

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

Appropriatezza: istruzioni per l'uso (I)

Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale

Nell'ultimo decennio, nonostante le alternanze politico-culturali, il termine appropriatezza è stato il filo conduttore dei principali documenti di programmazione sanitaria: dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000 al PSN 2006-2008, attraverso il DL 229/99, il PSN 2003-2005 e la normativa sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), dove si legge che "le prestazioni che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali, se non sono appropriate".

Il termine appropriatezza, riferito a interventi, servizi e prestazioni sanitarie, si articola in una serie di sfumature concettuali che richiedono un preciso inquadramento, al fine di creare un linguaggio comune per tutti gli attori del sistema sanitario: professionisti, decisori, utenti.

1. Definizioni

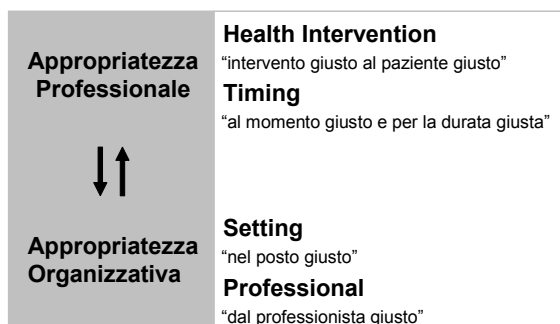
Appropriatezza professionale

Un intervento sanitario è appropriato quando:

- è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza;
- viene prescritto al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata;
- gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici.

Appropriatezza organizzativa

Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato "consumando" un'appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale ed ai professionisti coinvolti.



Pertanto, se l'appropriatezza professionale è condizionata dalle evidenze disponibili sull'efficacia/sicurezza degli interventi sanitari, l'appropriatezza organizzativa incontra il proprio "collo di bottiglia" nelle risorse economiche disponibili.

Dalle definizioni emergono numerosi "peccati originali" che condizionano la robustezza dell'appropriatezza quale indicatore di qualità assistenziale.

Innanzitutto, consistenti prove di efficacia sono disponibili per pochi interventi sanitari, con un netto sbilanciamento di quelle a favore degli interventi terapeutici (farmaci in particolare), rispetto alle tecnologie diagnostiche. In secondo luogo, il profilo beneficio-rischio degli interventi sanitari è sovrastimato da vari fattori:

- le evidenze disponibili, che enfatizzano l'efficacia e sottovalutano i rischi degli interventi sanitari, sia perché i trial sono condotti su popolazioni selezionate, sia per l'esistenza di specifici bias (*publication bias*, *outcomes reporting bias*) che tendono sistematicamente a mettere in evidenza i risultati favorevoli e a minimizzare/occultare quelli negativi;
- la percezione dei professionisti, non raramente distorta da varie tipologie di conflitti d'interesse;
- i criteri poco rigorosi che autorizzano l'immissione sul mercato delle tecnologie sanitarie;
- il consumismo sanitario che influenza la domanda di prestazioni da parte degli utenti.

Infine, efficacia, costo-efficacia ed efficienza degli standard organizzativi sono supportate da evidenze molto limitate e difficilmente generalizzabili. Pertanto, se è relativamente semplice identificare gli interventi sanitari futuri e quelli indispensabili, l'appropriatezza delle innumerevoli tecnologie che congestionano il mercato della salute sfuma in una scala di grigi, dove non è semplice tracciare nette delimitazioni.

2. Appropriatezza generica e specifica

Costituiscono due livelli di dettaglio per valutare l'aderenza alle raccomandazioni cliniche delle linee guida. Ad esempio, se 98/100 pazienti sottoposti a intervento di protesi d'anca hanno ricevuto eparina a basso peso molecolare per la profilassi della tromboembolia, il tasso di appropriatezza generica è del 98%. Tuttavia, nel 15% dei pazienti il dosaggio era inappropriato in relazione al peso corporeo, nel 30% la profilassi è stata praticata la mattina stessa dell'intervento (invece che almeno 8-12 ore prima) e nel 50% il farmaco è stato sospeso alla dimissione (invece che protratto per 3-4 settimane). Pertanto, se utilizzando criteri di appropriatezza generici la profilassi è appropriata, l'utilizzo di criteri specifici (dosaggio, timing, durata) documenta considerevoli margini di inappropriata. Ovviamente la possibilità di valutare l'appropriatezza specifica è strettamente legata alla qualità (completezza, accuratezza, riproducibilità) della documentazione clinica o dalla disponibilità di *clinical database*.

