

“I SISTEMI SANITARI TRA VARIABILITÀ E APPROPRIATEZZA”

0. PREMESSA AL DOCUMENTO

0.1. Nella prospettiva della sanità pubblica l'associazione Dedalo '97 intende avviare una riflessione sulla variabilità in medicina e nelle organizzazioni sanitarie.

Riteniamo che “dare un senso” alla gestione della variabilità in medicina contribuisca a dare un senso alla gestione dell'appropriatezza e del miglioramento della qualità.

Questo documento riporta quanto è emerso su questi temi nei tre seminari preparatori del convegno “ I sistemi sanitari tra variabilità e appropriatezza” che si svolge a Roma il 12 e 13 giugno 2008.

0.2 Il convegno si pone quattro obiettivi:

- promuovere la consapevolezza delle molte dimensioni della variabilità,
- apprendere a riconoscerla e a misurarla per “dare senso” alla sua gestione finalizzata all'appropriatezza
- riflettere su quali possono essere gli strumenti più adatti per utilizzarla come fonte di appropriatezza e contrastarla come fonte di sprechi ed errori.
- Validare e integrare il documento “Variabilità e Appropriatezza” proposto dall' Associazione Dedalo97 sulla base dei risultati dei tre seminari preparatori del convegno.

0.3. Per questo il convegno vuole essere interattivo. Riserva i due terzi del tempo disponibile al dibattito al fine di acquisire osservazioni, riflessioni, contributi basate su esperienze e su punti di vista diversi rappresentativi di realtà, situazioni e di professioni diverse che ci permettano di approfondire e meglio chiarire le tematiche presentate in questo documento che, volutamente schematico e non organico, rappresenta un primo working progress .

1. VIVERE NELLA VARIABILITÀ

1.1. La variabilità è parte della natura e dei suoi fenomeni.

Da sempre viviamo in un contesto soggetto a variabilità e la storia della medicina si contraddistingue per il continuo tentativo di ridurre la variabilità.

1.2. Variabilità è la presenza di differenze messe in luce con la misurazione, eventualmente ripetuta, di un fenomeno. La percezione della variabilità da sola non basta. Per conoscerla e prenderne piena consapevolezza serve una sua misurazione.

1.3. La variabilità si concretizza nel momento in cui la misuriamo. Anche se è vero che di fronte alla variabilità spesso è difficile misurare, non possiamo rinunciare alla misurazione.

In sanità ha il suo reciproco nell' appropriatezza delle prestazioni erogate basate su gradi significativi di accordo tra i professionisti e di certezza della loro efficacia.

1.4. Di fatto in medicina e nelle organizzazioni sanitarie la variabilità fa emergere la necessità di indagare la probabilità, più o meno alta, di erogare prestazioni inappropriate e / o di cattiva qualità (*Underuse, Overuse, Misuse* delle risorse disponibili).

Di fronte alla variabilità il professionista sanitario dovrebbe mettersi in discussione. Di fronte alla variabilità è necessario emettere un giudizio.

1.5. La variabilità è disorientante. Apre scenari contraddittori. Obbliga al confronto. E' legata a fattori disparati e spesso insondabili, spesso connaturati allo specifico del modo di essere, della storia e del contesto delle organizzazioni sanitarie, dei professionisti, degli utenti, dei pazienti che le abitano. Emerge come contraddizione quando entra in gioco il caso. Emerge quando non ci sono sufficienti livelli di accordo e certezza. E' fonte di incertezza tecnica e imprevedibilità che determinano difficoltà nel programmare, nello standardizzare e nel mettere sotto controllo le attività e le prestazioni delle organizzazioni sanitarie e dei professionisti sanitari.

1.6. In sanità ed in medicina confrontarsi e misurare la variabilità oggi è inevitabile. Ciò richiede consapevolezza della variabilità e delle sue implicazioni.

Oggi assistiamo al proliferare di sempre nuovi strumenti e metodologie quali l'EBM, le linee guida, l'audit clinico, il technology assessment, il risk management e altri ancora nati dal profondo della medicina e delle professioni sanitarie, generati dall'esigenza di contenere l'incertezza e la variabilità professionale e organizzativa che a loro volta testimoniano della complessità della medicina e delle organizzazioni sanitarie.

