

## PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

### Appropriatezza: istruzioni per l'uso (II)

Guida al più ambito indicatore di qualità assistenziale

Nel numero precedente abbiamo definito le due varianti di appropriatezza (organizzativa e professionale), specificato le differenze tra appropriatezza generica e specifica e tra appropriatezza per il paziente individuale vs appropriatezza dell'assistenza sanitaria. Completiamo la rassegna analizzando gli strumenti per definire e monitorare l'appropriatezza e stilando un elenco di ostacoli che impediscono alle organizzazioni sanitarie di documentare adeguatamente l'appropriatezza dell'assistenza erogata.

#### 5. Criteri di definizione dell'appropriatezza

Sin dall'inizio degli anni '90, vari ricercatori hanno proposto differenti metodologie di consenso formale per la definizione dei criteri di **appropriatezza professionale**: consensus conference, metodo RAND, metodo Delphi, metodo del gruppo nominale.

Negli ultimi anni, sulla scia dell'EBM, viene enfatizzata la necessità che i criteri di appropriatezza vengano definiti con riferimento esplicito alle migliori evidenze disponibili, adeguatamente "pesate" per la loro qualità metodologica, rilevanza clinica e applicabilità. Pertanto, le linee guida prodotte da gruppi multiprofessionali con rigorosa metodologia evidence-based, previo adattamento locale in percorsi assistenziali, rappresentano lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza professionale e, meno frequentemente, anche organizzativa. In ogni caso, i processi di consenso formale costituiscono sempre uno strumento da utilizzare nelle numerose aree grigie dove le evidenze disponibili (scarse o contraddittorie) non forniscono adeguate certezze.



Per ciò che riguarda l'**appropriatezza organizzativa**, in particolare quella di setting, oltre alle limitate evidenze disponibili sono analizzati i dati d'uso dell'ospedale. In particolare, oltre ai ricoveri urgenti, costituiscono frequente oggetto di studio le procedure chirurgiche, eventi "discreti", più facili da comparare. Queste analisi hanno incrementato gli interventi ambulatoriali e in day-surgery e ridotto la degenza media nei pazienti chirurgici. Minore attenzione ha invece ricevuto l'analisi, molto

più complessa, dell'appropriatezza del ricovero dei pazienti non chirurgici.

Infine, per quanto concerne l'appropriatezza di *professional*, intesa come l'utilizzo appropriato delle risorse umane - in relazione ai costi sostenuti dall'organizzazione sanitaria, il buio... è ancora più pesto.

#### 6. Strumenti per misurare l'appropriatezza

Per l'**appropriatezza professionale** il tallone d'Achille è rappresentato dai sistemi informativi aziendali, costruiti per raccogliere esclusivamente indicatori di efficienza. In particolare, le aziende sanitarie dispongono di report analitici dei "consumi" (farmaci, indagini di laboratorio, radiologiche, strumentali) con possibilità minima/nulla di interrogare i vari database in maniera incrociata alla ricerca di indicatori di appropriatezza: questi, infatti, oltre a non registrare i dati clinici dei pazienti sono spesso affetti da "gravi forme d'incomunicabilità". Considerati i limiti della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) per valutare gli indicatori di appropriatezza professionale e tenuto conto che i *clinical databases* - a eccezione di esperienze isolate - rappresentano un lontano miraggio, la valutazione dell'appropriatezza professionale è legata alla diffusione dell'audit clinico, strumento per monitorare continuamente e sistematicamente la qualità dei processi assistenziali erogati.

Per quanto riguarda la valutazione dell'**appropriatezza organizzativa**, citiamo due strumenti già utilizzati in Italia per valutare l'appropriatezza di setting.

- Il Protocollo di Revisione d'Uso dell'Ospedale (PRUO), il cui obiettivo è valutare l'appropriatezza delle giornate di degenza. Sviluppato - e presto abbandonato - negli Stati Uniti, dopo l'onda di entusiasmo che ha portato alla sua diffusione in Europa e in Italia, oggi è fortemente messo in discussione per la sua scarsa affidabilità.
- Il software Disease Staging che, classificando il paziente ricoverato in 5 livelli di gravità basati sulla severità delle manifestazioni della malattia, considera inappropriati i ricoveri di pazienti appartenenti alle classi meno gravi. Questo strumento è stato già utilizzato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali per una elaborazione dei dati relativi ai 43 DRG "ad alto rischio di inappropriata" in regime di degenza ordinaria.

Infine, analogamente ai criteri di definizione, la letteratura è molto scarna di strumenti per valutare l'appropriatezza d'uso delle risorse umane.

