

venerdì 21 novembre 2014

# Progetto Choosing Wisely Considerazioni e implicazioni organizzative

(Tecnica Ospedaliera - 21/11/2014)

Tecnica Ospedaliera - MARCO BOBBIO già direttore della Struttura Complessa di Cardiologia

## GESTIONE

Si presentano gli aspetti salienti del progetto aziendale "Fare di più non significa fare meglio - Le tre pratiche a rischio di inappropriatazza", avviato nell'Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo con lo scopo di migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati dall'azienda, attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti. Si propone, inoltre, un'interessante chiave di lettura dell'esperienza qui riferita, nella prospettiva offerta dalla teoria organizzativa, mettendo in evidenza le implicazioni sottese all'iniziativa e che sono relative al tema del cambiamento della cultura organizzativa nelle organizzazioni sanitarie. Introduzione Il progressivo aumento del numero di esami diagnostici e prestazioni terapeutiche pone i medici nel difficile compito di decidere quale sia il test più adatto in un determinato contesto clinico, pone i pazienti nella condizione di doversi sottoporre a numerosi accertamenti (talvolta ridondanti, inutili o dannosi), pone le aziende sanitarie in competizione per aggiudicarsi l'ultima risorsa tecnologica e costringe il Ssn ad aumentare gli investimenti. Ciò dipende da molte cause: l'invecchiamento demografico, la disponibilità di tecnologie innovative, la crescita delle aspettative della popolazione, una forte spinta commerciale, un'informazione indirizzata a promuovere il messaggio che nuovi farmaci, metodiche diagnostiche, procedure e device migliorano durata e qualità della vita, l'ansia dei pazienti di voler conoscere con certezza il proprio stato di salute (nell'illusione che l'eventuale trattamento sia sempre preferibile al non intervento), la preoccupazione dei medici di vedersi contestata in sede civile o penale una diagnosi mancata (medicina difensiva), la convinzione che sia più facile e rapido prescrivere un esame piuttosto che spiegarne l'inutilità, l'idea che si dimostri la propria cultura e il proprio aggiornamento prescrivendo l'ultima novità e infine l'inquinamento di interessi diretti (economici) o indiretti (le aziende sanitarie premiano le produzioni rilevanti dal punto di vista numerico e non la qualità e l'appropriatazza). La vasta offerta di procedure e trattamenti si porta come conseguenza un'eccessiva prescrizione, benché manchino prove sul miglioramento dell'esito delle malattie a seguito di un maggiore ricorso a procedure diagnostiche e a una bassa appropriatazza delle richieste. Da una recente indagine, in Usa il 53% dei 600 medici intervistati ha dichiarato di prescrivere spesso test non necessari (1). In Italia, in genere, si può evidenziare un sovrautilizzo di risorse in molti settori rispetto ad altri Paesi; il rapporto tra numero di apparecchiature di Rmn e Tac da una parte e popolazione dall'altra risultava nel 2012 tra i più alti tra i Paesi Ocse (2). Un recente studio ha inoltre dimostrato che solo il 56% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali in Italia risulta appropriata (3). In cardiologia (4) è inappropriato il 13-14% dei test di imaging da stress (5,6), un terzo delle indagini cardiologiche non invasive (7,8) e infine il riscontro di un maggior numero di impianti di pacemaker cardiaci con funzione resincronizzante e di defibrillatori rispetto agli altri Paesi limitrofi (9) pone dei dubbi sulla loro reale indicazione clinica. Fa parte del Dna dei medici applicare costantemente il concetto del "fare tutto il possibile" per il paziente e ritenere che l'unico modo per svolgere in modo eticamente corretto la professione consista nel non arrendersi mai; atteggiamento indiscutibile mezzo secolo fa, quando procedure e trattamenti erano limitati. Oggi, però, fare tutto ciò che la tecnologia mette a disposizione può aumentare i rischi per il paziente più degli ipotetici vantaggi, indurre ulteriori