2. DARE UN SENSO ALLA VARIABILITÀ

2.1. La variabilità innanzitutto va esplorata e misurata e ciò può riguardare:

- Esiti (efficacia)
- Processi
- Efficienza
- Equità

2.2. La variabilità va colta nella prospettiva dell'appropriatezza e del governo clinico inteso come la ricerca della massima appropriatezza possibile dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate. Quali variabili posso porre sotto controllo? Su quali posso incidere? Genero un vantaggio in termini di appropriatezza e di qualità?

2.3. L'appropriatezza può essere definita come: "La capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, ovvero capaci di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa individuale, familiare e sociale".

2.4. Collegare variabilità e appropriatezza mette in evidenza implicazioni etiche e di equità. Applicare appropriatamente e all'interno delle regole di contesto le migliori conoscenze rappresenta un imperativo etico in quanto "tutti hanno diritto a godere delle migliori condizioni di salute possibili e, di conseguenza, a fruire della migliore assistenza sanitaria disponibile" O.M.S.

3. VARIABILITÀ

3.1 Nel contesto dei sistemi sanitari la variabilità emerge quando a domande di salute simili si danno risposte diverse; quando uno stesso professionista o una stessa organizzazione adottano comportamenti diversi di fronte ad uno stesso paziente o ad una stessa patologia; quando per uno stesso paziente sono possibili più destini; quando sulla base di comportamenti professionali simili o dissimili si hanno risultati ovvero esiti diversi; quando il caso giuoca un ruolo preponderante

3.2 La variabilità è legata ai determinanti più disparati, persone, comportamenti, sesso, età, organizzazione, contesto sociale, biologia, variazione degli standard, conoscenze disponibili, .

3.3 In sanità si presenta come problema diverso, e assume aspetti, significati, diversi e specifici, in funzione del contesto; schematizzando ospedali, distretto, medicina di famiglia.

3.4 *La variabilità è un fenomeno unico.* Variabilità è ricchezza e problema. Rappresenta una realtà composita e multidimensionale in cui si intersecano continuamente essendo tra loro collegate ricorsivamente una "variabilità positiva" (progresso scientifico, innovazione tecnologica, evoluzione, etc.) e una "variabilità negativa" (arretratezza delle conoscenze, inadeguatezza delle strutture, competenze insufficienti o obsolete, etc). E' positiva quella variabilità che porta dei vantaggi (ai pazienti, alla comunità, all'amministrazione, ai professionisti, che porta al cambiamento e a contestualizzare le evidenze scientifiche (linee guida) al singolo paziente All'interno della variabilità l'errore rappresenta la polarità opposta dell'appropriatezza. La variabilità in medicina può sottintendere anche l'arbitrio e la negligenza Variabilità ed appropriatezza sono collegate una con l'altra, una genera l'altra.

3.5 La "variabilità organizzativa" è più direttamente riconducibile alle scelte di governo della sanità e alle scelte aziendali, al modo in cui la struttura sanitaria è realizzata e gestita, al modo in cui i servizi vengono

organizzati ai fini della gestione del paziente, della definizione dei percorsi e della continuità assistenziale. (Le regole che regolano il sistema incidono fortemente sulla variabilità)

3.6 La “variabilità professionale” è più direttamente riconducibile alle scelte, alle competenze e ai comportamenti professionali che riguardano i percorsi diagnostici, le decisioni e i programmi terapeutici e riabilitativi, la presa in carico del paziente.

3.7 Esistono quote di variabilità in parte prevedibili ma non prevenibili, attese ma non controllabili ed esistono quote di variabilità in parte riconoscibili e gestibili in quanto generate dall’organizzazione dei servizi e dai comportamenti professionali.

3.8 La “pseudo variabilità” che è quella che si genera a causa di errori di misurazione/percezione (distorsioni, artefatti, ecc.)

4. LA PERCEZIONE DELLA VARIABILITÀ

4.1 Amministratori, pazienti, operatori sanitari sanno che vi è una grande probabilità che un paziente riceva trattamenti diversi per uno stesso problema se si reca in strutture diverse o se si rivolge a più di un professionista. Quale medico ha ragione? Quali strutture sono più efficienti ed affidabili? Quali pazienti ricevono il trattamento migliore? Quali possono essere le conseguenze sulla salute della variabilità? Tutta la variabilità va eliminata? È possibile adottare qualche rimedio? Quali?

