

Il ruolo della soddisfazione del paziente nella valutazione della qualità della chirurgia toracica per carcinoma polmonare*

Fabrice Barlési, MD; Laurent Boyer, MD; Christophe Doddoli, MD;
Stéphanie Antoniotti, MD; Pascal Thomas, MD; Pascal Auquier, MD, PhD

Obiettivi dello studio: Confrontare la qualità del trattamento chirurgico per carcinoma polmonare non a piccole cellule con la soddisfazione del paziente.

Disegno: Studio prospettico.

Sede: Divisioni di oncologia e chirurgia toracica di un ospedale universitario.

Pazienti e metodi: Pazienti con una diagnosi recente di carcinoma polmonare non a piccole cellule eleggibili per il trattamento chirurgico in prima istanza. La soddisfazione del paziente è stata valutata utilizzando il questionario per la valutazione della soddisfazione dei pazienti ospedalizzati (QSH). La qualità della chirurgia è stata valutata utilizzando un nuovo punteggio basato sulle linee guida della British Thoracic Society. L'analisi univariata è stata condotta con test parametrici (test di correlazione di Pearson, test *t*) e non parametrici (test U di Mann-Whitney) in base alle caratteristiche dei dati analizzati. La probabilità di sopravvivenza è stata calcolata con il metodo di Kaplan-Meier.

Risultati: Settanta pazienti (età media, 63,7 anni) sono stati inclusi. Una lobectomia è stata effettuata in 62 pazienti e una pneumonectomia in 8. Complessivamente, 28 pazienti hanno avuto una complicanza postoperatoria. La sopravvivenza ad un anno dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio I/II e IIIA è stata rispettivamente dell'84% e del 58%. Il punteggio globale relativo alla soddisfazione dei pazienti relativamente al personale e alla struttura (media \pm DS) era pari a $78 \pm 13/100$ e a $69 \pm 13/100$. Il punteggio medio relativamente alla qualità del trattamento chirurgico era di $88,7/100$ (intervallo, da 51 a 100). L'assenza di complicanze postoperatorie si correlava in maniera significativa con un livello elevato di soddisfazione del paziente nei confronti della struttura ospedaliera ($r = 0,30$, $p < 0,05$). Altri parametri relativi alla soddisfazione del paziente non si correlavano in maniera significativa con la qualità della selezione preoperatoria o con l'intervento chirurgico ($r < 0,20$).

Conclusioni: In considerazione dell'assenza di una correlazione statisticamente significativa, il presente studio non sostiene un rapporto diretto tra la qualità dell'assistenza sanitaria e la soddisfazione del paziente. Nonostante questo, la soddisfazione del paziente dovrebbe essere integrata piuttosto che sostituita nella valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, che dovrebbe essere ulteriormente sviluppata.

(CHEST Edizione Italiana 2005; 4:54-60)

Parole chiave: carcinoma polmonare non a piccole cellule; soddisfazione del paziente; complicanza postoperatoria; qualità del trattamento; chirurgia toracica

Abbreviazioni: NSCLC = carcinoma polmonare non a piccole cellule; QSH = questionario per la valutazione della soddisfazione dei pazienti operati

*Dalla Facoltà di Medicina, Université de la Méditerranée, Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, Divisioni di Oncologia Toracica (Dott. Barlési) e Chirurgia Toracica (Dott. Doddoli, Dott. Thomas), Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille; e Facoltà di Medicina, Université de la Méditerranée Laboratoire de Santé Publique (Dott. Barlési, Boyer, Antoniotti, e Auquier), Evaluation Hospitalière EA3279, Marseille, Francia. Manoscritto ricevuto il 2 febbraio 2005; revisione accettata il 28 maggio 2005.

La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians (www.chestjournal.org/misc/reprints.shtml).

Corrispondenza: Fabrice Barlési, MD, Service d'Oncologie Thoracique, Fédération des Maladies Respiratoires, Hôpital Sainte-Marguerite, 270, Bd de Sainte-Marguerite, 13274 Marseille Cedex 09, France; e-mail: fabrice.barlesi@mail.ap-hm.fr

(CHEST 2005; 128:3475-3481)

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria costituisce un obiettivo quotidiano sia per gli enti statali che per i professionisti che lavorano nell'ambito della sanità. Un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria è ovviamente atteso in primo luogo dai pazienti. Una definizione semplificata di buona assistenza sanitaria potrebbe essere il raggiungimento dei "risultati terapeutici desiderati" che sono "in linea con le conoscenze professionali attuali". Tuttavia, la qualità dell'assistenza sanitaria viene messa in relazione dai professionisti della sanità principalmente con il mantenimento di un livello corrispondente

allo "stato dell'arte", mentre i pazienti auspicano un trattamento che raggiunga o che superi le proprie aspettative.^{1,2}

La valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria è di per sé difficoltosa. In effetti, i professionisti della sanità non hanno a disposizione criteri rigorosi per definire una procedura che risponda alla migliore qualità di trattamento ottenibile. La migliore qualità di trattamento possibile potrebbe essere costituita da una procedura standardizzata sotto il controllo di società medico scientifiche o da procedure che rispondono a linee guida pubblicate.³

La valutazione della soddisfazione del paziente è stata tuttavia studiata in maniera estensiva nei decenni passati, come evidenziato dal numero di pubblicazioni sull'argomento (3038 pubblicazioni citate su PubMed dal 1973 al 2004 di cui l'85% pubblicate dal 1993). Di conseguenza, strumenti validati per misurare la soddisfazione del paziente sono stati sviluppati nell'ambito della letteratura inglese^{1,2} e francese.⁴⁻⁶

In effetti, la soddisfazione del paziente è stata proposta come espressione della qualità dell'assistenza sanitaria ed è considerata come possibile misura della qualità del trattamento. L'uso diffuso del questionario per la valutazione della soddisfazione del paziente e la tendenza a considerare la soddisfazione del paziente come obiettivo dell'assistenza sanitaria sono determinati da un insieme di ragioni quali i limiti degli indicatori tradizionali che valutano il risultato dei trattamenti sanitari, la relativa facilità di utilizzo degli indici che valutano la soddisfazione del paziente, l'evoluzione del rapporto tra medico e paziente e la "democratizzazione dei servizi sanitari".⁷ Pertanto, si è fatta strada la possibilità di assimilare la qualità della cura con la soddisfazione del paziente. Il presente studio è stato perciò condotto per valutare il reale rapporto tra la qualità del trattamento e la soddisfazione del paziente in un campione di pazienti sottoposti ad intervento di chirurgia toracica per carcinoma broncogeno non a piccole cellule.

MATERIALI E METODI

Pazienti

Questo studio prospettico è stato condotto in un ospedale universitario durante un periodo di 24 mesi a partire dal maggio 2002. Sono stati inclusi nello studio pazienti con età superiore a 18 anni sottoposti ad intervento standard di chirurgia toracica come solo trattamento per un carcinoma broncogeno non a piccole cellule. Il protocollo dello studio è stato approvato dal comitato etico istituzionale. Tutti i pazienti hanno dato un consenso informato scritto allo studio.

Soddisfazione del paziente

La soddisfazione del paziente è stata misurata utilizzando il questionario per la valutazione della soddisfazione dei pazienti ospedalizzati (QSH) [Appendice].⁴ Ai pazienti è stato richiesto di completare il questionario nell'ultimo giorno di ricovero ospedaliero. Il questionario QSH è uno strumento autosomministrato che misura la soddisfazione del paziente relativamente al trattamento nei reparti medici o chirurgici. Il QSH è una scala di otto livelli che include 37 item (questiti): equipe medica (7 item), equipe infermieristica (7 item), altro personale (5 item), identificazione del personale (3 item), accettazione (6 item), sistemazione in camera (4 item), cibo (3 item) e tempo d'attesa (2 item). Inoltre, sono stati calcolati i seguenti due altri punteggi compositi: l'indice relativo all'equipe, che includeva l'equipe medica, l'equipe infermieristica, l'altro personale, l'identificazione del personale e la parte relativa all'accettazione e l'indice relativo alla struttura, che includeva la sistemazione alberghiera, il cibo e il tempo d'attesa. I punteggi sono stati calcolati per tutti gli otto parametri e per i due punteggi compositi sulla base della media degli item corrispondenti. Tutti i punteggi sono stati standardizzati da 0 (insoddisfacente) a 100 (eccellente).

