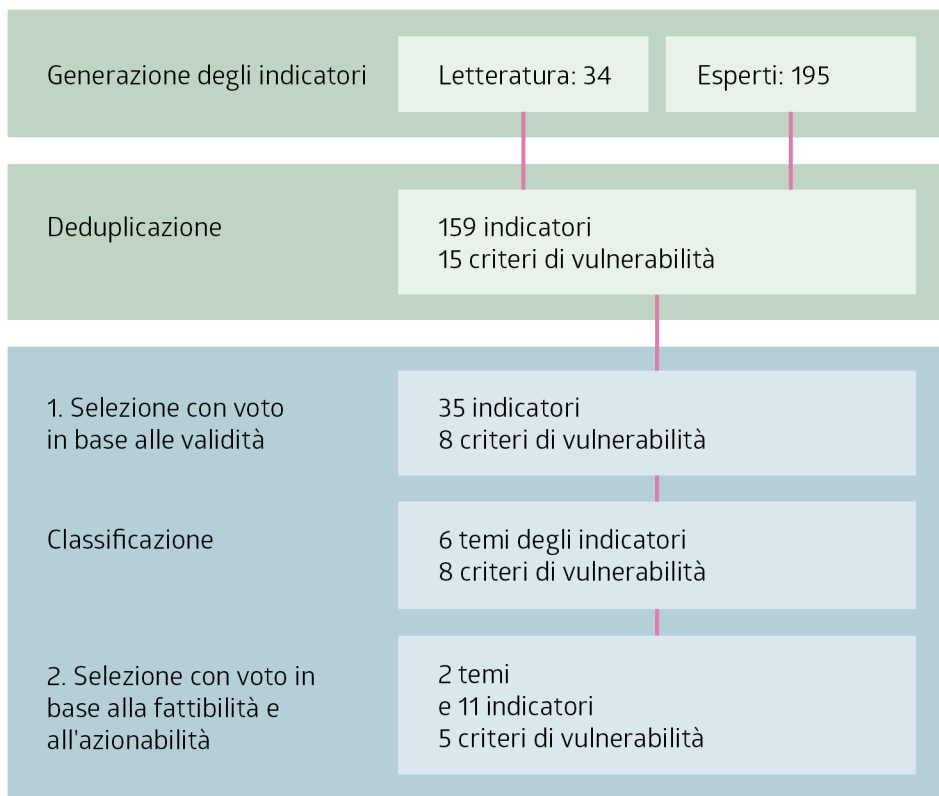


Figura 4: Generazione di indicatori attraverso un processo di votazione

## Indicatori e criteri di vulnerabilità selezionati

Tramite il processo di selezione sono stati individuati 2 temi – «esperienza del paziente» e «barriera linguistica» – per un totale di 11 indicatori (v. tabella 2) e 5 criteri di vulnerabilità che permettessero di stratificare gli indicatori: il genere con il quale si identificano i pazienti (in opposizione al sesso), lo statuto migratorio, lo statuto di alloggista, l'età e la condizione «senza fissa dimora».

Tabella 2: Indicatori selezionati

Tema	Indicatore		
	Esito	Processo	Struttura
<b>Esperienza del paziente</b>	Soddisfazione del paziente	Tempi di attesa: tempo in ore intercorso tra l'insorgenza del bisogno del paziente e la fornitura delle cure corrispondenti	Esistenza di una formazione continua sulle competenze transculturali
			Accesso a interpretariato in tempo reale e in lingua dei segni per i pazienti sordi
			Esistenza di un referente istituzionale per le questioni migratorie
<b>Barriera linguistica</b>	Soddisfazione del paziente	Quota di alloggiati che hanno usufruito di servizi d'interpretariato	Disponibilità dei documenti principali in diverse lingue
			Esistenza di una struttura ambulatoriale a sostegno dei pazienti con un percorso migratorio
<b>In comune</b>			Esistenza di una formazione continua sulle competenze transculturali
			Disponibilità di interpreti

## Studio pilota sugli indicatori

Per rendere possibile un test preliminare degli indicatori nei siti di implementazione, per ognuno di essi è stata creata una scheda specifica (v. Allegato 6) che le strutture interessate possono utilizzare come guida per l'uso. Tali schede contengono tutte le informazioni sulle variabili da estrarre e sul metodo di calcolo dettagliato dell'indicatore.



