

Dalla Letteratura

A CURA DI NATANGELO R.

CHE COSA REGOLA UN SISTEMA SOCIALE E TECNICO COME L'ASSISTENZA SANITARIA

(Braithwaite J, Westbrook J. What makes the health system tick? Intern J Quality Health Care 2010; 22:1-2)

Braithwaite J, Runciman W B, Merry AF. Towards safer, better healthcare: harnessing the natural properties of complex sociotechnical systems. Qual Saf Health Care 2009; 18:37-41)

Nei sistemi sanitari nazionali di oggi vi è una costante attenzione alle strutture formali dell'organizzazione e ai ruoli istituzionali dei soggetti appartenenti ad essa ed una altrettanto ignoranza sulle reti sociali e psicologiche profonde che danno il ritmo al lavoro delle persone - inclusi gli stessi professionisti.

Ma, intuitivamente, è chiaro che le cosiddette inclusioni sociali all'interno delle comunità professionali rendono più contenti i lavoratori e, a loro volta, fanno crescere i successi organizzativi. È molto più facile, per chi ha funzioni di regolatore nel campo della sanità, discutere della ristrutturazione di un sistema formale, che per i ricercatori determinare se e come il cameratismo di un team professionale contribuisca al successo di delicate procedure chirurgiche o di trattamenti medici complessi, e applicare tali conoscenze estesamente. La sfida è di stabilire se le relazioni interpersonali nell'ambito lavorativo - tra amici, colleghi che si rispettano o comunità cliniche multidisciplinari - abbiano influenze misurabili sul benessere dello staff, sull'assistenza prestata e sugli esiti per i pazienti. Molti pensano che ci debba essere una relazione positiva tra le reti cliniche collaborative e i buoni risultati per i malati. Ma c'è un problema: uno studio risolutivo su questo argomento non è mai stato fatto. Un altro problema è che i gruppi produttivi non si possono facilmente orchestrare; altrimenti lo faremmo e basta. Si possono costruire solo col tempo. Nessuno sa la ricetta per il successo. L'alternativa è intensificare le risposte burocratiche e il rischio è di rendere estranei sempre di più i clinici al loro ambiente di lavoro.

A questo punto l'obbiettivo sarà di approfondire come si può regolare di fatto il metronomo dell'assistenza sanitaria.

Al cuore dell'assistenza sanitaria stanno le interazioni tra singoli pazienti e operatori sanitari. Gli Autori propongono che per stimolare le trasformazioni necessarie a migliorare qualità e sicurezza è fondamentale guidare le proprietà naturali che emergono (spesso spontaneamente) all'interfaccia tra componenti sociali (il comportamento umano) e tecniche dei sistemi complessi. Politici e burocrati cercano di dare forma alla pratica clinica con regole ed editti, mentre in realtà essa è plasmata dai comportamenti e dalle attitudini dei sanitari che agiscono sul campo.

Il progresso si ottiene coinvolgendo l'impiego delle reti naturali e lo sfruttamento delle loro caratteristiche. Tali reti rispondono poco o no del tutto alla gestione manageriale convenzionale o alle misure di controllo. Esse sono reticoli di uomini (gruppi di clinici) collegati personalmente o per via delle moderne tecnologie, che agiscono in vario modo, scambiandosi aiuto, informazioni, consulenze allo scopo di gestire insieme i loro pazienti. L'uso di Internet aumenta la loro importanza.

Le reti naturali hanno la caratteristica di essere non simmetriche, irregolari con nodi distribuiti in modo ineguale, con connessioni variabili tra i nodi stessi. Pochi nodi con molte connessioni formano punti centrali (*hubs*). Nelle reti sono collocati così *opinion leaders* che in modo dominante vanno ad influenzare le regole,

gli eventi o le pratiche cliniche.

Senza riguardo all'ampiezza della singola rete, esse hanno un'altra caratteristica, quella dei "piccoli mondi" (*small worlds*); piccole comunità costituite da veloci vie di connessione tra poche persone collocate all'interno di reti più estese. Fare funzionare questi piccoli mondi impiegando pathways naturali non richiede conoscenza personale o di gruppo in ciascun individuo collegato alla catena o una esplicita rappresentazione delle connessioni, *pathways* o gerarchie.

Gli amministratori tentano di diffondere messaggi o influenzare le persone attraverso comunicazioni, e-mail, *meetings*. Ma molte direttive sono disattese. Si dice che ogni messaggio per essere ricordato e seguito deve essere tenace (*sticky*). Sono questi i messaggi che rimangono impressi, sono convincenti ed hanno un'attrattiva naturale (*natural appeal and stickiness*).

Un'idea o messaggio o pratica clinica si propaga naturalmente fino ad emergere ad un determinato momento come massa critica (*tipping point*), sfruttando individui persuasivi, catalitici o messaggi irresistibili. Non sempre è facile arrivare a tale punto.

Per disseminare efficaci misure preventive e strategie correttive essenziale è identificare correttamente i soggetti a rischio o i problemi clinicamente più rilevanti raggruppandoli in data accessibili. Ciò si può attuare ponendo i soggetti in categorie naturali, come avviene nella International *Classification for Patient Safety* australiana. Questo facilita la presa di decisioni e le soluzioni nel campo dei problemi dell'assistenza (*natural mapping*).

Una volta giunti a dare priorità ai problemi attraverso le categorie naturali, i gruppi di clinici devono auto selezionarsi sulla base del loro naturale interesse nell'area in questione, al fine di sviluppare standards clinici e sviluppare strumenti, l'uso dei quali va monitorato da pari. Questo approccio alla fine faciliterà la pratica clinica basata sulle evidenze che molti sono del parere sia al momento scaduta, perché realizzata ora con l'applicazione dei metodi convenzionali.