Qualità del trattamento

Dato che non esiste una definizione accettata di qualità del trattamento "standard" in molti dei campi della chirurgia toracica, abbiamo distinto i seguenti elementi: (1) il processo di selezione preoperatoria, (2) l'intervento chirurgico e (3) il verificarsi di complicanze postoperatorie. Relativamente al processo di selezione preoperatoria, la valutazione della selezione dei candidati per la chirurgia è stata basata sull'attinenza alle linee guida pubblicate.⁸ Sono stati presi in considerazione 18 item, che hanno costituito un primo punteggio. La valutazione dell'intervento chirurgico è stata basata sui seguenti principi. In primo luogo, la resezione anatomica (lobectomia o pneumonectomia) è stata considerata come trattamento standard nei pazienti in buone condizioni generali, escludendo pertanto la resezione atipica.⁹ In secondo luogo, il rinforzo di routine della sutura del bronco principale nel caso di una pneumonectomia destra allo scopo di ridurre il rischio particolarmente elevato di fistola bronco-pleurica postoperatoria è stato considerato come buona pratica per prevenire gravi complicanze postoperatorie.¹⁰ In terzo luogo, una linfadenectomia mediastinica di routine è stata considerata come componente essenziale della chirurgia del carcinoma non a piccole cellule.^{11,12} Un secondo punteggio ha considerato tutti questi item. Inoltre, la descrizione dell'intervento doveva includere la descrizione della neoplasia e dei suoi rapporti con le strutture anatomiche circostanti, la giustificazione da parte del chirurgo per la scelta del tipo di resezione effettuata, la radicalità della resezione e la descrizione delle stazioni linfonodali asportate in accordo con la classificazione dell'American Joint Committee on Cancer.¹³ Assieme alla valutazione dell'intervento chirurgico, abbiamo esaminato il referto dell'anatomia patologica, che doveva descrivere il rapporto tra tumore e scissura, pleura viscerale, parete toracica e strutture dell'ilo, e la presenza di invasioni vascolari e/o di noduli satelliti. Il referto istologico doveva anche includere l'esame dei margini di resezione per identificare una potenziale resezione microscopicamente incompleta. Infine, l'esame istologico doveva fornire l'esito della linfadenectomia (sede e rapporto tra linfonodi interessati dalla neoplasia e linfonodi asportati) classificati come N0, N1 e N2.¹³ Un terzo punteggio ha considerato tutti questi item. L'incidenza di complicanze postoperatorie è stata esaminata e quantificata. Infine, la qualità del trattamento chirurgico è stata espressa come una combinazione di ognuno dei quattro punteggi precedentemente menzionati. La media di questi sottopunteggi è stata calcolata e rapportata tra 0 (scarsa qualità) e 100 (qualità eccellente).

Tabella 1—Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti

Caratteristiche	N. (%)
Sesso (maschio/femmina)	54 (77)/16 (23)
Fumatori e fumatori progressi	57 (81)
Comorbidità	
Arteriosclerosi	10 (14)
BPCO	8 (11)
Diabete	5 (7)
Altro*	14 (20)
Presentazione	
Sintomatico	29 (41)
Asintomatico	41 (59)
Stadio (International Union Against Cancer)	48 (69)/22 (31)
I-II/IIIA	
Performance Status Eastern Cooperative	65 (93)/5 (7)
Oncology Group 0/1	
Istologia	
Adenocarcinoma	44 (63)
Carcinoma squamocellulare	16 (23)
Carcinoma a grandi cellule	10 (14)

*Inclusa insufficienza renale, malattie reumatologiche.

Dolore postoperatorio

A tutti i pazienti è stato somministrato fentanyl e.v. nel periodo postoperatorio mediante analgesia controllata dal paziente (PCA). La valutazione del dolore postoperatorio è stata effettuata come nella pratica quotidiana utilizzando una scala analogica visiva.

Analisi statistica

Dopo aver calcolato i punteggi relativi alla qualità dell'assistenza e alla soddisfazione del paziente, un'analisi univariata è stata effettuata utilizzando test parametrici (t test, correlazione

di Perason) e non parametrici (test U di Mann-Whitney) secondo le caratteristiche dei dati. I dati di sopravvivenza sono stati aggiornati al novembre 2004. Due pazienti sono stati persi al follow-up. La sopravvivenza complessiva è stata definita come la sopravvivenza dalla data della chirurgia alla data del decesso per qualunque causa. I pazienti che erano vivi al momento dell'ultimo follow-up sono stati censiti a quella data. La probabilità di sopravvivenza è stata stimata utilizzando il metodo di Kaplan-Meier. La significatività statistica è stata definita come $p < 0,05$. L'analisi statistica è stata eseguita utilizzando un software statistico (SPSS versione 10.1; SPSS; Chicago, IL).

RISULTATI

Pazienti

Un totale di 70 pazienti ricoverati ha partecipato a questo studio prospettico. Le principali caratteristiche socio-demografiche sono riassunte nella Tabella 1. L'età media dei pazienti era di 63,7 anni (intervallo da 31 a 80 anni). Ventuno pazienti (30%) erano fumatori attivi (mediana, 39 pacchetti-anno; intervallo da 5 a 120 pacchetti-anno). Quarantanove pazienti (74%) erano sposati o convivevano. Venti pazienti (31%) avevano completato la scuola media superiore od un livello di studio più elevato. Complessivamente, 52 pazienti (78%) non svolgevano attività lavorativa: 44 pazienti (66%) erano in pensione e 8 pazienti (12%) erano disoccupati. La degenza mediana è stata di 13 giorni.