Tabella 3: Esempio della scheda dell'indicatore «Quota di pazienti insoddisfatti»

<b>Indicatore</b>	<b>Quota di pazienti insoddisfatti</b>
<b>Unità di misura</b>	Percentuale
<b>Metodo di calcolo</b>	Proporzione
<b>Numeratore</b>	Numero di pazienti insoddisfatti secondo il punteggio globale di soddisfazione. Se il questionario utilizzato non fornisce il punteggio globale, utilizzare il punteggio (o la domanda singola) relativo all'impressione generale. I pazienti insoddisfatti sono definiti utilizzando la definizione associata al questionario impiegato. Se quest'ultimo non contiene una definizione convalidata del concetto di «pazienti insoddisfatti», utilizzare quella seguente: per paziente insoddisfatto si intende colui le cui risposte al questionario di soddisfazione si trovano nella metà inferiore della scala in almeno la metà dei casi. Per esempio, se il punteggio si compone di quattro domande, ognuna delle quali ha cinque risposte possibili (p. es. che vanno da «Decisamente insoddisfatto» = 1 a «Decisamente soddisfatto» = 5), un paziente insoddisfatto avrà almeno due domande con risposte comprese tra 1 e 2.
<b>Denominatore</b>	Numero totale di pazienti ricoverati
<b>Data di riferimento</b>	Data di dimissione
<b>Fonte dei dati</b>	Questionari sulla soddisfazione del paziente (p. es. Picker)
<b>Perimetro</b>	Pazienti adulti ricoverati: tutti i pazienti maggiorenni ricoverati nella struttura per almeno 24 ore
<b>Informazioni supplementari richieste</b>	Data di dimissione

Le schede sono state in seguito trasmesse ai tre ospedali pilota con la richiesta di estrarre gli indicatori dalle banche dati per l'intero anno 2021. Per gli ospedali universitari ciò corrispondeva a decine di migliaia di ricoveri e centinaia di migliaia di consultazioni. Le minori dimensioni dell'ospedale di Mendrisio, che dispone di 155 letti, si riflettono sul numero di pazienti ammessi annualmente. La tabella 4 presenta, per ogni ospedale pilota, la disponibilità di ogni indicatore e ogni criterio di vulnerabilità in base a due aspetti: l'esistenza delle variabili necessarie (disponibilità) e l'effettivo contenuto di dati al loro interno (informazioni). Per esempio, si può presentare la situazione seguente: esiste una variabile per rilevare la lingua parlata dal paziente, ma questa informazione può essere registrata solamente per il 10 per cento dei pazienti. Per quanto riguarda i criteri di vulnerabilità, la tabella presenta anche i dettagli relativi alla disponibilità dei criteri nelle diverse strutture. Per esempio, il genere è definito secondo un formato dicotomico (maschile o femminile) a Mendrisio, mentre presenta tre categorie presso l'USZ e gli HUG (maschile, femminile, indeterminato). Ciononostante, nella pratica presso l'HUG il genere annotato è solamente maschile o femminile, sebbene esista anche una terza opzione. Per gli indicatori di struttura, la tabella indica se la persona responsabile della qualità delle cure disponeva delle informazioni per rispondere a un questionario sulla disponibilità delle strutture o dei servizi indicati (v. questionario nell'Allegato 7).

Tabella 4: Disponibilità degli indicatori per sito di implementazione

<b>Sito di implementazione</b>	<b>HUG</b>		<b>USZ</b>		<b>Mendrisio</b>	
N. totale di soggiorni	262'317		380'972*		61'595	
Stazionari	49'820	(19.0%)	40'667	(10.7%)	5'801	(9.4%)
Ambulatoriali	212'497	(81.0%)	340'305	(89.3%)	55'794	(90.6%)
<b>Indicatori ambito stazionario***</b>	Disp.**	Inform.**	Disp.**	Inform.**	Disp.**	Inform.**
Soddisfazione	Si	17.1%	Si	6.2%****	ANQ*****	4.5%
Traduzione/ interpretariato	No	0%	Si	100%	No	0%
Tempi d'attesa	Si	100%	Si	100%	Si	72.0%
<b>Indicatori ambito ambulatoriale***</b>						
Soddisfazione	Si	3.0%	Si	6.1%****	No	0%
Traduzione/ interpretariato	No	0%	Si	100%	No	0%
<b>Criteri di vulnerabilità***</b>						
Genere	(M/F/I)	100%	(M/F/I)	100%	(M/F)	100%
Migrazione	Si	89.0%	Si	98.2%	Si	78.4%
Alloglossia	Si	86.7%	Si	99.9%	Si	8.8%
Età	Si	100%	Si	100%	Si	100%
Senza fissa dimora	Si	100%	No	0%	No	0%
<b>Indicatori di struttura***</b>						
Documenti	Si		Si		Si	
Interpreti	Si		Si		Si	
Lingua dei segni	Si		Si		Si	
Culturale	Si		Si		Si	
Sans-papiers	Si		Si		Si	
Migrazione	Si		Si		Si	

\* I pazienti parzialmente stazionari non sono inclusi nel numero totale di pazienti della USZ.

\*\* Disp. = disponibilità; Inform.= informazioni

\*\*\* Gli indicatori e i criteri di vulnerabilità sono riportati con i loro titoli abbreviati. Le denominazioni complete e le definizioni sono disponibili nell'allegato 6: schede degli indicatori, pagina: panoramica degli indicatori

\*\*\*\* Il questionario di soddisfazione è disponibile solamente in tedesco.