3. La visione bidimensionale dell'appropriatezza

Il concetto di appropriatezza, anche se affonda le radici nella qualità professionale, rappresenta una delle modalità per fronteggiare la cronica carenza di risorse, attraverso una loro ottimizzazione. Di conseguenza, professionisti e decisori mantengono una "visione strabica" dell'appropriatezza: riconoscono prevalentemente le inapproprietezze in eccesso (sia professionali, sia organizzative), la cui riduzione può offrire consistenti boccate d'ossigeno al bilancio economico. In realtà, esistono una serie di interventi, servizi e prestazioni sanitarie di provata efficacia largamente sottoutilizzati, la cui necessaria implementazione determina, almeno nel breve e medio termine, un incremento dei costi.

	Erogato	Non Erogato
Appropriato	OK	NO ²
Inappropriato	NO ¹	OK

€

¹ Inappropriatezza in eccesso
² Inappropriatezza in difetto

Pertanto, il riferimento all'appropriatezza per finanziare servizi e prestazioni sanitarie richiede la revisione di due posizioni estreme:

- i professionisti, riconoscendo che numerosi interventi sanitari erogati sono francamente inappropriati, non devono collocare l'appropriatezza tra le strategie dei tagli incondizionati, ma valorizzarla come risorsa di qualità professionale;
- i decisori, accettando che perseguire l'appropriatezza non serve a ridurre i costi, ma solo ad ottimizzare le risorse, devono mettere a fuoco la dimensione dell'inappropriatezza in difetto, per non rallentare la diffusione delle innovazioni di provata efficacia.

Purtroppo, ancora oggi, l'appropriatezza riveste un ruolo limitato nella valutazione e finanziamento delle organizzazioni sanitarie, specialmente se "contrastata" i volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni. Ad esempio, migliorare l'appropriatezza del ricovero nei pazienti con polmonite acquisita in comunità potrebbe non essere conveniente per un'azienda ospedaliera, se comporta una riduzione dell'indice di occupazione dei posti letto.

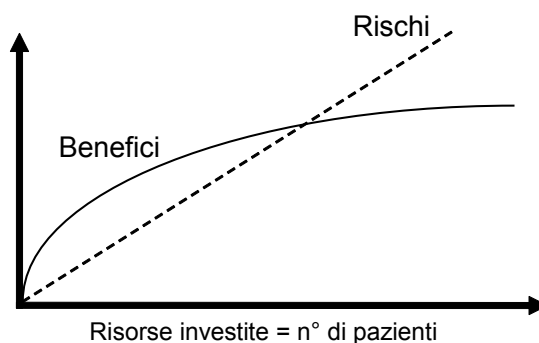
4. Appropriatezza per il paziente individuale vs appropriatezza dell'assistenza sanitaria

Secondo Muir Gray, nella pratica clinica il giudizio di appropriatezza dovrebbe essere condizionato dal profilo rischio-beneficio degli interventi sanitari e dalle preferenze/aspettative del paziente individuale, senza essere influenzato dai costi. Le ragioni di questo apparente paradosso sono molto semplici: integrare le valutazioni economiche nelle decisioni cliniche ostacola un processo decisionale già molto com-

plesso e interferisce con la relazione medico-paziente.

Per le decisioni che riguardano gruppi di pazienti o intere popolazioni, invece, il giudizio di appropriatezza deve assolutamente considerare l'impatto sulle risorse economiche. Poiché a livello di istituzioni centrali il mercato delle tecnologie sanitarie non è regolato da filtri estremamente rigorosi, Regioni e Aziende Sanitarie devono mettere a punto strumenti integrativi (prontuari locali, *technology assessment*), per evitare che i professionisti annaspino in un mercato di seduzioni che rendono ingovernabile la domanda dei cittadini.

Infine, guardando ai diversi modelli di politica sanitaria regionale, vale la pena riprendere la teoria di Donabedian: all'aumentare delle risorse disponibili (incremento del Fondo Sanitario Nazionale, sanità privata, assicurazioni, etc) il sistema è in grado di offrire servizi e prestazioni sanitarie a un numero sempre più elevato di utenti. Questa strategia, oltre a incrementare l'inappropriatezza in eccesso ed enfatizzare le disegualianze tra i vari livelli socio-economici della popolazione, può avere "gravi effetti collaterali".



Donabedian A, 1980

Infatti all'aumento delle risorse investite e al conseguente incremento di pazienti esposti a prestazioni sanitarie, Donabedian avverte che i benefici tendono progressivamente a ridursi, ma i rischi aumentano in maniera esponenziale.

(continua nel prossimo numero)

KEY POINTS

- **Nell'attuazione del governo clinico è indispensabile misurare l'appropriatezza dei processi assistenziali**
- **L'appropriatezza professionale e l'appropriatezza organizzativa si influenzano reciprocamente**
- **La raccolta d'indicatori di appropriatezza specifici è condizionata dalla qualità della documentazione clinica**
- **Tagliare le inappropriatezze in eccesso determina un risparmio di risorse**
- **Attuare le inappropriatezze in difetto richiede investimenti economici**