Intervento chirurgico e complicanze postoperatorie

La resezione chirurgia è consistita in una lobectomia in 62 pazienti (89%) ed in una pneumonectomia

Tabella 2—Risultati relativi alla soddisfazione del paziente con riferimento al personale valutati con il QSH*

Variabili	Assistenza medica	Assistenza infermieristica	Altro	Identificazione del personale	Accettazione in ospedale	Indice globale del personale
Popolazione globale	81 (15,8)	80 (16,8)	78 (15,7)	73 (19,8)	80 (13,0)	78 (13,2)
Sesso						
Maschile	81 (12,4)	80 (16,1)	78 (11,6)	72 (18,3)	81 (9,2)	78 (9,8)
Femminile	82 (24,3)	80 (21,9)	78 (25,3)	74 (24,4)	79 (21,4)	78 (22,0)
Età, anni						
≤ 65	80 (12,7)	79 (16,2)	80 (12,6)	72 (13,8)	82 (9,8)	78 (10,0)
> 65	84 (18,9)	81 (17,7)	78 (18,9)	74 (23,6)	79 (16,4)	79 (17,4)
Stato civile						
Celibe/nubile	84 (15,2)	80 (13,5)	82 (11,2)	75 (14,7)	81 (10,8)	80 (9,4)
Altro	80 (16,1)	80 (18,1)	77 (17,1)	72 (21,6)	80 (14,0)	78 (13,7)
Livello educativo						
Basso	84 (12,4)	83 (13,4)	81 (12,1)	76 (18,7)	83 (9,8)	82 (9,6)
Alto	76 (21,4)	73 (21,4)	73 (20,9)	64 (20,4)	75 (17,7)	71 (18,7)
Status lavorativo						
Impiegato	83 (11,6)	82 (11,3)	78 (10,2)	75 (17,9)	84 (10,2)	80 (10,1)
Altro	81 (15,6)	80 (17,8)	79 (17,2)	73 (20,3)	79 (13,7)	78 (14,7)

*I dati sono riportati come N. (%).

Tabella 3—Risultati relativi alla soddisfazione del paziente con riferimento alla struttura valutati con il QSH*

Variabili	Camera di degenza	Alimentazione	Tempo di attesa	Indice globale della struttura
Popolazione globale	75 (15,1)	63 (19,2)	71 (16,2)	69 (13,1)
Sesso				
Maschile	76 (14,8)	67 (15,8)	71 (15,4)	71 (10,4)
Femminile	71 (16,0)	53 (26,3)	70 (17,7)	64 (16,2)
Età, anni				
≤ 65	76 (13,2)	66 (18,9)	73 (13,7)	71 (10,2)
> 65	75 (17,3)	60 (19,2)	69 (18,8)	68 (13,9)
Stato civile				
Celibe/nubile	76 (14,5)	61 (21,2)	67 (18,3)	67 (12,8)
Altro	74 (15,4)	65 (18,5)	73 (15,2)	70 (11,9)
Livello educativo				
Basso	77 (14,7)	62 (18,3)	71 (15,5)	70 (10,8)
Alto	72 (16,0)	66 (21,3)	70 (18,3)	69 (14,9)
Status lavorativo				
Impiegato	76 (13,6)	63 (20,8)	72 (13,5)	69 (12,6)
Altro	75 (15,9)	65 (16,1)	71 (15,8)	70 (8,1)

*I dati sono riportati come medie (DS).

in 8 pazienti (11%). Nessun paziente è deceduto a causa dell'intervento. Complessivamente, 28 pazienti (40%) hanno avuto complicanze postoperatorie. Quattro pazienti hanno avuto complicanze maggiori: due sono stati sottoposti a reintervento (emotorace e fistola broncopleurica rispettivamente) ed altri due sono stati sottoposti a trattamento medico (polmonite con necessità di ventilazione invasiva). Ventiquattro pazienti hanno avuto complicanze minori: ostruzione bronchiale trattata con fisioterapia (n = 10), aritmia (n = 7), paralisi del nervo laringeo ricorrente (n = 6) e insufficienza renale (n = 1).