\*\*\*\*\* ANQ: dati non raccolti nella struttura stessa. Partecipazione alla raccolta tramite e secondo il calendario dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ).

Questo test di implementazione ha permesso di verificare la possibilità di effettuare una raccolta concreta delle variabili necessarie alla generazione degli indicatori e ha chiarito alcuni punti relativi alle schede degli indicatori. In termini globali, i dati per generare gli indicatori dell'ambito stazionario sono disponibili più facilmente rispetto a quelli necessari per gli indicatori dell'ambito ambulatoriale. Gli ospedali universitari di Ginevra e Zurigo hanno una migliore

disponibilità media degli indicatori e dei criteri di vulnerabilità rispetto all'Ospedale di Mendrisio. Ciò può essere dovuto ai costi e all'onere legati alla raccolta dati, che possono essere affrontati meglio da una grande struttura, dotata di maggiori risorse finanziarie e in termini di personale. Un'altra possibile spiegazione di questa differenza è legata al contesto geografico e politico di Ginevra e Zurigo, città più esposte alle questioni dell'interculturalità e della multiculturalità che hanno iniziato più precocemente a raccogliere dati relativi all'equità delle cure.

È inoltre interessante notare che la soddisfazione dei pazienti viene talvolta rilevata direttamente da strutture quali gli HUG e l'USZ, ma anche a livello nazionale. In effetti, da molti anni l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) registra i dati sulla soddisfazione dei pazienti per ogni struttura sanitaria svizzera in diversi periodi dell'anno. Tuttavia, i suoi questionari di soddisfazione non comprendono domande relative ai criteri di vulnerabilità (p. es. lingue parlate) e non permettono di stabilire un legame con le informazioni demografiche specifiche del paziente nei sistemi di informazione ospedalieri.

Le figure 5 e 6 rappresentano in forma grafica i risultati della disponibilità dei dati. Per ogni indicatore e criterio di vulnerabilità è illustrata la percentuale di dati disponibili in ogni struttura. Per gli indicatori (figura 5) si osservano tre livelli di disponibilità dei dati necessari all'interno di ogni struttura:

1. Gli indicatori ampiamente disponibili come i «tempi di attesa» nelle tre strutture o la «traduzione/ interpretariato» presso l'USZ. Questi indicatori si basano su variabili già raccolte regolarmente e quindi facili da misurare.
2. Gli indicatori parzialmente disponibili come la «soddisfazione dei pazienti stazionari o ambulatoriali». Tuttavia, a causa del tasso di risposta relativamente basso, nella pratica questi indicatori sono disponibili solo per una minima parte dei pazienti.
3. Gli indicatori non disponibili come la «traduzione/ interpretariato» per i pazienti stazionari o ambulatoriali» presso gli HUG e a Mendrisio. Va sottolineato che la documentazione per l'impiego di interpreti non è disponibile in maniera strutturata nelle cartelle cliniche dei pazienti, ma che questi due ospedali indicano di avere accesso a numerosi interpreti.

## Disponibilità degli indicatori presso ogni struttura

Percentuale di soggiorni per i quali sono disponibili i dati per questo indicatore