4.2 La risposta a queste domande chiede che si rifletta su alcune ipotesi:

4.2.1 Di fronte alla variabilità gli operatori sanitari tendono a rivendicare l’esperienza come valore e la variabilità come elemento insopprimibile della medicina e dell’essere professionista sanitario e quindi per affermare la loro autonomia professionale e la difficoltà delle metodologie valutative;

4.2.2 la percezione dell’incremento della variabilità da parte delle professioni e dei professionisti spesso appare essere da loro vissuta come una diminuzione della discrezionalità, della possibilità di poter scegliere tra più opzioni e, per reciprocità, da un incremento di coercizione (LEA, DRG, ricovero ordinario, ricovero in day hospital, PAC, percorsi clinico assistenziali, note CAF, …)

4.2.3 L’aumento delle possibili opzioni diagnostiche e terapeutiche se mette in evidenza l’incremento della variabilità sembra generare una resistenza all’ “intrusività” di nuovi attori (manager, esperti, controller, pazienti e loro associazioni) e di nuove metodologie (EBM, linee guida, budget, risk management…) che vengono spesso vissuti come agenti di coercizione e di limitazione dell’autonomia organizzativa e professionale e delle scelte basate sull’esperienza dei professionisti.

4.2.4 oggi il paziente è consapevole che rispetto al suo problema di salute quello che il medico afferma rappresenta solo un modo di interpretare la sua patologia e che ne esistono altri; sa che strutture diverse hanno livelli di affidabilità differenti; ha consapevolezza che non c’è una sola risposta al suo problema spesso è in grado di contrattare consapevolmente decisioni che lo riguardano anche condizionando le scelte professionali;

4.2.5 il management strategico ha un vissuto della variabilità molto contraddittorio. Premesso che le attese della collettività rispetto al buon uso delle risorse riguardano tutti ed in primo luogo gli operatori sanitari, amministratori e top management spesso esprimono e focalizzano la loro attenzione sull’efficienza e sui costi. Il budget, strumento di governo irrinunciabile quando partecipato e condiviso, spesso esprime una volontà di controllo che spesso non supera la soglia dell’indagare sull’appropriatezza organizzativa collegata ad aspetti remunerativi non avendo come fine irrinunciabile quello di indagare la variabilità e l’appropriatezza professionale.

5. **FATTORI DI VARIABILITÀ**

5.1 rapporto Medico (osservatore)/ paziente (osservato): con diversi gradi di intensità ed in funzione di diversi contesti (ospedale, distretto, medicina di famiglia) e di situazioni spesso assai diverse il paziente ha capacità di condizionare il ragionamento clinico e le decisioni del medico.

5.2 *La variabilità è insita nel ragionamento e nel metodo clinico.* Il ragionamento clinico: è probabilistico e dipende da come il medico utilizza e collega le informazioni di cui dispone (anamnesi, esame obiettivo, sintomi, segni, referti di indagini, etc). C'è a monte un problema: le informazioni di cui dispone il medico vanno sempre interpretate dal medico stesso. Un dato è oggettivo se non va interpretato. La tecnologia apparentemente rende i dati più oggettivi e più scientifici, meno soggetti a interpretazione. Spesso il medico dispone di dati frutto dell'interpretazione di altri medici. Spesso, per esempio l'ecografia, nel campo dell'imaging, le tecnologie di cui disponiamo implicano una marcata capacità interpretativa da parte di medici sempre più specializzati in funzione dell'uso di specifiche apparecchiature o tecniche d'uso delle stesse sussistendo ampi margini di "lettura" del dato e di possibilità di errore.

5.3 *Variabilità biologica dei pazienti*

5.4 *Il contesto ed il livello organizzativo in cui si svolgono le attività sanitarie: ospedale, distretto, medicina di famiglia*

5.5 Il profondo mutamento del quadro nosologico (malattie cronico – degenerative multifattoriali...) e del quadro demografico (pazienti anziani, polipatologici...) che esprimono un livello di complessità molto più elevato rispetto alle malattie acute (infettive) sia per quanto riguarda la gestione diagnostica e terapeutica sia per quanto riguarda la gestione ed il ruolo spesso necessariamente attivo del paziente che spesso è coinvolto in lunghi e complessi programmi terapeutici e/o riabilitativi che vedono lo strutturarsi di nuove metodologie ancora difficilmente standardizzabili e comunque meno standardizzabili di molte attività ospedaliere (presa in carico, case manager, care giver, gestione del contesto sociale, continuità assistenziale, mobilitazione delle capacità residue,.....)