Soddisfazione del paziente

I risultati relativi alla soddisfazione del paziente vengono forniti in Tabella 2 e 3. Sesso, età e stato civile non influenzano significativamente il grado di soddisfazione. Tuttavia, al livello d'istruzione più basso corrispondeva a una migliore soddisfazione del paziente rispetto a infermieri (punteggio medio pari a 83 per pazienti con un livello d'istruzione più basso vs 72 per pazienti con un livello d'istruzione più alto, $p = 0,05$ con il test U Mann-Whitney) e ad altro personale (punteggio medio pari a 81,4 per

pazienti con un livello d'istruzione più basso vs 72 per pazienti con un livello d'istruzione più alto, $p = 0,05$ con il test U Mann-Whitney). Il livello d'istruzione ha influenzato anche il grado di soddisfazione del paziente rispetto al personale medico (punteggio medio pari a 83 per pazienti con un livello d'istruzione più basso vs 76 per pazienti con un livello d'istruzione più alto, $p = 0,09$ con il test U Mann-Whitney) senza raggiungere rilevanza.

Qualità del trattamento

I risultati della valutazione della qualità del trattamento sono descritti nella Tabella 4. È stata riscontrata una correlazione significativa tra la qualità del processo di selezione preoperatoria e la qualità dell'intervento chirurgico ($r = 0,475$; $p < 0,0001$). Il punteggio globale della qualità del trattamento si correlava con la qualità del processo di selezione preoperatoria ($r = 0,76$, $p < 0,0001$), con la qualità dell'intervento chirurgico ($r = 0,85$, $p < 0,0001$) e con la qualità del decorso postoperatorio ($r = -0,33$, $p = 0,004$).

Relazione tra qualità del trattamento e soddisfazione del paziente

All'analisi univariata, è stata riscontrata una correlazione positiva statisticamente significativa tra il punteggio relativo alla qualità del trattamento nel periodo postoperatorio e l'indice globale per la struttura ($r = 0,30$, $p < 0,05$), il che significa che i pazienti sono più soddisfatti della struttura quando non avvengono complicanze postoperatorie. Nessun altro aspetto relativo alla soddisfazione del paziente si correlava in maniera significativa con qualità del processo di selezione preoperatorio o con l'intervento chirurgico ($r < 0,20$).

Tabella 4—Valutazione della qualità del trattamento chirurgico

Variabili/100	Media	DS	Intervallo
Processo di selezione preoperatoria	96,48	6,36	77–100
Intervento chirurgico	88,57	32,04	0–100
Referto istologico	91,33	9,52	45–100
Decorso postoperatorio	78,57	24,92	25–100
Punteggio complessivo	88,74	11,43	51–100

Dolore postoperatorio

Tutti i pazienti inclusi nello studio hanno descritto un buon controllo del dolore postoperatorio con un punteggio della scala analogia visiva ≤ 3 dopo il trattamento.

Sopravvivenza

Al momento dell'analisi, 14 pazienti erano deceduti. Il follow-up mediano era di 20,1 mesi. Il follow-up mediano per i pazienti con carcinoma non a piccole cellule in stadio I-II e IIIA era rispettivamente di 28,9 mesi (intervallo di confidenza del 95%, da 25,9 a 32,08 mesi) e 12,5 mesi (intervallo di confidenza del 95%, da 5,06 a 16,2 mesi). La sopravvivenza ad un anno per i pazienti con carcinoma non a piccole cellule in stadio I-II e IIIA era rispettivamente dell'84% e del 58%.

DISCUSSIONE

Gli enti statali ed i professionisti che si occupano della sanità auspicano di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Tuttavia, la valutazione della qualità del trattamento coinvolge molteplici aspetti e rende estremamente difficoltosa una valutazione completa e certa della qualità dell'assistenza. Inoltre, in considerazione della giusta importanza che viene attualmente attribuita al punto di vista del paziente, si è fatta strada la possibilità di assimilare la qualità del trattamento alla soddisfazione del paziente. Il presente studio non supporta tuttavia una diretta correlazione tra qualità del trattamento e soddisfazione del paziente. Nessun parametro relativo alla soddisfazione del paziente si correlava in maniera significativa con la qualità del processo di selezione preoperatoria o con l'intervento chirurgico ($r > 0,20$). Solo un aspetto relativo alla soddisfazione del paziente sembrerebbe correlarsi alla qualità del trattamento, dato che l'assenza di complicanze postoperatorie si correlava significativamente con un elevato livello di soddisfazione relativamente alla struttura ospedaliera ($r = 0,30$, $p < 0,05$).