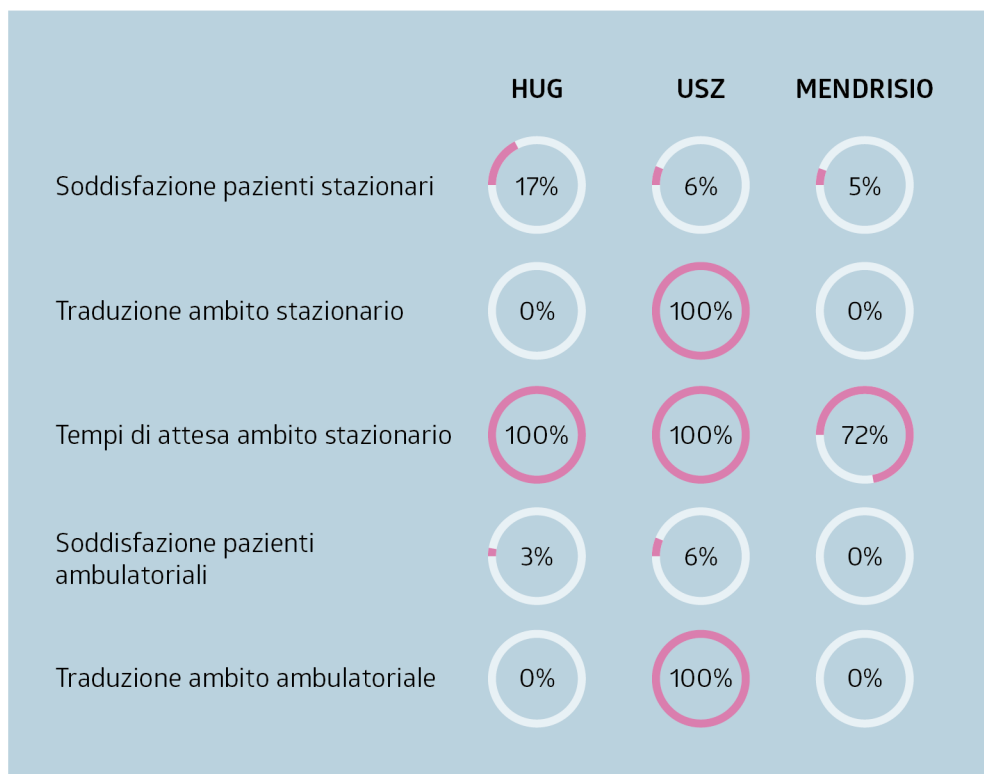


Figura 5: Disponibilità degli indicatori presso ogni struttura

Per quanto riguarda i criteri di vulnerabilità (figura 6), l'età e il genere sono sempre disponibili. Dal momento che lo statuto migratorio non è direttamente disponibile, esso è stato costruito utilizzando la nazionalità, il Paese di residenza, il tipo di assicurazione (di base, semi-privata o privata) e il tipo di permesso di soggiorno. Anche questo tipo di indicatore dello statuto migratorio costruito è ampiamente disponibile. È interessante notare che la lingua parlata veniva indicata presso gli HUG e l'USZ, ma molto meno all'Ospedale di Mendrisio. Infine, il criterio di vulnerabilità «senza fissa dimora» è disponibile solamente presso gli HUG.

## Disponibilità dei criteri di vulnerabilità presso ogni struttura

Percentuale di soggiorni per i quali sono disponibili i dati

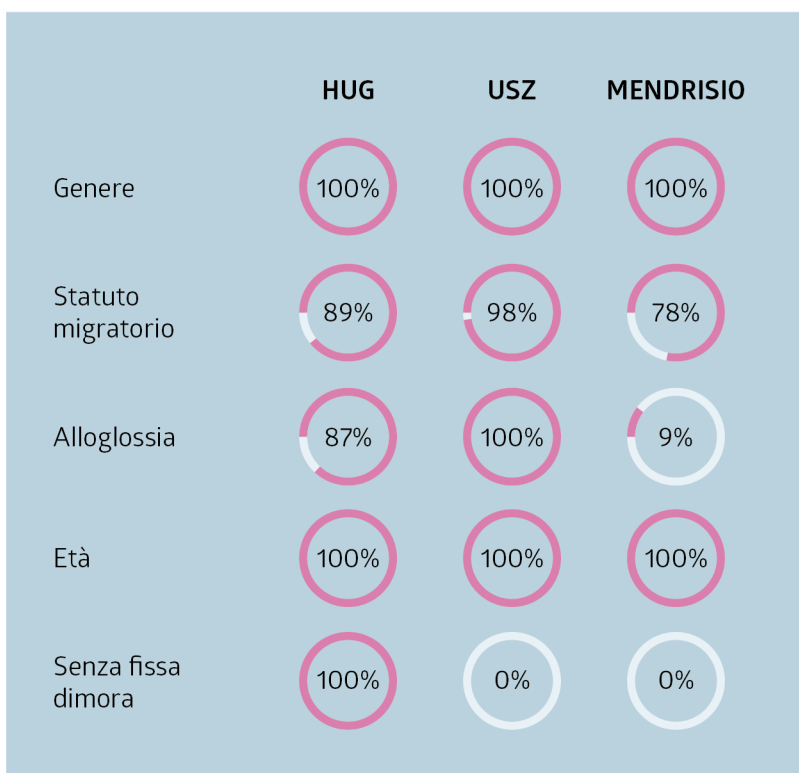


Figura 6: Disponibilità dei criteri di vulnerabilità presso ogni struttura

Oltre alla disponibilità, dev'essere presa in considerazione anche la modalità di misurazione di determinati criteri di vulnerabilità. Per esempio, il genere è ampiamente documentato tramite la variabile del sesso in formato dicotomico (maschile e femminile), che è molto limitante rispetto allo spettro di generi nei quali si identificano i pazienti della comunità LGBTQI+. Con i dati attuali è dunque impossibile valutare correttamente il livello di equità in materia di salute di questi gruppi di popolazione. In maniera analoga, dal momento che lo statuto migratorio dei pazienti non è una variabile registrata sistematicamente, i gruppi di popolazione con un passato percorso migratorio (e in particolare di migrazione legata all'asilo) rimangono escluse dalla valutazione delle iniquità delle cure.

Questi risultati sono promettenti, dal momento che evidenziano che le strutture sanitarie interessate a valutare l'equità delle cure potrebbero farlo in particolar modo identificando tra le variabili registrate sistematicamente anche quelle che potrebbero servire a misurare l'equità. Inoltre mettono in luce la scarsità o la mancanza di dati che gli ospedali potrebbero registrare per valutare l'equità. Le schede degli indicatori elaborate hanno così una doppia funzione: rappresentano una guida per l'uso degli indicatori realizzabili immediatamente e una pista di miglioramento per misurare l'equità nell'assistenza sanitaria in Svizzera, all'attenzione di tutte le istituzioni sanitarie interessate all'equità delle cure.