IN LOMBARDIA, COME SCEGLIE UN CITTADINO L'OSPEDALE DOVE RICOVERARSI?

(Moscone F, Tosetti E, Vittadini G. Social interaction in patients' hospital choice: evidences from Italy. IDEAS, MPRA paper. <http://mpr.ub.uni-muenchen.de/17783>)

Che un paziente, prima di scegliere il medico o l'ospedale in cui farsi curare, abitualmente consulti anche una rete informale di conoscenze come i familiari e gli amici, è cosa risaputa da tempo. Che poi - come nel nostro sistema sanitario - i consigli vengano seguiti perché non vi sono informazioni comparative sulla qualità degli ospedali disponibili per tutti, è abbastanza scontato. A questo punto è di estremo interesse stabilire gli eventuali effetti di questa interazione - che possiamo chiamare "sociale" - sulla qualità erogata dagli ospedali. Se si trova che l'interazione sociale è correlata addirittura negativamente con la qualità, allora le Autorità locali avranno il dovere di intervenire per ridurre questi problemi nell'accesso all'informazione da parte degli utenti.

La ricerca si basa sui dati amministrativi presenti nelle cartelle cliniche; riguarda 144 ospedali lombardi e tutti i 230 mila pazienti che vi sono stati ricoverati per cardiopatia coronarica acuta o cronica, tra gli anni 2004 e 2007. I ricoveri sono stati divisi in "di elezione" e "di urgenza" (attraverso il pronto soccorso). Per questi

ultimi casi difficilmente i pazienti hanno potuto consultare una rete informale di conoscenti e pertanto questo gruppo di pazienti è stato considerato come campione dei soggetti senza fattori d'interazione sociale, mentre i rimanenti (le forme croniche) hanno potenzialmente potuto fare uso di questo genere d'informazioni. Nello studio statistico erano considerate un insieme di variabili, come la distanza dell'ospedale dall'abitazione, le caratteristiche socio-demografiche del singolo paziente, le caratteristiche dell'ospedale, le informazioni cliniche sul paziente.

La stima delle relazioni tra interazione sociale e qualità degli ospedali è stata ricavata *by proxy* da due indicatori di qualità di esito, rappresentati dal ri-ricovero e dalla mortalità a 30 giorni dalla dimissione.

Adottando la mortalità come *proxy* della qualità ospedaliera, l'impiego d'informazioni da parenti e vicini non sembra abbia avuto una qualche influenza sulla probabilità di scegliere un ospedale con elevata qualità dell'assistenza. Quando invece si adotta come indicatore di qualità la riammissione a 30 giorni, i risultati mostrano che più alta è la forza dell'interazione tra individui per un particolare ospedale, più bassa è probabile sia la sua qualità. L'effetto dell'interazione sociale è meno rilevante per gli ospedali più grandi.

L'implicazione di questi risultati è che i responsabili della Regione Lombardia dovrebbero promuovere meccanismi d'informazione a livello locale e centrale (come linee guida o classifica a stelle) che siano in grado di diminuire le differenze territoriali nell'accesso alle informazioni.

MISURARE E CONFRONTARE LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI MEDICHE PER PERSEGUIRE UNA ASSISTENZA CENTRATA SUL PAZIENTE

(Hèbert P. Measuring performance is essential to patient-centred care. CMAJ 2010; 182:225-6)

Un sistema sanitario dovrebbe essere organizzato in primo luogo per soddisfare i bisogni dei pazienti. Ma non pare che finora sia andata così, almeno in Canada. Lo sarà se i pazienti potranno prendere visione delle informazioni necessarie per prendere le decisioni riguardo alla loro assistenza. Senza misure comparative della *compliance* le decisioni focalizzate sugli interessi delle istituzioni e dei professionisti saranno prioritarie per amministratori e burocrati, a causa di un'attenzione limitata da parte dell'opinione pubblica.

I Canadesi dovrebbero avere accesso alle *misure standard di performance* degli ospedali in modo che le istituzioni pubbliche ne vengano ritenute responsabili. Prima di sottoporsi a procedure chirurgiche importanti, i pazienti devono avere conoscenza dei tassi di successi e complicanze chirurgiche - affinché molte decisioni circa la loro salute possano essere pesate tenendo conto dei propri valori personali o delle aspettative. Ai Canadesi dovrebbe essere permesso di consultare i risultati di ricerche indipendenti ed *audit* di strutture che mettano a confronto accessibilità, tempestività dell'assistenza, cortesia e soddisfazione complessiva nei contatti con l'assistenza sanitaria.

Allora, perché le misure della *performance* e dei risultati sulla salute ancora ci sfuggono? In parte perché i decisori ad alto livello non ne tengono conto debitamente. Ora il Canadian Institute for Health Information pubblica i "*standardized mortality ratios*"; ma questa unica misura su scala nazionale può non risolvere il problema ed essere fuorviante come indicatore di qualità.

Coloro che prendono decisioni devono mettersi d'accordo su una serie di misure che rappresentino con accuratezza la qualità dell'assistenza a livello istituzionale o individuale. Purtroppo finora non sono stati raccolti dati sulle esperienze del paziente nel sistema, i tassi di errori medici, le infezioni nosocomiali, gli "*outco-*

mes" chirurgici e le complicanze. Anche misure più complesse, per esempio le "*balanced score cards*", possono offrire un quadro più reale della qualità dell'assistenza.

D'altra parte gli stessi medici non amano essere giudicati e non accettano misure della loro compliance.

Il risultato è che incominciano a comparire in rete siti che danno classifiche dei medici. Essi non sono però altro che un punto dove reclamare. Non vi è nulla di sistematico. Per arrivare a un sistema standardizzato e affidabile i medici stessi devono mostrarsi più aperti ai giudizi degli utenti e tenerne conto.