I pazienti affetti da carcinoma broncogeno non a piccole cellule che hanno partecipato a questo studio prospettico erano prevalentemente maschi, fumatori attivi o pregressi, avevano un buon performance status e sono stati sottoposti ad intervento chirurgico, consistito prevalentemente in una lobectomia. Pertanto, nonostante un'incidenza lievemente maggiore di adenocarcinoma, questi pazienti avevano caratteristiche analoghe a quelle usualmente descritte in letteratura.¹⁴ Inoltre, le sopravvivenze ad un anno per i pazienti in stadio I-II e IIIA, rispettivamente dell'85% e del 58% sono in linea con i risultati precedentemente pubblicati.¹⁵ Riassu-

mendo, anche se solo un gruppo limitato di pazienti ha partecipato allo studio, essi dovrebbero essere considerati come un campione rappresentativo dei pazienti con carcinoma non a piccole cellule trattati con la chirurgia.

In letteratura sono stati identificati sei strumenti multidimensionali principali per la valutazione della soddisfazione del paziente. Tre di essi sono stati sviluppati nella letteratura inglese, il "Patient Judgment of Hospital Quality",^{16,17} il "Quality of Care Questionnaire"¹⁸ e il "La Monica Oberst Patient Satisfaction Scale"¹⁹; e tre sono stati sviluppati nell'ambito della letteratura francese, tra cui il QSH⁴ e due altri questionari relativi al ricovero.^{5,6} Abbiamo preferito un questionario francese per questo studio. In effetti, l'aspettativa del paziente, la sua percezione e le priorità variano ampiamente tra i diversi paesi in base a differenze culturali e dei sistemi sanitari. Data la specificità del sistema sanitario francese (libera scelta dei medici, sistema assicurativo sanitario), un questionario nordamericano non sarebbe stato facilmente adattabile. Inoltre, dato che i pazienti sono in grado di fornire informazioni rilevanti solo per quanto si riferisce alla propria soddisfazione, la valutazione dovrebbe derivare direttamente dalle preoccupazioni e dalla percezione del paziente. Dato che le opinioni di esperti sono state incluse nello sviluppo degli item di tutti i questionari ad eccezione del QSH, abbiamo preferito utilizzare quest'ultimo strumento.

La valutazione della qualità della chirurgia toracica dovrebbe essere considerata con cautela. In effetti, l'eterogeneità dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule non consente di avere una definizione prestabilita di una "buona" o "migliore" chirurgia toracica da eseguire. Per questo, le società internazionali di chirurgia toracica hanno sviluppato linee guida che riassumono gli standard (quando disponibili), ma anche opzioni e raccomandazioni.^{8,20-23} Queste linee guida potrebbero essere pertanto considerate come un'espressione di chirurgia toracica di buona qualità. Abbiamo scelto le linee guida della British Thoracic Society per due ragioni. In primo luogo, erano le linee guida pubblicate più di recente al momento dello studio. In secondo luogo, esse considerano linee guida sia per la selezione dei pazienti che per il trattamento chirurgico. Si dovrebbe notare che le linee guida pubblicate successivamente non avevano differenze significative con quelle della British Thoracic Society.²⁴⁻²⁶ Pertanto, anche se in qualche maniera discutibile, potrebbe essere utile la valutazione della qualità della chirurgia in base all'analogia con le linee guida accettate.

Tuttavia, con riferimento ai risultati riportati, la sostituzione della valutazione dell'assistenza sanitaria con la soddisfazione del paziente non può essere

supportata. La soddisfazione del paziente è un riflesso della valutazione del cliente in riferimento alla qualità dell'assistenza ricevuta rispetto ad uno standard soggettivo che riflette le aspettative complessive. In effetti, la soddisfazione del paziente può essere influenzata da numerosi fattori. In primo luogo, uno stato di salute più compromesso e la gravità della malattia sono frequentemente associati ad un minor grado di soddisfazione.^{3,27,28} Comprensibilmente, la soddisfazione è stata influenzata negativamente nei nostri pazienti che hanno avuto complicanze postoperatorie ($r = 0,30$, $p > 0,50$). Nonostante questo, l'associazione tra complicanze postoperatorie ed un livello più basso di qualità di trattamento era poco verosimile.²⁹ In secondo luogo, la soddisfazione del paziente viene più verosimilmente influenzata dallo stato di salute generale attuale che dai miglioramenti potenziali a lungo termine della salute.^{30,31} Tuttavia, la chirurgia toracica per tumore del polmone ha come obiettivo la sopravvivenza a lungo termine, pur a fronte di effetti collaterali anche significativi a breve termine. In terzo luogo, la soddisfazione del paziente viene influenzata in maniera marcata dal rapporto medico-paziente,³² che costituisce tuttavia solo una parte del trattamento sanitario complessivo. Riassumendo, la soddisfazione del paziente dovrebbe essere tenuta in conto più come un supplemento di dati che come un'alternativa della valutazione della qualità del trattamento.