# Discussione

## Sintesi dei risultati

Un gruppo nazionale di esperti dell'equità delle cure ha elaborato 11 indicatori di equità validi, attuabili, che offrono una buona copertura dei pazienti e possono essere impiegati per guidare progetti di miglioramento dell'equità nell'assistenza sanitaria (azionabilità). Gli indicatori sono accompagnati da 5 criteri di vulnerabilità che permettono di stratificare gli indicatori per confrontare i gruppi di popolazione in condizioni di vulnerabilità con i pazienti generali (p. es. confronto tra il grado di soddisfazione dei pazienti alloggiati e di coloro la cui lingua materna corrisponde alla lingua del posto). Gli indicatori sono presentati in apposite schede che costituiscono una guida per l'implementazione nelle strutture sanitarie svizzere. Uno studio di fattibilità in tre ospedali situati nelle principali regioni linguistiche svizzere mostra che 2 dei 5 indicatori misurati a livello del paziente sono già implementabili con l'aiuto dei dati raccolti sistematicamente dagli ospedali e dall'ANQ. I 6 indicatori di struttura possono essere valutati interrogando i responsabili della qualità degli istituti.

## Opinione delle associazioni e degli attori chiave del sistema sanitario

Il presente rapporto è frutto del lavoro di un comitato di esperti relativamente ampio e di un test pilota in tre ospedali. Tuttavia, vista la complessità del tema dell'equità, non è stato possibile rappresentare le sensibilità e gli interessi di tutti gli attori in gioco. Per questo motivo il presente rapporto e gli allegati dettagliati contenenti i risultati sono stati inviati o presentati a numerose associazioni e istituzioni prima di giungere alla loro versione definitiva (v. Allegato 8 per l'elenco completo delle associazioni e delle istituzioni). Di seguito presentiamo i loro principali feedback e commenti così come i loro suggerimenti per il seguito del progetto.

Le sette associazioni e istituzioni che hanno inviato un feedback ritengono che il rapporto sia comprensibile e di facile lettura (media (m): 7,7/10) e che risponda a un effettivo bisogno di indicatori dell'equità delle cure. La maggior parte ritiene che, se dovessero essere adottati, gli indicatori presenterebbero una buona validità (m: 6,7/10) e copertura dei pazienti (m: 5,9/10) e porterebbero a un miglioramento concreto della qualità (1: pienamente d'accordo, 6: parzialmente d'accordo). I feedback sono invece più pessimistici per quanto riguarda la facilità di implementazione (m: 4,4/10). La maggior parte di coloro che hanno fornito un feedback ritiene che implementare questi indicatori richiederebbe notevole motivazione da parte degli ospedali e comporterebbe costi elevati, due fattori che rappresenterebbero un freno all'implementazione.

Le associazioni di difesa della comunità LGBTQIA+ hanno apprezzato soprattutto l'inclusione delle questioni di genere nei criteri di vulnerabilità ma lamentano il fatto che il rapporto non si concentri di più su tali temi, in particolar modo su quello della transidentità. Secondo queste associazioni la natura dicotomica della variabile del genere non è il solo problema riscontrato. Il carattere fisso nel tempo del genere o del sesso non permette il riconoscimento della transizione di genere dei pazienti transgender. Queste associazioni propongono l'adozione di due variabili: una variabile relativa al sesso assegnato alla nascita e una relativa al genere che permettano di differenziare i due concetti. Alcuni attori coinvolti hanno inoltre lamentato il fatto che nessuno dei criteri di vulnerabilità selezionati riguarda lo statuto socioeconomico, mentre attori del settore della salute mentale hanno rilevato l'assenza di un criterio di vulnerabilità dedicato all'identificazione dei pazienti affetti da patologie psichiatriche. Infine, il feedback di un'associazione di cure

infermieristiche osserva che il gruppo di esperti sarebbe stato più rappresentativo se avesse incluso anche esperti del loro settore.

### **Limiti del progetto pilota**

I risultati di questo progetto pilota forniscono una panoramica della disponibilità dei dati da cui estrarre i valori degli indicatori, ma devono essere interpretati con prudenza. Il progetto si concentra sulla disponibilità dei dati ma ne ha valutato la qualità. Alcuni esperti che hanno lavorato in ambito clinico negli ospedali esaminati hanno per esempio riferito della ridotta qualità della variabile relativa allo statuto di alloggio. Quando un paziente non parla altre lingue nazionali, infatti, la scelta ricade frequentemente sulla lingua locale. Ciò causa un errore di classificazione e dovrebbe ripercuotersi sulla qualità delle analisi di equità prodotte tramite gli indicatori. Allo stesso modo, gli indicatori di struttura come l'esistenza di un servizio d'interpretariato sono poco informativi se non accompagnati da indicatori di esito. Per esempio, alcuni servizi d'interpretariato sono proposti ai pazienti soltanto di rado, poiché il costo del servizio è a carico dell'ospedale. Questo progetto pilota ha dunque lo scopo di mostrare la disponibilità dei dati, ma sono necessarie analisi relative alla loro qualità e al livello di equità effettivo degli ospedali presi in esame.

