

Attività ospedaliera e ricerca degli outcome

Marco Trabucchi, Università di Roma "Tor Vergata"

A cosa serve oggi l'ospedale? Potrebbe essere considerata una domanda provocatoria, irrispettosa del comune sentire e del lavoro di molti operatori attenti e capaci: credo però che con delicatezza e senso della misura vada posta, per aiutare la transizione dell'intero sistema sanitario verso una "vita nuova", nella quale l'ospedale trovi la propria collocazione razionale, che è il riflesso di una riconosciuta utilità sociale. Andare quindi a ricercare questa funzione rappresenta un momento importante, che è necessario analizzare con determinazione, anche se senza estremismi.

In altri articoli di questa rivista sono ripensati i passaggi storici che hanno caratterizzato la fine dell'hospitalitas come funzione primaria e di grande rilievo sociale affidata all'ospedale. L'ospitalità ha rappresentato un particolare momento di difesa della salute, anche se espresso in maniera implicita; ora che cosa ha preso il posto dell'ospitalità come principale atto ospedaliero volto a lenire il dolore e a combattere la malattia? Viene naturale di pensare ai risultati delle cure, che in termini tecnico sono chiamati outcome, e che -anche prima dell'ondata di riflessioni più recenti- hanno costituito negli ultimi 50 anni il motivo principale per il quale l'ospedale trovava la propria giustificazione sia verso il cittadino ammalato sia verso l'operatore.

La diagnosi

L'introduzione del sistema DRG ha profondamente modificato la prassi ospedaliera, costringendo ad una razionalizzazione delle procedure prima di tutto in ambito diagnostico. Quando è stato possibile raggiungere un buon livello di riorganizzazione si è risparmiato molto tempo di degenza rispetto al periodo precedente, con vantaggi per il paziente, che da un lato ha visto ridursi i tempi morti di attesa (profondamente frustranti) e dall'altro ha goduto di una maggiore intensività di attenzione diagnostica da parte del medico, essenziale rispetto alla possibilità di arrivare a conclusioni operative (la cura). Non si deve inoltre dimenticare che l'intensività diagnostica permette di ridurre da un lato la percentuale di esami clinici con esito negativo (e quindi ragionevolmente da ritenersi inutili) e dall'altro il rischio che vi sia un eccesso di complicanze indotte dal ricovero prolungato (es. infezioni ospedaliere). Si può oggi affermare che al momento della dimissione da un ospedale la grande maggioranza dei pazienti è titolare di una diagnosi, e non è più -come spesso accadeva in passato- solo portatrice di una serie di risultati di indagini di laboratorio o strumentali già fatte o da fare, prive però di indicazioni unitarie utili alla fase terapeutica.

Diverse sono invece le conseguenze dei recenti cambiamenti sul piano delle cure, soprattutto perchè degenze medie inferiori alla settimana non sempre permettono di arrivare ad un quadro definitivo della situazione clinica indotta dai diversi trattamenti. Su queste tematiche è in atto in tutto il mondo un ampio dibattito, alla ricerca della forma organizzativa migliore per l'ospedale del prossimo futuro.

Gli itinerari di cura

L'attività ospedaliera dovrebbe essere incentrata sul percorso che parte dalla evidence based medicine e arriva agli outcome, passando attraverso l'utilizzazione di linee guida. Potrebbe sembrare un itinerario logico, ma è necessario tener conto di una serie di limiti che rendono precaria questa costruzione, fondata su una visione illuministica e non sempre realistica del dato scientifico e della sua concreta applicazione al letto di ogni ammalato. Si deve infatti per prima cosa osservare che non è sempre possibile -attraverso l'evidence based medicine- arrivare a definire procedure precise per ogni ambito terapeutico. Le "gray areas of clinical practice" sono ancora molto vaste: si dibatte infatti se coinvolgono il 50% o più della prassi terapeutica. Certamente, nonostante la crescita esponenziale degli studi controllati, è difficile ipotizzare che nel prossimo futuro si possa arrivare ad una dimostrazione completa attraverso l'evidenza di tutti gli atti terapeutici. Resta quindi a monte -prima ancora di iniziare qualsiasi discussione sulla trasferibilità dei dati dei grandi trials- un forte limite, cioè la non disponibilità di studi adeguati in ogni campo della medicina.