Nonostante le restrizioni riguardanti la correlazione con la qualità del trattamento, la valutazione della soddisfazione del paziente rimane importante, in primo luogo, per scopi sanitari, dato che la soddisfazione del paziente influenza positivamente la compliance al trattamento,³³ e, in secondo luogo, per la valutazione del trattamento stesso, dato che il punto di vista del paziente riguardo all'esperienza del trattamento e dei risultati può variare in maniera significativa da quelli dei professionisti sanitari e potrebbe costituire uno strumento per migliorare la qualità del trattamento sanitario.^{34,35} Dovrebbe essere pertanto eseguita una valutazione ripetuta della soddisfazione del paziente durante il trattamento. In conclusione, la soddisfazione del paziente dovrebbe essere integrata e non costituire un'alternativa nella valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria, che richiede un ulteriore sviluppo.

APPENDICE

QSH

Risponda ad ogni domanda con un punteggio da 1 a 5: 1 = meglio di quanto si aspettava; 2 = come si aspettava; 3 = un poco peggio di quanto si aspettava; 4 = peggio di quanto si aspettava; 5 = molto peggio di quanto si aspettava.

All'arrivo in ospedale, il personale amministrativo:

1. Mi ha registrato rapidamente
2. È stato gentile e disponibile

All'arrivo in ospedale:

3. Ho percepito un buon coordinamento tra reparti amministrativi

All'arrivo in reparto di degenza, il personale:

4. Mi ha rapidamente preso in carico
5. Mi ha accolto calorosamente

All'arrivo in ospedale, mi è sembrato che:

6. Il personale sapesse che stavo arrivando

Durante la degenza, il personale medico:

7. Si è qualificato (nome, ruolo)
8. Comunicava con me in maniera comprensibile
9. Mi ha prestato attenzione e ha considerato le mie necessità
10. Ha guadagnato la mia fiducia e mi ha rassicurato
11. Mi ha visitato regolarmente
12. È venuto ogni volta che ne avevo bisogno
13. Mi ha prestato completa attenzione
14. Ha risposto a tutte le mie domande

Durante la degenza, il personale infermieristico:

15. Si è qualificato (nome, ruolo)
16. Comunicava con me in maniera comprensibile
17. Mi ha prestato attenzione e ha considerato le mie necessità
18. Ha guadagnato la mia fiducia e mi ha rassicurato
19. Mi ha prestato completa attenzione
20. Condivideva le informazioni su di me con gli altri membri dell'equipe infermieristica

21. Mi ha aiutato nelle attività quotidiane

22. Ha rispettato la mia privacy

Durante la degenza, il restante personale:

23. Si è qualificato (nome, ruolo)
24. Mi ha prestato attenzione e ha considerato le mie necessità
25. Veniva rapidamente nella mia camera quando necessario
26. Mi ha accolto gentilmente
27. Mi ha aiutato nelle attività quotidiane
28. Ha svolto il proprio lavoro coscientemente

Durante la degenza, il tempo di attesa era adeguato:

29. Prima di andare o tornare dalle visite ambulatoriali o dalla sala operatoria

30. Quando sono stato accolto negli ambulatori o in sala operatoria

Durante la degenza la mia camera di degenza:

31. Veniva pulita in maniera adeguata
32. Era ben attrezzata

Durante la degenza, il mio bagno:

33. Veniva pulito in maniera adeguata
34. era dentro o vicino alla camera di degenza

Durante la mia degenza, il cibo:

35. Era di buona qualità
36. Era in buona quantità
37. Era adeguato alle mie necessità (religione, trattamento, comorbidità).

BIBLIOGRAFIA

- 1 Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45:1829-1843
- 2 Crow R, Gage H, Hampson S, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6:1-244
- 3 Smith TJ, Hillner BE. Ensuring quality cancer care by the use of clinical practice guidelines and critical pathways. *J Clin Oncol* 2001; 19:2886-2897

