

PRESENTAZIONE

Le linee-guida e le raccomandazioni scientifiche nella vita vera del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero come creare un clima che ne favorisca l'adozione sul campo

Qualche mese fa sono stato inserito dagli autori nell'elenco dei revisori/commentatori della bozza di questo manuale. Data la mia specifica esperienza professionale (dirigente e non ricercatore, per usare una distinzione un po' artificiosa ma chiara) il mio ruolo doveva essere quello di formulare considerazioni e suggerimenti sulla potenziale utilità del manuale nella realtà operativa dei servizi.

Risposi che il manuale andava bene (almeno a me) e che, data la sua impostazione di tipo tecnico-scientifico, non ero in grado di suggerire modifiche o integrazioni: «Piuttosto», dissi, «forse si potrebbe avvantaggiare di una prefazione sulla sua potenziale utilità pratica finalizzata alla discussione di alcuni aspetti della vita reale delle Aziende Sanitarie». Questa mia considerazione è stata così ben accolta da farmi «vincere» il privilegio di scrivere la presentazione.

Il punto di vista da cui vorrei partire è molto semplice. Il manuale è stato scritto, come già detto, con una impostazione da ricercatore. Ciò significa che la struttura del testo, i termini, i modelli ed i riferimenti bibliografici sono tipici della letteratura scientifica. Questa presentazione è scritta invece con una impostazione da dirigente operativo di una struttura sanitaria (in concreto, un direttore sanitario di una struttura ospedaliera) che sulla base della propria specifica esperienza sul campo cerca di rispondere alle seguenti due domande:

1. C'è spazio, e quanto, per l'adozione locale di linee-guida e raccomandazioni scientifiche?

2. Quali sono i fattori «direzionali» (ovvero influenzati dalle scelte delle direzioni ai vari livelli) che possono aumentare tale spazio nella fase attuale della vita del Servizio Sanitario Nazionale?

In sostanza, come si possono creare un contesto ed un clima favorevoli all'adozione locale di linee-guida e raccomandazioni scientifiche?

È evidente che le considerazioni fatte in questa presentazione derivano da concrete esperienze in specifiche realtà e quindi non possono valere allo stesso modo in tutti i punti del sistema. Il progetto, infatti, ha coinvolto situazioni assai eterogenee, dalle grandi strutture ospedaliere tecnologicamente avanzatissime con compiti istituzionali di formazione e ricerca ad un enorme numero di strutture di medio-basso livello tecnologico, con una operatività quotidiana affannata dalle carenze di organico e dalla pressione degli obiettivi di budget. È scontato che in contesti così diversi i problemi di operatività delle linee-guida e delle raccomandazioni cliniche si pongano in modo molto diverso. L'ipotesi è che, in qualunque contesto, questo manuale possa risultare utile in presenza di un clima «favorevole».

Lo spazio per l'adozione locale di linee-guida e raccomandazioni scientifiche è enorme, ed è legato fundamentalmente a due fattori che vanno enfatizzati per lanciare e sostenere i programmi locali (termine con cui d'ora in avanti verrà sintetizzata l'interminabile dizione di «programmi per l'adozione locale di linee-guida e raccomandazioni scientifiche»):

- la capacità di questi programmi di recuperare risorse economiche in tempi brevi;
- lo scarto evidente tra la «migliore» pratica professionale possibile e la pratica professionale concreta.

Si dice spesso che la medicina basata sulle prove, di cui si tratta in questi programmi, non serva per ridurre i costi. È vero. Ma per recuperare risorse sì! In un'epoca in cui l'equilibrio economico-finanziario del sistema (non delle singole aziende) a livello regionale è un vincolo, e quindi un obiettivo, è utile, anzi essenziale, indirizzare i programmi locali anche e prima a quegli obiettivi di recupero delle risorse così decisivi per finanziare lo sviluppo e l'evoluzione del sistema sanitario. Le nuove tecnologie ad alto costo e, ad esempio, la

rete delle cure palliative si finanziano con le risorse attualmente utilizzate in qualche area (dai farmaci, ai test diagnostici, alle procedure invasive) in cui linee-guida e raccomandazioni cliniche sono in grado di far recuperare rapidamente risorse. Questi recuperi possono a loro volta finanziare altri programmi locali in cui l'obiettivo non sia prevalentemente economico, ma sia invece mirato ad aspetti più qualitativi dei processi assistenziali.