accertamenti o trattamenti potenzialmente pericolosi, accrescere anziché ridurre le sofferenze, suscitare nel malato e nei parenti irrealistiche speranze, prolungare inutilmente una vita. Quindi, se la riduzione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche inappropriate costituisce sempre un preciso imperativo etico, tanto più pressante appare in questo momento di crisi, che mette a rischio la stessa sostenibilità economica di qualunque servizio sanitario, accentuando viduasse una lista di cinque test diagnostici o trattamenti (top five list) prescritti molto comunemente, costosi, con un certo grado di rischio e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali venivano comunemente prescritti. Inoltre, una lista di cinque pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza aveva il vantaggio di rivolgere all'opinione pubblica il messaggio che non si trattava di un razionamento indiscriminato dell'assistenza sanitaria, ma che si stava intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco nell'interesse dei pazienti. Da allora Jama Internal Medicine ha iniziato a pubblicare una serie di articoli in una nuova rubrica intitolata "less is more" (18), mettendo in discussione il mito che «se un trattamento è buono, fare di più è sempre meglio»; analogamente il British Medical Journal ha lanciato la campagna "Too much medicine" per analizzare cause e rimedi dell'iperprescrizione di metodiche diagnostiche e trattamenti terapeutici (19, 20). L'Abim Foundation ha in seguito promosso - con la collaborazione della maggiore organizzazione statunitense no profit e indipendenti di consumatori (Consumer Reports) - l'iniziativa Choosing Wisely il dialogo tra medici e pazienti per aiutarli a scegliere cure supportate dalle prove scientifiche, non ridondanti rispetto ad altri test precedentemente effettuati, senza rischi e realmente necessari (21). Un primo elenco di 45 test, a opera di 9 società scientifiche, è stato reso pubblico il 4 aprile 2012. Pochi giorni dopo, l'editoriale del New York Times "Do you need that test?" affermava: «Se i costi legati all'assistenza sanitaria devono essere riportati sotto controllo, i medici della Nazione dovranno svolgere un ruolo trainante nell'eliminare i trattamenti non necesin modo allarmante le disuguaglianze tra i cittadini. In altre parole, l'investimento in accertamenti o interventi poco utili va a discapito di quello in procedure indispensabili. L'Oms stima che dal 20 al 40% della spesa sanitaria (almeno il 30% in Usa) sia dovuta a un uso inefficiente delle risorse (10,11,12). Il contenimento dell'iperprescrizione L'iperprescrizione può essere affrontata con sistemi amministrativi di disincentivazione (ticket per i pazienti o vincoli di vendita per le industrie farmaceutiche) e con strumenti per ridurre l'inappropriatezza, come le linee guida. Una parte dei medici si è però resa conto che una prescrizione responsabile può contribuire in modo determinante a contenere la spesa, sostituendo l'imposizione del razionamento con un'auto-razionalizzazione. Per evitare che iniqui tagli lineari alla spesa sanitaria, professionisti e società scientifiche devono quindi assumersi la responsabilità di indicare quali risparmi si possono ottenere, riducendo prestazioni ridondanti e inefficaci e assicurando ai pazienti, nel contempo, di ricevere le cure più personalizzate e appropriate (13). In questo contesto si inserisce il progetto Choosing Wisely ® (14,15,16) avviato in Usa in collaborazione con le società scientifiche e rilanciato con analoghe modalità in Italia, dove è stato applicato per la prima volta in un ospedale coinvolgendo i giovani medici di tutti i reparti. Il progetto Choosing Wisely ® Nel 2010 Howard Brody, in un editoriale sull'etica medica e la sostenibilità economica dei sistemi sanitari (17), aveva proposto che ogni società scientifica specialistica indisari». A oggi il progetto ha segnalato oltre 160 tra test e procedure. Riconoscendo che i pazienti necessitano migliori informazioni sulle loro cure, Consumer Reports sta sviluppando materiali educazionali e lavorando per disseminarli nella popolazione. Le raccomandazioni sui test sono intese a stimolare la discussione, a livello sia politico-sociale (22,23) sia di singolo caso clinico, su ciò che è appropriato e necessario, affinché vengano usate come punto di riferimento per determinare un appropriato piano di trattamento (24), tanto che anche il mondo universitario inizia a proporre corsi curriculari sulla costo-efficacia degli interventi medici (25). Il progetto in Italia In Italia il progetto Choosing Wisely è stato adottato dal movimento Slow Medicine (26), che si è proposto di coordinare un'analogia iniziativa tra le società scientifiche italiane, definendola "Fare di più non significa fare meglio" (27). Un Gruppo di Regia ha avuto l'incarico di coordinare le proposte delle varie società e ha consigliato di individuare le pratiche effettuate comunemente in