### **Implicazioni politiche e piste di miglioramento**

La prima tappa del monitoraggio dell'equità è già fattibile basandosi unicamente sui dati raccolti sistematicamente dagli ospedali svizzeri e dall'ANQ. È quindi possibile incoraggiare gli ospedali a servirsi degli indicatori per permettere il confronto e il benchmarking tra le strutture, per mettere in evidenza strategie efficaci volte a migliorare l'equità e per individuare gli ambiti che potrebbero beneficiare di maggiori investimenti. Infrastrutture come la SPHN (Swiss Personalized Health Network) (43) possono permettere di valutare gli indicatori di equità tramite i dati condivisi in maniera anonima a livello nazionale. Ciò permetterebbe di centralizzare le attività e di risparmiare ai piccoli ospedali il lavoro di trasmissione regolare degli indicatori. Alcune strutture come l'USZ mostrano già un miglioramento nella raccolta sistematica di indicatori, mentre altre, come gli HUG o l'Ospedale di Mendrisio, mostrano una minore copertura dei dati necessari per misurare gli indicatori.

Alcune variabili che permettono di valutare i gruppi di popolazione in condizioni di vulnerabilità non vengono misurate. Per esempio, i dati dell'ANQ relativi alla soddisfazione dei pazienti sono anonimi e, dal momento che non forniscono informazioni sui pazienti, non consentono di generare indicatori di qualità stratificati su dei gruppi a rischio. Per rimediare a questa situazione bisognerebbe raccogliere le informazioni sulla soddisfazione dei pazienti in ogni struttura (con il rischio che non siano standardizzate a causa delle diverse scelte dei questionari di soddisfazione) o modificare la modalità di raccolta di suddette informazioni da parte dell'ANQ, permettendo così di integrare i dati sulla soddisfazione con i dati personali dei pazienti. Altri esempi sono lo statuto «senza fissa dimora», spesso assente, o il genere, sempre registrato in formato dicotomico in maniera molto distante dalla realtà dello spettro di generi nei quali si identificano i pazienti LGBTQI+. Inoltre, la variabile del genere rappresenta spesso il sesso assegnato alla nascita e non il genere con il quale i pazienti si riconoscono in un determinato momento. Per colmare questa lacuna di informazioni si potrebbe intensificare la registrazione delle variabili dei pazienti che non corrispondono a informazioni mediche. Una soluzione potrebbe essere quella di avviare un dibattito con i gruppi di popolazione a rischio di iniquità al fine di capire meglio dove si colloca il confine tra la vita privata e la raccolta di informazioni per la valutazione di eventuali iniquità.

In seguito all'operazionalizzazione degli indicatori negli ospedali sarebbe possibile valorizzare le strutture che presentano una migliore equità per certi indicatori. A quel punto sarebbero necessarie ricerche interospedaliere sulla qualità dei dati e sulle situazioni concrete relative all'equità per riuscire a individuare con maggiore precisione i fattori di successo e offrire piste di miglioramento per le altre strutture sanitarie svizzere.

Questo progetto ha suscitato un reale interesse da parte del settore della ricerca in materia di equità delle cure, un aspetto incoraggiante per il futuro dell'equità e della qualità delle cure in Svizzera. Il gruppo di ricerca ritiene che l'entusiasmo attuale dovrebbe incoraggiare tutti gli attori del settore a valutare l'equità servendosi degli indicatori sviluppati.

In conclusione, questo progetto illustra la fattibilità immediata della misura dell'equità delle cure in Svizzera, ma solleva anche questioni da approfondire per ottenere una migliore conoscenza delle iniquità in ambito clinico:

- Al momento, la soddisfazione dei pazienti rilevata dall'ANQ non è stratificabile su criteri di vulnerabilità.
- Alcuni dati dei pazienti, quali il genere inteso come uno spettro o lo statuto «senza fissa dimora» non vengono raccolti. Di conseguenza, le iniquità legate a questi criteri di vulnerabilità sono invisibili.
- La disponibilità di dati per generare gli indicatori non riflette né l'equità reale né la qualità dei dati, soprattutto per la lingua parlata dai pazienti.
- Questo primo elenco di indicatori riflette soltanto una minima parte dell'equità e dovrà sicuramente essere ampliato.

Il materiale prodotto (schede degli indicatori, elenco completo comprendente gli indicatori, i criteri di vulnerabilità e la loro valutazione, temi non selezionati) è liberamente accessibile. In questo modo speriamo di facilitare la realizzazione di progetti di misurazione o miglioramento dell'equità e di costruire insieme un sistema di cure più equo e dunque di maggiore qualità per la Svizzera.