5.6 Accelerazione dell'evoluzione delle tecnologie, in esse includendo le procedure assistenziali, i farmaci, i presidi sanitari, le apparecchiature sanitarie.

5.7 Il contesto sociale: modalità di finanziamento, interessi economici, valori sociali dominanti, norme legislative, conseguenze medico-legali, opinion leaders, ...

6. **VERSO L'APPROPRIATEZZA: TENDENZE IN ATTO IN MEDICINA**

6.1 E' merito della geriatria aver innovato profondamente il metodo clinico e il ragionamento clinico con l'introduzione della valutazione multidimensionale che prende in considerazione il malato e non più solo la malattia con l'obiettivo di curare e la malattia ed il malato inteso come persona con più dimensioni e portatore di più patologie colte nella loro interdipendenza.

6.2 Numerose discipline mediche (ad es. oncologia, ematologia, nefrologia) fanno largo uso di protocolli e linee guida che permettono di standardizzare le terapie; si ha un contenimento della variabilità dei trattamenti ed entra in gioco la variabilità del caso clinico ovvero del paziente;

6.3 Lo sviluppo di tecnologie sempre più settoriali ha comportato uno sviluppo sempre più verticalizzato delle specializzazioni mediche (di terza e quarta generazione). Lo sviluppo tecnologico ha permesso progressi in molti settori della medicina portando, secondo una logica riduzionistica, a interventi sempre più scotomizzati, tecnicamente iperspecialistici per risolvere patologie e problemi sempre più localizzati, definiti e specifici, basati su informazioni oggettive e precise che permettono un grado di standardizzazione delle procedure e un grado di confronto degli esiti (ad es. angioplastica, stant,....)

6.4 Si vanno affermando i percorsi clinico-assistenziali basati sulle migliori evidenze e intesi come processi, ovvero come un insieme di azioni coordinate e sequenziali predefinitibili in relazione alla gestione di determinate patologie o di determinati pazienti.

6.5 Vengono sempre più utilizzati i Pacchetti Assistenziali Complessi (PAC), rappresentati da set di prestazioni erogabili a livello ambulatoriale introdotti per ottenere il contenimento dei costi, la tracciabilità dei risultati, il contenimento della variabilità dei comportamenti professionali per diagnosi o interventi sui quali c'è accordo e certezza sia a livello clinico che a livello organizzativo e assistenziale.

6.6 Vi è la tendenza all'inflazione diagnostica. Vi è cioè la tendenza ad usare la tecnologia per ottenere un numero sempre crescente di informazioni da ottenere sulla base di un numero sempre crescente di indagini partendo dal presupposto che esse possano sostituire nella pratica medica il metodo ed il ragionamento clinico.

6.7 In ambito ospedaliero, molto pragmaticamente si può ritenere di competenza internistica quel paziente che per essere gestito richiede più di due specialisti. Assistiamo ad una difficoltà della medicina interna ospedaliera che trovandosi a gestire pazienti polipatologici, cronici, cronici – riacutizzati, fragili non può rinunciare al metodo ed al ragionamento clinico e ha difficoltà ad utilizzare linee guida e protocolli che sono nella generalità dei casi funzionali alla gestione di singole patologie.

7. GLI STRUMENTI DELL'APPROPRIATEZZA

7.1 Promuovere l'appropriatezza è un processo complesso che si avvale di approcci diversi e in parte sovrapponibili, rivolti principalmente verso l'individuo, l'organizzazione o il contesto sociale. Vale, comunque, la pena di ricordare che ad oggi nessuno di questi strumenti sembra superare, con successo, il vaglio delle dimostrazioni di efficacia, almeno rispetto ai canoni tradizionali su cui si basa la ricerca scientifica. È difficile, tuttavia, pensare che essi siano tutti completamente inutili. Nel loro insieme sono tutti correlati e interagenti tra loro anche se possono essere distinti in strumenti volti a promuovere soprattutto l'appropriatezza professionale, in strumenti volti a promuovere l'appropriatezza organizzativa e in strumenti volti a promuovere la capacità del sistema a generare appropriatezza dei comportamenti organizzativi e professionali.