Subentra poi il problema delle linee guida, fondate sulla evidenza: mille sono gli aspetti applicativi critici, che vanno da una certa mentalità luddistica dei medici all'incapacità di cogliere il significato positivo di strumenti standardizzati, che non devono limitare la specificità o la sperimentabilità di ogni atto clinico, ma rappresentano sempre un utile indicazione di fondo. L'interpretazione caricaturale delle linee guida come ricette di cucina riflette la rigidità di chi non ha compreso l'impossibilità per qualsiasi operatore pur colto di conoscere ogni progresso per ogni campo clinico. Le linee guida hanno quindi un significato operativo lontano da qualsiasi rigidità; è specioso a questo proposito contrapporre una supposta fissità dell'operare medico fondato sulle linee guida rispetto a quello fondato sull'"arte". Murri all'inizio del secolo ha scritto: "Uno stato clinico fisso ed immutabile non esiste, e quindi un rimedio fisso ed immutabile per una malattia racchiude già in teoria un concetto antinaturalistico": le linee guida non sono un rimedio "fisso ed immutabile", ma un utile strumento per costruire un atto medico fondato sull'individualità di ogni paziente, che può essere ricondotta -attraverso il metodo dell'evidenza- a valutazioni oggettive e a confronti con modelli predisposti per migliorare l'approccio diagnostico-terapeutico. La linea guida non sostituisce una struttura dell'atto terapeutico fondata anche su una "narrative based medicine"; la capacità di comprendere fino in fondo la storia clinica ed umana del paziente non deve necessariamente essere schiacciata all'interno degli "stampi" predisposti dalla evidence based medicine. Il rapporto è fortemente dialettico e mutualmente arricchente. Va inoltre ricordato che le linee guida sono in grado di ridurre significativamente la durata della degenza per singola patologia; il seguire percorsi standardizzati induce quindi anche questo effetto di rilievo per la qualità della vita del paziente (si potrebbe dire che evitare un'inutile permanenza in ospedale è di per sé un outcome).

La terza fase del percorso, cioè la dimostrazione dei risultati, rappresenta un'altra tappa del processo logico. Per alcuni settori dell'attività ospedaliera l'outcome è chiaro e indiscutibile: il raggiungimento di una diagnosi, la guarigione dopo un intervento chirurgico, un atto di pronto soccorso di fronte a situazioni patologiche temporanee ma gravi. Per tutto il resto degli atti clinici è invece più difficile arrivare alla dimostrazione di un risultato, anche qualora la cultura delle misurazioni oggettive avesse trovato un fondamento concreto ed abituale. Si deve ricordare che lo sviluppo -per quanto ancora troppo lento nel nostro paese- della medicina generale ha sottratto all'ospedale una serie di atti diagnostico-terapeutici risolvibili attraverso le attività distrettuali; arriva quindi al ricovero per problemi non diagnostici e non chirurgici soprattutto con una casistica molto

complicata, prevalentemente cronica, per la quale è difficile identificare un processo di guarigione. Sul piano metodologico si apre il dibattito se gli outcome devono essere di organo o di apparato, oppure legati all'autonomia della persona, od ancora parametrati sul criterio (spesso generico) di qualità della vita. La discussione non è banale, perché potrebbe essere facile per un critico esterno mettere in discussione l'intera costruzione logica di un intervento i cui risultati vanno ricercati in ambiti così diversi (e che quindi sembrano negare un collegamento razionale con l'intervento stesso).

Nell'attività ospedaliera di tipo medico è importante impostare una terapia anche se non è possibile -come sopra affermato- misurarne tutti gli outcome nel breve periodo della degenza. Ciò pone la necessità che l'ospedale sia inserito in una rete di servizi che seguono il paziente nella sua storia naturale. A questo proposito è particolarmente critica la decisione se la fase post-ospedaliera debba essere controllata dall'ospedale stesso o possa essere invece affidata ad altre realtà del sistema. La soluzione più razionale dovrebbe prevedere un network di comunicazioni molto articolate, per cui l'atto intraospedaliero viene vissuto anche al di fuori come momento di una continuum; l'outcome viene quindi misurato per unità di tempo, indipendentemente da dove sia avvenuta la decisione terapeutica. Sono ovviamente in gioco posizione di potere, il senso di "proprietà" del paziente da parte di gruppi di medici e così via; non si tratta però di un'ipotesi, ma dell'unico metodo per garantire realisticamente una stabile modificazione della storia naturale di malattia. Molto si è parlato del fenomeno della revolving door: può essere evitato nelle sue varie espressioni (anche quella più pesante per il paziente di negare ad ogni costo un nuovo ricovero a breve distanza dal precedente quando ve ne fosse l'esigenza clinica) solo applicando strettamente un protocollo di continuing care (ciò rende necessario che ogni ospedale -anche quando strutturato come Azienda- mantenga stretti rapporti con l'attività distrettuale).

In questo scenario l'ospedale moderno recupera la propria funzione sociale solo prendendo coscienza dei cambiamenti che sono avvenuti negli ultimi anni, evitando di subirli passivamente, ma accettando di ristrutturarsi per poter svolgere nella maniera migliore i nuovi compiti.

Un'organizzazione razionale

Nell'immaginario collettivo l'ospedale continua ad essere il centro più importante per il recupero della salute perduta: anche se in modo informale, non può quindi oggi perdere il ruolo di "appoggio per le fragilità", almeno fino a quando non si svilupperanno serie e concrete alternative territoriali. Questa funzione deve essere esperita per ovvie motivazioni umanitarie, ma anche per permettere una transizione del grande pubblico verso i nuovi compiti dell'ospedale senza rifiuti che potrebbero portare a conflitti dannosi per il rapporto fiduciario essenziale alla vita dell'ospedale stesso.