## Elenco degli allegati

- Allegato 1: Strategia di ricerca per la revisione della letteratura
- Allegato 2: Opuscolo per il reclutamento degli esperti
- Allegato 3: Questionari REDCap utilizzati durante le fasi di voto
- Allegato 4: Elenco di tutti gli indicatori e i criteri di vulnerabilità proposti
- Allegato 5: Temi proposti
- Allegato 6: Schede degli indicatori
- Allegato 7: Questionario sugli indicatori di struttura
- Allegato 8: Elenco dei partner contattati per la fase di pre-consultazione

## Bibliografia

1. World Health Organization website. Fact sheet: Quality health services [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
2. Mayberry RM, Nicewander DA, Qin H, Ballard DJ. Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. *Proc Bayl Univ Med Cent*. 2006 Apr;19(2):103–18.
3. Culbert J. Health Equity: Prioritization, Perception, and Progress. *Inst Healthc Improv*. 2021;IHI 2021 Pulse Report.
4. OECD Study on Measuring Equity of Access to Health Care - OECD [Internet]. [cited 2023 May 19]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/oecdstudyonmeasuringequityofaccesstohealthcare.htm>
5. World Health Organization website. Quality of healthcare infographic [Internet]. [cited 2023 Feb 22]. Available from: [https://www.who.int/images/default-source/infographics/quality-of-care/equity.png?sfvrsn=da343895\\_1](https://www.who.int/images/default-source/infographics/quality-of-care/equity.png?sfvrsn=da343895_1)
6. World Health Organization website. Health topic: Equity [Internet]. World Health Organization website. [cited 2023 Apr 11]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/health-equity>
7. Weber D. Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse. Promotion Santé Suisse (PSCH) Office fédéral de la santé publique (OFSP) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS); 2020.
8. Davidson C, Denning S, Cains C, Belfort MA, Gandhi M. 20 Examining the effect of quality initiatives on decreasing racial disparities in maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2021 Feb 1;224(2):S14.
9. Lay B, Lauber C, Nordt C, Rössler W. Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland: a case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006 Mar;41(3):199–207.
10. Braun AL, Kässner A, Syrogiannouli L, Selby K, Bulliard JL, Martin Y, et al. Association between colorectal cancer testing and insurance type: Evidence from the Swiss Health Interview Survey 2012. *Prev Med Rep*. 2020 Sep;19:101111.
11. Choi ES, Wiseman T, Betihavas V. Biomedical, Socioeconomic and Demographic Predictors of Heart Failure Readmissions: A Systematic Review. *Heart Lung Circ*. 2021 Jun;30(6):817–36.
12. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep Wash DC* 1974. 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19–31.
13. Hart JT. THE INVERSE CARE LAW. *The Lancet*. 1971 Feb 27;297(7696):405–12.
14. Cookson R, Doran T, Asaria M, Gupta I, Mujica FP. The inverse care law re-examined: a global perspective. *Lancet Lond Engl*. 2021 Feb 27;397(10276):828–38.
15. Sandoval JL, Theler JM, Cullati S, Bouchardy C, Manor O, Gaspoz JM, et al. Introduction of an organised programme and social inequalities in mammography screening: A 22-year population-based study in Geneva, Switzerland. *Prev Med*. 2017 Oct;103:49–55.