- 4 Antoniotti S, Labarère J, Gerbaud L, et al. Validation of a French hospitalized patient satisfaction: QSH [abstract]. *Qual Life Res* 2001; 10:259
- 5 Salomon L, Gasquet I, Mesbah M. Construction of a scale measuring inpatients' opinion on quality of care. *Int J Qual Health Care* 1999; 11:507–516
- 6 Labarère J, François P, Auquier P. Development of a French inpatient satisfaction questionnaire. *Int J Qual Health Care* 2001; 13:99–108
- 7 Boyer L, Antoniotti S, Auquier P. Evaluation de la satisfaction des patients: quels enjeux? *J Econ Med* 2003; 21:445–447
- 8 British Thoracic Society; Society of Cardiothoracic Surgeons of Great Britain and Ireland Working Party. BTS guidelines: guidelines on the selection of patients with lung cancer for surgery. *Thorax* 2001; 56:89–108
- 9 Ginsberg RJ, Rubinstein LV. Randomized trial of lobectomy versus limited resection for T1 N0 non-small cell lung cancer: Lung Cancer Study Group. *Ann Thorac Surg* 1995; 60:615–622
- 10 Martin J, Ginsberg RJ, Abolhoda A, et al. Morbidity and mortality after neoadjuvant therapy for lung cancer: the risks of right pneumonectomy. *Ann Thorac Surg* 2001; 72:1149–1154
- 11 Wu Y, Huang ZF, Wang SY, et al. A randomized trial of systematic nodal dissection in resectable non-small cell lung cancer. *Lung Cancer* 2002; 36:1–6
- 12 Gajra A, Newman N, Gamble GP, et al. Effect of number of lymph nodes sampled on outcome in patients with stage I non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21:1029–1034
- 13 American Joint Committee on Cancer. *AJCC cancer staging manual*. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002
- 14 Janssen-Heijnen ML, Coebergh JW. The changing epidemiology of lung cancer in Europe. *Lung Cancer* 2003; 41:245–258
- 15 Mountain CF. Revisions in the international system for staging lung cancer. *Chest* 1997; 111:1710–1717
- 16 Meterko M, Rubin HR. Patients' judgments of hospital quality: a taxonomy. *Med Care* 1990; 28:S10–S14
- 17 Rubin HR, Ware JE, Nelson EC. The patient judgements of hospital quality (PJHQ) questionnaire. *Med Care* 1990; 28: S17–S18
- 18 Arnetz J, Arnetz B. The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *Int J Qual Health Care* 1996; 8:555–566
- 19 La Monica EL, Oberst MT, Madea AR, et al. Development of a patient satisfaction scale. *Res Nursing Health* 1986; 9:43–50
- 20 Depierre A, Lagrange JL, Theobald S, et al. Standards, options and recommendations for the management of non-small cell lung carcinoma patients. *Bull Cancer* 2003; 90:151–166
- 21 Ginsberg R, Roth J, Fergusson M. Lung cancer surgical practice guidelines: Society of Surgical Oncology practice guidelines. *Oncology (Huntingt)* 1997; 11:889–892, 895
- 22 Updated guidelines (1998) for the diagnosis and staging of bronchogenic carcinoma. Work Group of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery. *Arch Bronconeumol* 1998; 34:437–452
- 23 Recommendations for diagnosis, staging and surgical therapy of bronchial carcinoma. German Society of Pneumology and German Society of Thoracic and Cardiovascular Surgery. *Pneumologie* 1994; 48(Suppl 1):262–269
- 24 Beckles MA, Spiro SG, Colice GL, et al. The physiologic evaluation of patients with lung cancer being considered for resectional surgery. *Chest* 2003; 123(1 Suppl):105S–114S
- 25 Smythe WR. Treatment of stage I non-small cell lung carcinoma. *Chest* 2003; 123(1 Suppl):181S–187S
- 26 Scott WJ, Howington J, Movsas B. Treatment of stage II non-small cell lung cancer. *Chest* 2003; 123(1 Suppl):188S–201S
- 27 Tai CJ, Chu CC, Liang SC, et al. Use of patient satisfaction data in a continuous quality improvement program for endoscopic sinus surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129:210–216
- 28 Schulmeister L, Quiett K, Mayer K. Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patients undergoing outpatient autologous stem cell transplantation. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32:57–67
- 29 Treasure T, Utley M, Bailey A. Assessment of whether in-hospital mortality for lobectomy is a useful standard for the quality of lung cancer surgery: retrospective study. *BMJ* 2003; 327:73–76
- 30 Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997; 35:714–730
- 31 Nijkamp MD, Nuijts RM, Borne B, et al. Determinants of patient satisfaction after cataract surgery in 3 settings. *J Cataract Refract Surg* 2000; 26:1379–1388
- 32 Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction? *Psychooncology* 2003; 12:599–611
- 33 Renzi C, Abeni D, Picardi A, et al. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *Br J Dermatol* 2001; 145:617–623
- 34 Vingerhoets E, Wensing M, Grol R. Educational feedback on patients' evaluations of care: a randomised trial. *Qual Health Care* 2001; 10:224–228
- 35 Wensing M, Vingerhoets E, Grol R. Feedback based on patient evaluations: a tool for quality improvement? *Patient Educ Couns* 2003; 51:149–153