Italia che non apportano benefici significativi ai pazienti e li espongono al rischio di effetti dannosi. Nel progetto italiano, al contrario di quello condotto in Usa, si è deciso di non prendere in considerazione la valutazione dei costi per non esporre il progetto alla critica di essere mirato a favorire tagli della spesa sanitaria ed evitare una presa di distanza da parte delle associazioni di pazienti, preoccupati che si tratti di una manovra di razionamento e non di razionalizzazione. Slow Medicine favorirà gli scambi di informazioni tra le diverse società scientifiche e tra queste e le associazioni di cittadini e provvederà a diffondere l'iniziativa presso l'opinione pubblica italiana. Pur non essendo focalizzato sugli aspetti economici, il progetto concretizza l'idea di John Øvretveit, secondo il quale nel sistema sanitario la qualità non aumenta i costi, ma li riduce (28). Iniziativa dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo Da settembre 2013 è stato avviato nell'Ao Santa Croce e Carle di Cuneo il progetto aziendale "Fare di più non significa fare meglio. Le tre pratiche a rischio di inappropriatelyzza" per migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi erogati dall'azienda, attraverso la riduzione di pratiche (esami diagnostici e trattamenti) che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti. Tramite la riduzione degli sprechi ci si può attendere un uso più appropriato ed equo delle risorse disponibili e una maggiore sostenibilità economica dei servizi prestati. Il progetto è riuscito a coinvolgere tutti i reparti per diventare un patrimonio aziendale condiviso, istituendo un gruppo di lavoro composto con un giovane dirigente per ogni Struttura Complessa. In una prima riunione collegiale è stato illustrato il progetto avviato in Usa, ripreso in Italia da Slow Medicine, ed è stato presentato il progetto aziendale dando mandato di organizzare delle riunioni in ogni Struttura Complessa per individuare le tre pratiche ritenute a maggior rischio di inappropriatelyzza. Nell'arco di un mese si sono svolte riunioni di reparto con la tecnica del brainstorming, dalle quali è emersa una scheda discussa collegialmente nel gruppo di lavoro. I risultati sono stati presentati il 29 novembre 2013 durante un convegno aziendale a cui hanno partecipato i risponsabili nazionali di Slow Medicine. Complessivamente sono state individuate tre pratiche da 33 Strutture Complesse, per un totale di 99 pratiche (1). Al momento attuale l'Ufficio Qualità ha messo sotto osservazione alcune pratiche individuate, per valutare come si modificherà il comportamento prescrittivo dei medici all'interno dell'azienda. Cambiamento organizzativo Lo studio del cambiamento organizzativo si è sviluppato secondo tre dimensioni specifiche: livello del cambiamento (in una singola organizzazione, in strutture organizzative multiple, settori industriali), tipo di cambiamento (incrementale o radicale, I ordine o II ordine), modalità di cambiamento (top down attraverso una logica di tipo deterministico, bottom-up o emergente, volontaristico, generativo) (33). Poiché la maggior parte dei servizi sanitari sono prodotti da gruppi di individui o team, si può affermare che quest'ultimo è una leva potenzialmente potente per realizzare il cambiamento in ambito sanitario. Esistono in letteratura evidenze empiriche che i team funzionanti in modo efficace sono associati con servizi sanitari di più alto livello di qualità (33). Incidentalmente la costruzione di team efficaci in ambito sanitario resta a volte problematica per mancanza di un contesto organizzativo che agevoli la realizzazione di valide strategie di team building. Considerate, inoltre, le previsioni di un futuro incremento della popolazione anziana con più malattie croniche, sarà sempre più importante considerare il coordinamento e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari attraverso i diversi team coinvolti (33). La progettazione e realizzazione di iniziative di cambiamento organizzativo ha visto delinearsi due approcci preminenti: l'approccio "pianificato" e quello "processuale". L'approccio c.d. "processuale" parte dalla considerazione che il cambiamento organizzativo presenta un elevato tasso d'insuccesso e quindi propone di riconsiderarlo come un processo emergente, continuo e imprevedibile, privo di un inizio e una fine ben definita (34). L'approccio pianificato (planned approach) trae origine dal lavoro di Kurt Lewin che indirizzò i suoi studi sul cambiamento portato a livello dei gruppi di persone (Scuola della Dinamica dei Gruppi). Per schematizzare l'evoluzione delle norme e dei valori di un gruppo di persone coinvolte in progetti di cambiamento, Lewin propose un modello formato da tre step: unfreezing, change, refreezing (35). Nell'approccio pianificato la fase di unfreezing (scongelamento) serve a creare nei partecipanti una sufficiente motivazione al cambiamento. In questa fase si possono distinguere tre sottoprocessi che concorrono

a creare questa motivazione: • portare dati di confutazione, relativi agli assunti-valori-credenze attualmente adottate e condivise, per creare un sufficiente senso di disagio e di squilibrio sottolineando che qualcosa, data finora per scontata, è sbagliata; • individuare una connessione diretta tra i dati di confutazione e gli obiettivi preminenti da realizzare provocando così ansia e/o senso di colpa; • instillare nei partecipanti la sicurezza di poter risolvere il problema apprendendo qualcosa di nuovo senza perdere identità o l'integrità (psychological safety). Considerazioni Le modalità di realizzazione del progetto "Fare di più non significa fare meglio" all'Ospedale Santa Croce e Carle è stato focalizzato sui reparti medici e chirurgici, puntando sul coinvolgimento dei giovani medici, con una pianificazione generale definita a livello macro, lasciando che l'iniziativa evolvesse in modo autonomo nei diversi reparti. Il punto di forza dell'iniziativa consiste nell'organizzazione emergente tipo bottom-up, che ha permesso un coinvolgimento diretto e partecipato dei giovani medici che hanno riportato la discussione in tutti i reparti e che ha coinvolto tutti i medici. Il punto di debolezza è che il progetto non è stato formalizzato a livello centrale, che l'individuazione delle pratiche non è avvenuta in ogni reparto seguendo lo stesso schema concettuale e, per questi motivi, che la verifica dei cambiamenti non potrà interessare tutte le pratiche individuate, ma solo alcune a campione. Per ultimo, ma non meno importante, resta non ancora definito il meccanismo di feedback, relativo agli esiti in itinere ed ex-post dell'iniziativa, che dovrebbe essere fornito al personale medico. Ciò sia per assicurare la giusta motivazione dei team coinvolti sia per valutare l'efficacia complessiva dell'intervento. †