16. Burton-Jeangros C, Cullati S, Manor O, Courvoisier DS, Bouchardy C, Guessous I. Cervical cancer screening in Switzerland: cross-sectional trends (1992-2012) in social inequalities. *Eur J Public Health*. 2017 Feb 1;27(1):167–73.
17. Jolidon V, De Prez V, Willems B, Bracke P, Cullati S, Burton-Jeangros C. Never and under cervical cancer screening in Switzerland and Belgium: trends and inequalities. *BMC Public Health*. 2020 Oct 7;20(1):1517.
18. Mühlberger N, Sroczynski G, Esteban E, Mittendorf T, Miksad RA, Siebert U. Cost-effectiveness of primarily human papillomavirus-based cervical cancer screening in settings with currently established Pap screening: a systematic review commissioned by the German Federal Ministry of Health. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2):184–92.
19. Myers ER, Moorman P, Gierisch JM, Havrilesky LJ, Grimm LJ, Ghate S, et al. Benefits and Harms of Breast Cancer Screening: A Systematic Review. *JAMA*. 2015 Oct 20;314(15):1615–34.
20. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer*. 2013 Jun 11;108(11):2205–40.
21. Riou J, Panczak R, Althaus CL, Junker C, Perisa D, Schneider K, et al. Socioeconomic position and the COVID-19 care cascade from testing to mortality in Switzerland: a population-based analysis. *Lancet Public Health*. 2021 Sep 1;6(9):e683–91.
22. Morisod K, Durand MA, Selby K, Le Pogam MA, Grazioli VS, Sanchis Zozaya J, et al. Asylum Seekers' Responses to Government COVID-19 Recommendations: A Cross-sectional Survey in a Swiss Canton. *J Immigr Minor Health*. 2022 Dec 12;1–10.
23. Morisod K, Grazioli VS, Schlüter V, Bochud M, Gonseth Nusslé S, D'Acremont V, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 infection and associated risk factors among asylum seekers living in asylum centres: A cross-sectional serologic study in Canton of Vaud, Switzerland. *J Migr Health*. 2023;7:100175.
24. Solar O, Valentine N, Castedo A, Brandt GS, Sathyandran J, Ahmed Z, et al. Action on the social determinants for advancing health equity in the time of COVID-19: perspectives of actors engaged in a WHO Special Initiative. *Int J Equity Health*. 2023 Jan 24;21(3):193.
25. Mongin D, Cullati S, Kelly-Irving M, Rosselet M, Regard S, Courvoisier DS, et al. Neighbourhood socio-economic vulnerability and access to COVID-19 healthcare during the first two waves of the pandemic in Geneva, Switzerland: A gender perspective. *EClinicalMedicine*. 2022 Apr;46:101352.
26. Yi H, Ng ST, Farwin A, Pei Ting Low A, Chang CM, Lim J. Health equity considerations in COVID-19: geospatial network analysis of the COVID-19 outbreak in the migrant population in Singapore. *J Travel Med*. 2021 23;28(2).
27. Genovese E, Page KR, Cailhol J, Jackson Y. Learning from the COVID-19 pandemic response to strengthen undocumented migrant-sensitive health systems: case studies from four countries. *Lancet Reg Health - Eur*. 2023 Feb 28;100601.
28. BMJ. Neglect of low-income migrants in covid-19 response [Internet]. *The BMJ*. 2020 [cited 2023 May 19]. Available from: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/05/29/neglect-of-low-income-migrants-in-covid-19-response/>
29. Vincent C, Staines A. Enhancing the quality and safety of swiss healthcare. Federal Office of Public Health on quality and safety of healthcare in Switzerland; 2019 Jun.

30. Chiolero A, Cullati S, Tancredi S, Méan M, Rodondi N, Raileanu LE, et al. De la pratique fondée sur les preuves à l'amélioration de la qualité pour des soins de haute valeur centrés sur le patient. *Rev Med Suisse*. 2022 Jul 13;790:1402–5.
31. Chiolero A, Buckeridge D, Cullati S. Renforcer la culture de la surveillance sanitaire et du monitoring de la santé des populations. *Rev Med Suisse*. 2021 Mar 17;730:534–7.
32. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Soc Sci Med*. 2001 Nov 1;53(9):1149–62.
33. Sivashanker K, Duong T, Resnick A, Eappen S. Health Care Equity: From Fragmentation to Transformation. *Catal Non-Issue Content [Internet]*. 2020 Sep [cited 2023 May 19];1(5). Available from: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0414>
34. Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23;260(12):1743–8.
35. Lorini C, Porchia BR, Pieralli F, Bonaccorsi G. Process, structural, and outcome quality indicators of nutritional care in nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jan 26;18(1):43.
36. Panczak R, Galobardes B, Voorpostel M, Spoerri A, Zwahlen M, Egger M. A Swiss neighbourhood index of socioeconomic position: development and association with mortality. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Dec;66(12):1129–36.
37. Kounev S, Lange KD, Kistowski J von. Standardization. In: Kounev S, Lange KD, von Kistowski J, editors. *Systems Benchmarking: For Scientists and Engineers [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2020 [cited 2021 Nov 25]. p. 203–27. Available from: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41705-5\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41705-5_9)
38. Spycher J, Morisod K, Egli Y, Moschetti K, Le Pogam MA, Peytremmann-Bridevaux I, et al. Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. *New Evidence and Challenges. Rapport sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique OFSP*. 2021.
39. Ebert ST, Pittet V, Cornuz J, Senn N. Development of a monitoring instrument to assess the performance of the Swiss primary care system. *BMC Health Serv Res*. 2017 Nov 29;17(1):789.
40. Zumbunn A, Bachmann N, Bayer-Oglesby L, Joerg R, SIHOS Team. Social disparities in unplanned 30-day readmission rates after hospital discharge in patients with chronic health conditions: A retrospective cohort study using patient level hospital administrative data linked to the population census in Switzerland. *PloS One*. 2022;17(9):e0273342.
41. Buser S, Gessler N, Gmuender M, Feuz U, Jachmann A, Fayyaz J, et al. The use of intercultural interpreter services at a pediatric emergency department in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 2022 Nov 17;22(1):1365.
42. Hudelson P, Dominice Dao M, Perneger T, Durieux-Paillard S. A 'migrant friendly hospital' initiative in Geneva, Switzerland: evaluation of the effects on staff knowledge and practices. *PloS One*. 2014;9(9):e106758.
43. SPHN - Swiss Personalized Health Network (SPHN) [Internet]. SPHN. [cited 2023 Apr 6]. Available from: <https://sphn.ch/>