



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo La qualità in medicina
Data 25 gennaio 2006 alle 15:59:00
Autore R. Rossi

Rossi:

Si parla molto oggi di qualità nella erogazione delle cure sanitarie e di come essa possa essere misurata. Ma spesso si ha quasi l'impressione di aver a che fare con qualcosa di imprendibile, una specie di araba fenice, uccello favolistico capace di risorgere dalle sue ceneri, che tutti giuravano esistere ma dove fosse nessuno sapeva dire. In questo dibattito sulla qualità in medicina appare sempre più evidente quanto sia difficile persino definire cosa s'intenda, da cui la difficoltà di misurarla in qualche modo. Probabilmente questo dipende dal fatto che la qualità, ammesso che la si possa in qualche maniera individuare, è fatta di tante cose insieme.

Ressa:

Oddio, non cominciare a farmi quei discorsi, che spesso si sentono, in cui non si arriva mai ad una conclusione, e dai quali esci stremato perché hai sempre meno certezze e sempre più dubbi.

Rossi:

Calmati, passo al concreto.

Se domandiamo ad un Direttore Generale di ASL cosa intende per qualità è probabile che ci risponda che essa passa, principalmente, attraverso il risparmio economico. Non è così, tuttavia una parte di verità c'è perché, dato che le risorse non sono infinite, una valutazione anche dell'impatto economico delle prescrizioni, farmaceutiche e non, è d'obbligo. Crediamo che tutti condividano che bisogna prescrivere in obbedienza al principio che non vale la pena di usare un trattamento costoso se ve n'è un altro di pari efficacia meno costoso (fatti salvi tutti i casi particolari di non tolleranza, controindicazioni, ecc.)

Se domandiamo ai pazienti cosa intendono per qualità diranno probabilmente che il medico di qualità è quello che si dimostra disponibile, attento, che sa instaurare un rapporto di un certo tipo, che non sbaglia la diagnosi, ecc. Magari qualcuno dirà anche che è quel medico un po' di manica larga quando deve dare i giorni di malattia, o quello che non fa pagare i certificati o quello non troppo fiscale con le note. Il paziente che revoca un medico perché non ha avuto una visita domiciliare quando soffriva di un'ennesima lombosciatalgia, nota nella sua storia clinica da anni, dirà che non ha ricevuto un'assistenza di qualità mentre di parere opposto sarà il medico che magari l'aveva visto il giorno prima o che lo conosceva molto bene e non aveva giudicato necessaria la visita per una miriade di validi motivi.

Ressa:
Adesso capisco, stai dicendo che il concetto di qualità è molto diverso a seconda della angolatura da cui lo osservi.

Rossi:

Esatto.

In questo senso la qualità non è sicuramente misurabile in termini matematici o verificabili.

E' indubbio che l'aspetto più importante è la corretta relazione con il paziente: la negoziazione e la condivisione delle scelte, l'empatia, il prendersi cura sono tutti aspetti molto sentiti, credo, dai pazienti e che definiremo qualità "umana" (vedi il capitolo "Un vestito a misura d'uomo"). Qualità umana che non è in contrapposizione ma complementare alla qualità "matematica" intesa nel senso comune di possesso di conoscenze più propriamente tecniche.

Ressa:

Per alcuni "estremisti" della nuova Medicina la qualità si identifica con l'obbedienza rigida ai dettami delle Linee Guida e della EBM.

Rossi:

Terreno che sappiamo scivoloso perché l'aderenza acritica alle Linee Guida e ai Protocolli di diagnosi e cura può portare a misconoscere (anche se non dovrebbe) la specificità del paziente che abbiamo di fronte. Tuttavia anche questo punto partecipa di un po' di verità: se per esempio la comunità scientifica si è accordata nello stabilire che in caso di polipi iperplastici del colon non è indicata una sorveglianza endoscopica, la prescrizione di una colonscopia ogni due anni perché "non si sa mai" non può certo essere definita standard di qualità perché spreca risorse e fa correre un rischio (seppur minimo) al paziente. L'obbedienza alle Linee Guida non può essere considerata sinonimo di qualità per sé, né tantomeno si deve prevedere l'obbligo di giustificarsi se ci si comporta diversamente. Però un minimo di rigore e di osservanza delle regole vi deve pur essere, pena l'anarchia assoluta.

Ressa:
Abbiamo esaurito l'argomento?

Rossi:

No, no.

Aggiungo che per altri ancora requisito di qualità sarà avere degli standard minimi misurabili di tipo organizzativo: informatizzazione, visita su appuntamento, un tot numero di ore di ambulatorio, un tot numero di ore di reperibilità telefonica, presenza nello studio di una segretaria o di personale infermieristico, ecc. Avere questi standard mette il medico in condizioni di operare meglio, ma non è detto che di per sé fare più ore di ambulatorio o avere la segretaria significhi seguire meglio i diabetici, per dire. In ogni caso si tratta di parametri che indicano, in linea generale, probabilmente un po' di qualità in più.