7.2 Tra gli strumenti particolarmente utilizzabili per promuovere lo sviluppo dell'appropriatezza professionale figurano in particolare:

- La medicina delle prove di efficacia (evidence-based medicine)
- La valutazione delle tecnologie sanitarie (health technology assessment)
- La gestione del rischio clinico (risk management)
- I percorsi di clinico assistenziali
- L'audit
- La formazione continua
- Il miglioramento continuo della qualità (VRQ, MCQ)
- Valutazione dei risultati come output ed esiti.

7.3 Tali strumenti hanno, intuitivamente, in comune l'obiettivo di:

- Orientare l'organizzazione all'utenza;
- Focalizzare l'attenzione sulla "produzione", ovvero sulle prestazioni erogate;
- Contenere l'incertezza tecnica e orientare i comportamenti professionali;
- Contrastare la variabilità in medicina;
- Dare concretezza all'azione nel campo della promozione della qualità;
- Promuovere l'integrazione tra operatori e tra le diverse strutture organizzative
- Orientare alla ricerca e neutralizzazione degli sprechi
- Orientare alla ricerca e neutralizzazione degli errori.

7.4 Tra gli strumenti volti a promuovere soprattutto l'appropriatezza organizzativa possono figurare:

- coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni.
- assegnazione di risorse, obiettivi e responsabilità
- adozione di sistemi di controllo correlati a incentivi e sanzioni
- indicatori di performance e benchmarking
- sistemi esterni di valutazione della qualità
- accreditamento istituzionale

7.5 Tra gli strumenti volti a promuovere la capacità del sistema a generare appropriatezza dei comportamenti organizzativi e professionali possono esser ricompresi:

le regole semplici;

il diagramma star

la matrice accordo certezza

lo story telling e la Narrative Based Medicine

I focus group

Learning organization (autoapprendimento organizzativo)

8 CAMBIARE LA PROSPETTIVA SULLA VARIABILITÀ

8.1 Tutti questi strumenti possono essere presi in considerazione riconoscendo che si può cambiare la prospettiva nei confronti della variabilità in medicina e dell'appropriatezza.

8.2 La variabilità va misurata e contenuta se e in quanto cela inapproprietezza.

8.3 E' da favorire un orientamento di facilitazione dei fenomeni positivi e dell'adattamento vantaggioso, dei comportamenti positivi di operatori e pazienti. Questo significa accettare una prospettiva secondo la quale non tutto è dal centro prevedibile e programmabile; che non tutto può essere sotto controllo. Significa accettare l'idea che i sistemi sanitari sono contemporaneamente ordinati e nello stesso tempo disordinati e perciò prevedibili ed imprevedibili; che hanno una struttura organizzativa formale e rispondono a logiche di intelligenza cellulare e distribuita; che vivono della tensione tra l'esigenza di standardizzare per contenere la variabilità e per fare appropriatezza e l'esigenza di sperimentare, innovare la pratica medica corrente con un continuo processo di distruzione e ricostruzione del sapere che genera continuamente variabilità e certezza, certezza e variabilità. I sistemi sanitari hanno una larghissima base professionale. Solo i professionisti possono migliorare quello che essi stessi fanno. Solo i professionisti possono migliorare se stessi. Va ritenuta superata la prospettiva che la "direzione" anche utilizzando staff articolate e investendo nello staff molte risorse possa "fare" qualità, risk management, audit, percorsi, linee guida, appropriatezza, etc. . la prospettiva è di investire in un know how diffuso di competenze relative ai diversi strumenti dell'appropriatezza. La prospettiva è quella di saper utilizzare i diversi strumenti per poter interagire con gli operatori sanitari, con i processi, con l'organizzazione e con il sistema. La prospettiva è quella di promuovere esperienze organizzate (apprendere facendo) ed un contesto (un insieme di fatti e situazioni che rendono possibili determinati comportamenti) che permettano al singolo professionista, ai team di operatori sanitari e al sistema organizzativo in cui operano di elaborare mappe mentali che gli permettano di apprendere a generare qualità, risk management, audit, percorsi, linee guida, appropriatezza, etc.