Per quanto riguarda i compiti diagnostici dovrebbe avvenire una riorganizzazione dell'ospedale che permetta un'intensità molto elevata, con limitatissimi spazi morti (12 ore al giorno, per 7 giorni alla settimana). Ciò comporta che anche chi è responsabile del caso sia disponibile con orari ampi e sia in grado di compiere rapidamente sintesi e di delineare strategie (è quindi importante che vi sia un reale lavoro d'équipe nella gestione del singolo paziente). Una degenza di tre giorni dovrebbe risolvere in un ospedale di medie dimensioni la stragrande maggioranza degli interrogativi clinici. La diagnosi poi apre la porta ad una serie di interventi che possono avvenire all'interno e all'esterno dell'ospedale. In questa prospettiva le strutture diagnostiche (laboratorio, imaging, anatomia patologica, ecc.) rappresentano il cuore dell'ospedale e quindi non è opportuna l'ipotesi di esternalizzare questi servizi; al contrario, le esigenze di rapidità e di incisività impongono un coinvolgimento dei tecnici che va molto al di là della stesura di un referto cartaceo (o su rete).

L'altro grande settore dell'ospedale è quello chirurgico o strumentale in senso lato (endoscopia, radiologia interventistica, ecc.). Si tratta di un ambito altamente tecnologico, caratterizzato da un rapido turnover delle attrezzature, in grado di portare a risultati misurabili in tempi definiti. Pur prescindendo dal problema dell'adeguatezza della remunerazione di queste prestazioni, è necessario ricordare che l'outcome non è indipendente dall'appropriatezza degli interventi. Anzi, un controllo rigoroso degli stessi potrebbe mettere in luce abusi, sprechi, malpratiche; costituisce quindi una sorta di indirizzo del sistema che altrimenti rischia di autogiustificare se stesso e le proprie scelte (giuste o sbagliate) solo in nome dell'efficienza tecnologica. Chi debba essere titolare di questo diritto-dovere di controllo resta in Italia ancora un punto oscuro; si dovrebbe cercare con moderazione di trovare un punto di incontro tra il sistema sanitario nel suo complesso e gli operatori addetti, in modo da raggiungere consensualmente un buon livello di verifica dei risultati ottenuti in pazienti che effettivamente necessitano di uno specifico intervento.

Per quanto riguarda il settore medico l'ospedale deve attrezzarsi soprattutto sul piano della cultura degli operatori, l'unico patrimonio in grado di migliorare significativamente la qualità dei risultati clinici. La preparazione clinica è essenziale per decidere le procedure da adottare, ma anche per comprendere quando è possibile dimettere il paziente. Questo insieme di conoscenze "soft" spesso non si può fondare su dati "hard" (come il laboratorio o le immagini) che tardano a modificarsi rispetto all'evoluzione clinica; è quindi sostanzialmente basato sull'esperienza del medico e sulla sua sensibilità. L'ospedale per sviluppare questa componente dell'attività deve far crescere la cultura e la formazione degli operatori, allenandoli attraverso il lavoro di équipe a comprendere in modo unitario (e quindi prognostico) condizioni altrimenti frazionate in mille diversi punti di lettura, utilizzando come cornice operativa le indicazioni delle linee guida. Si potrebbe delineare il quadro di un settore medico dell'ospedale che riesce a coniugare l'alta standardizzazione con la cultura degli operatori e la loro capacità di comprensione umana dei problemi clinici. In questo caso l'outcome va spesso misurato su parametri di lungo periodo e quindi l'ospedale deve essere attrezzato -come sopra discusso- a seguire il paziente nei suoi itinerari di vita, talvolta anche complessi, come è complesso lo stile di vita di molti ammalati cronici.

Questi tre filoni principali dell'attività ospedaliera devono trovare una modalità di convivenza non occasionale all'interno della stessa struttura. È importante quindi ricercare un outcome comune, che non può essere il prodotto della tecnologia (patrimonio privilegiato dei primi due) e nemmeno la continuità assistenziale (caratteristica prevalente dell'ultimo filone). Questa ricerca è però importantissima per evitare che i modelli tendano a separarsi, con grave danno per una cultura e prassi ospedaliera unitaria. In questa prospettiva un ruolo specifico deve essere giocato dalla dirigenza dell'ospedale, per trovare un equilibrio tra le diverse componenti e per collegare stabilmente il lavoro clinico con le premesse culturali e con la dimostrazione dei risultati. L'enfasi sugli aspetti economici porta con sé il rischio di polarizzare l'interesse sulle procedure per minimizzarne i costi, dimenticando la collocazione dell'ospedale in un certo livello di cultura medica e in un preciso quadro di risultati attesi dagli utenti.

Il ricercare un outcome che caratterizzi il moderno ospedale è uno degli obiettivi più rilevanti di questo numero di Tendenze.