## 7. Problematiche aperte

Numerosi ostacoli impediscono alle organizzazioni sanitarie di documentare adeguatamente l'appropriatezza (in particolare quella professionale) dell'assistenza erogata.

- Non esistono robuste evidenze scientifiche su cui basare i criteri di appropriatezza per tutti gli interventi sanitari.
- La complessità della casistica lascia ampie zone grigie per numerose categorie di pazienti, in particolare quelle poco rappresentate nei trial clinici.
- L'audit clinico, strumento ideale per misurare l'appropriatezza professionale, oltre ad essere poco diffuso nelle organizzazioni sanitarie, viene spesso utilizzato con scopi "ispettivi" e/o "confinato" esclusivamente all'ambito professionale.
- I sistemi informativi aziendali sono inadeguati per la valutazione dell'appropriatezza professionale, sia perché spesso "non comunicanti", sia perché archiviano quasi esclusivamente informazioni relative alla produzione e ai consumi.
- Gli indicatori di appropriatezza ricavati dalla SDO soffrono della sua limitata affidabilità legata a vari fattori: riproducibilità ed errori di codifica, codifiche opportunistiche, *reverse reporting bias*, etc.
- L'appropriatezza professionale riveste ancora un ruolo esiguo nella valutazione e finanziamento delle organizzazioni sanitarie.
- L'appropriatezza organizzativa è un imperativo quando permette di ridurre i costi, ma viene ignorata se "contrasta" i volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni: aumentare l'appropriatezza del ricovero nei pazienti con polmonite acquisita in comunità potrebbe essere "poco conveniente" per un'Azienda ospedaliera perché riduce l'indice di occupazione dei posti letto!
- La visione dell'appropriatezza si mantiene strabica, su posizioni divergenti: i manager sono interessati a ridurre le inapproprietezze in eccesso, al fine di ridurre i costi, mentre i professionisti vogliono diffondere precocemente troppe innovazioni, appellandosi alle inapproprietezze in difetto.

## 8. Conclusioni

Nei sistemi sanitari del terzo millennio è fondamentale che l'erogazione e il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie siano guidati dai criteri di appropriatezza. In Italia, tuttavia, l'appropriatezza perseguita dai documenti normativi è quasi esclusivamente quella organizzativa, con particolare riferimento al setting assistenziale (riduzione dei ricoveri inappropriati). Questo approccio riduzionista rischia di svuotare dei contenuti professionali l'appropriatezza che inizia ad essere percepita come strumento di razionamento, invece che di ottimizzazione delle limitate risorse disponibili.

## KEY POINTS

- **I criteri di appropriatezza professionale derivano principalmente dalla qualità/quantità dalle evidenze scientifiche disponibili**
- **La valutazione dell'appropriatezza professionale richiede la pianificazione di audit clinici e la disponibilità di adeguati sistemi informativi**
- **Le basi scientifiche dei criteri di appropriatezza organizzativa sono molto deboli e gli strumenti di valutazione non sempre accurati**
- **Numerosi ostacoli impediscono alle Aziende sanitarie di misurare l'appropriatezza dell'assistenza erogata**

## Per saperne di più

### Lecture introduttive

- Shekelle PG. Appropriateness criteria: a useful tool for cardiology. *Heart* 2008 Dec 18.
- Anderson GM, Brown AD. Appropriateness ratings. Overuse, underuse, or misuse? *Lancet* 2001;358:1475-6.
- Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med* 2001;344:677-678.
- Hicks NR. Some observations on attempts to measure appropriateness of care. *BMJ* 1994;309:730-3.
- Brook RH. Appropriateness: the next frontier. *BMJ* 1994;308:218-9.
- Phelps CE. The methodologic foundations of studies of the appropriateness of medical care. *N Engl J Med* 1993;329:1241-5.

### Approfondimenti

- Louis D, Taroni F, Melotti R, et al. Increasing appropriateness of hospital admissions in the Emilia-Romagna region of Italy. *J Health Serv Res Policy* 2008;13:202-8.
- Sanmartin C, Murphy K, Choptain N, et al. Appropriateness of healthcare interventions: concepts and scoping of the published literature. *Int J Technol Assess Health Care* 2008;24:342-9.
- Mendelson RM, Murray CP. Towards the appropriate use of diagnostic imaging. *Med J Aust* 2007;187:5-6.
- Thom DH, Kravitz RL, Kelly-Reif S, et al. A new instrument to measure appropriateness of services in primary care. *Int J Qual Health Care* 2004;16:133-40.
- Park RE, Fink A, Brook RH, et al. Physician ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures. *Am J Public Health*. 1986;76:766-72.

### Workshop

- **GIMBE®**. Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali.
- **GIMBE®**. Audit Clinico e Indicatori di Qualità.