**L'ORGANIZZAZIONE** Considerate le caratteristiche della cultura organizzativa e la sua intrinseca complessità, il cambiamento culturale è una sfida significativa (36). Vari studi, effettuati per analizzare la gestione di processi di cambiamento pianificato, hanno evidenziato che il tasso di fallimento si aggira intorno al 70% (37). Benché vi sia un diffuso consenso circa l'entità della percentuale di insuccessi, non si riscontra uguale unanimità circa le cause che la determinano. I motivi dell'alto tasso d'insuccesso che vengono riferiti più frequentemente in letteratura sono le resistenze al cambiamento, il ruolo del change manager nel gestire il processo, la scarsa partecipazione o coinvolgimento dei partecipanti dovuta alla direzione/gestione del cambiamento non condivisa e calata dall'alto, la specifica cultura organizzativa, la dimensione dell'organizzazione e il conseguente livello di rigidità/inesibilità, oppure la rilevanza degli obiettivi sottesi al cambiamento (38). Ferlie e Shortell (33) sostengono che per massimizzare la probabilità di successo di un'iniziativa di cambiamento organizzativo in un'organizzazione sanitaria occorre agire su quattro diversi livelli: individuale, team, l'intera organizzazione e il contesto organizzativo esterno in cui la singola organizzazione è integrata. In particolare, il cambiamento organizzativo a livello individuale può realizzarsi secondo tre diverse modalità o strategie: educative/empirico-razionali (gli individui, guidati dalla ragione, valuteranno in modo razionale i propri interessi per determinare i cambiamenti necessari nel comportamento), normativo/persuasivo (gli individui sono guidati da significati, abitudini e valori interiorizzati), potere di coercizione (le sanzioni politiche ed economiche e le strategie di regolamentazione) (39). Nella gestione del processo di cambiamento della cultura organizzativa è importante che i manager adottino una chiara ed efficace comunicazione e siano incoraggiati a diventare essi stessi modelli di ruolo conformi ai comportamenti che s'intendono diffondere nell'organizzazione. In generale occorrerà che la gestione dell'iniziativa di cambiamento culturale sia connotata da una leadership visibile, attiva e chiara, che renda possibile e incentivi il coinvolgimento attivo delle persone nella pianificazione del cambiamento, eserciti una comunicazione efficace per facilitare la comprensione degli obiettivi e, infine, sviluppi eventuali nuove competenze necessarie al raggiungimento dei risultati e al loro mantenimento nel tempo (40). L'obiettivo di cambiare il comportamento del personale medico è diventato un punto centrale della medicina negli ultimi tre decenni, coinvolgendo incidentalmente la complessità inerente il processo decisionale clinico. Quest'ultimo è influenzato dalle norme sociali, dalle conoscenze ed esperienze del medico, dai valori e dalle caratteristiche del paziente e dalle evidenze cliniche provenienti dall'esterno (41).

**FRAMEWORK TEORICO** Il cambiamento delle pratiche mediche risulta a volte rapido e

drammatico, altre volte il personale medico è riluttante a cambiare le sue pratiche anche quando evidenze empiriche hanno dimostrato l'efficacia di nuovi trattamenti (29,30). In generale si può affermare che cambiare le pratiche mediche in uso, come pure le organizzazioni sanitarie, risulta difficile (31,32). In letteratura sono stati proposti sei metodi per modificare con successo le pratiche mediche e cioè la formazione, feedback, partecipazione dei medici nell'implementazione del cambiamento, regole amministrative, incentivi e/o sanzioni economiche. Anche se ciascuno di questi metodi ha mostrato un certo successo, è però raccomandabile impiegare più metodi contemporaneamente se si vuole ottenere un significativo incremento del tasso di successo dell'iniziativa (30). Nella prospettiva della teoria organizzativa, la modifica dei comportamenti prescrittivi di tipo diagnostico e/o terapeutico dei medici rappresenta una modifica sostanziale delle routine consolidate all'interno della struttura organizzativa sanitaria. Questo comporta l'attivazione di un'iniziativa di cambiamento organizzativo tesa a modificare la cultura interna.