Qualcuno dirà che per misurare la qualità bisogna andar a vedere indicatori se non di esito clinico forti (mortalità, infarti, ecc.), molto difficili da determinare, perlomeno indicatori intermedi (per esempio quanti infartuati sono in terapia con



antiaggreganti, betabloccanti e statine oppure a quanti diabetici è stato richiesto il fondo oculare o l'emoglobina glicata nell'ultimo anno, ecc.). Questo approccio ha sicuramente il vantaggio di essere misurabile e, se pur non riflette tutta la qualità, sicuramente è importante e andrebbe incoraggiato con pratiche di audit, a cui purtroppo la maggior parte dei medici non è ancora abituata (vedi capitolo sull'audit).

Ressa:

Per altri la medicina di gruppo sarebbe, di per sé, superiore come qualità rispetto a quella esercitata da soli. Noi la pensiamo diversamente, il "soli" nell'era in cui le distanze non contano, è diventato un assurdo, qualsiasi medico con un normale PC può interagire con colleghi magari distanti migliaia di chilometri, per scambio di pareri e consulenze, di fatto non è mai isolato e infatti in INTERNET pullulano liste di discussione e di confronto come per esempio "Ippocrate" che ha dato spunto alla stesura di questo libro.

Per questi motivi non vedo perché, nel confronto di punti di vista, mi debba accontentare del parere di colleghi, magari autorevoli, con i quali condivido la struttura di lavoro.

E poi c'è da tener in massima considerazione il fatto che il cittadino vuole il SUO medico, NON un SUPERMARKET DELLA SALUTE. Noi vediamo il medico di famiglia come la pianta dell'ULIVO, essa ha bisogno di respirare, deve avere aria intorno, i rami non devono toccare quelli di un altro esemplare, può vivere assieme ad altri ma a debita distanza e non è dimostrato che la pianta che vive in gruppo faccia più frutti di quella isolata.

Non ci convince il fatto che le forme associative mediche siano più utili ai pazienti, secondo noi servono di più ai medici in termini di comodità e di economia di gestione, quindi il TENTATIVO di farle apparire come un miglioramento dell'assistenza è una FOGLIA DI FICO dietro alla quale si cela spesso solo il nostro tornaconto.

Aborriamo i locali A ROTAZIONE con anomini quadri appesi al muro, coi pazienti attruppati in enormi sale di aspetto tipo Stazione ferroviaria.

Rossi:

Si è tentato, quasi quasi, in questi ultimi anni, di sostenere che siccome il medico deve attenersi a linee guida e protocolli, in fondo ogni medico è uguale ad un altro, per cui è indifferente a quale professionista, appartenente al gruppo, il paziente si rivolga.

Ressa:

Questo è stato smentito dai fatti, ogni paziente vuole il suo medico perché egli ritiene, a torto o a ragione, che sia il migliore per lui; di fronte a questo dato incontestabile si è dovuto per forza ritornare a rivalutare il rapporto medico-paziente come un fatto assolutamente unico e personale, il cardine del buon operare nella medicina di famiglia. Rossi:

Infine ci sono altri aspetti, come per esempio un accesso equo ed etico ai servizi ed alle cure. Utopia? Può essere ma ci si può comunque avvicinare: un servizio sanitario che garantisce gratuitamente a tutti gli infartuati le statine o un by-pass indipendentemente dal ceto sociale e dal reddito è sicuramente meglio di un servizio in cui, appena entrati in ospedale, chiedono la carta di credito.

Qualità può essere concordare con gli specialisti di riferimento percorsi diagnostico-terapeutici condivisi. Qualcuno sostiene che questo modo di operare potrebbe portare alla omologazione. Ma bisogna vedere anche i lati positivi di un simile approccio. Premesso che questi consensi non devono avere carattere coercitivo ma solo fornire indicazioni di massima, se con i nostri ginecologi di riferimento, tanto per fare un esempio, stabiliamo di comune accordo delle regole per la richiesta della densitometria ossea, anche questo ha a che vedere con una gestione complessiva qualitativamente migliore se non altro in termini di conflitti risparmiati con colleghi e pazienti.

In conclusione si può dire che la qualità in medicina è un mosaico prezioso e molto complesso, composto di tante piccole tessere incollate insieme e che cambiano forma e colore in dipendenza di come le si guarda, alcune misurabili e definibili con facilità (orario di ambulatorio, ore di reperibilità telefonica, numero di infartuati in terapia con statine, ecc.) altre decisamente soggettive, non misurabili né quantificabili (l'occhio clinico del medico, il rapporto che egli sa instaurare coi pazienti, la presa in carico, ecc.) ma altrettanto importanti.

Da tutto questo discende l'obiettivo difficoltà di determinare qualcosa che sfugge a schemi e classificazioni rigide, come la mutevole realtà clinica con cui deve interagire il medico.