Un altro modo per lanciare programmi locali è quello di evidenziare lo scarto in termini di risultati tra pratiche assistenziali ottimali e pratiche assistenziali reali. Un esempio banale, ma efficace e riproducibile, è quello della prevenzione delle lesioni da decubito.

I sostenitori dei programmi locali e, più in generale, dell'introduzione nel sistema sanitario (regionale e/o aziendale) degli strumenti della pratica professionale basata sulle prove scientifiche (medicina, nursing e non solo), debbono avere una grande capacità persuasiva nel proporre questi strumenti come immediatamente utili nella razionalizzazione del sistema per recuperare risorse e migliorare, in termini di esiti, la qualità dell'assistenza.

Il primo di questi fattori è il coinvolgimento e il supporto convinto delle direzioni aziendali. Ogni azienda ha un clima culturale di fondo condizionato dallo stile direzionale. È questo che ispira le grandi linee di tendenza nei progetti di cambiamento e sviluppo all'interno delle aziende. L'atteggiamento delle direzioni nei confronti dei programmi locali e della filosofia che li ispira è assolutamente decisivo.

Il compito della Regione è scegliere e valutare le direzioni aziendali in base agli obiettivi assegnati. Se le logiche e gli strumenti delle pratiche professionali (e dei modelli organizzativi) basati sull'evidenza vengono fatti propri dalla Regione, questa deve trasformarli in criteri di selezione (se possibile) e di valutazione (in ogni caso) delle direzioni aziendali. Del resto, alcuni piani sanitari regionali includono esplicitamente gli strumenti del governo clinico tra i propri principi ispiratori e le proprie modalità di azione. Vi sono diverse iniziative regionali che vanno in questa direzione. Nelle Marche, la mia Regione, è ad esempio in atto un progetto di sistema sui profili di assistenza, a partire da quello dell'infarto miocardico acuto, che è tutto dentro il tema che stiamo affrontando.

Il secondo fattore favorente, che è peraltro la naturale evoluzione del primo, è l'inserimento dei programmi locali nelle azioni prioritarie delle aziende. Tale riconoscimento di priorità, in pratica, si dovrebbe

be tradurre nell'inserimento negli obiettivi di budget dei programmi per l'adozione locale di linee-guida e raccomandazioni scientifiche. Questo inserimento avrebbe altre immediate ricadute:

- la costruzione di un sistema di indicatori per valutare l'impatto dei programmi;
- il legame con qualche forma di sistema premiante;
- lo sviluppo di iniziative formative per il lancio ed il sostegno ai programmi.

Un terzo fattore favorente è rappresentato dall'individuazione nel sistema organizzativo di punti di riferimento espliciti per la gestione dei programmi locali. Le opzioni ovviamente sono diverse e vanno valutate in base al contesto locale, tuttavia è possibile elencare i seguenti punti di riferimento:

- le direzioni di ospedali e di distretto (chi ha responsabilità organizzative non può solo esternalizzare i programmi per il miglioramento della qualità e l'utilizzo razionale delle risorse);
- gli uffici qualità (che non possono essere «altro» rispetto alle direzioni organizzative, vedi punto precedente);
- gli organigrammi dipartimentali, in cui vanno previste posizioni (vedi il contratto dei dirigenti per chi non abbia familiarità con questo termine) specificamente riferite alla gestione degli strumenti della medicina basata sulle prove;
- il collegio di direzione, che va orientato ad affrontare i temi del governo clinico come proprio specifico dominio e a promuovere e a sostenere l'attivazione dei programmi locali.

Con questi punti di riferimento (ed altri, scelti in base alle diverse specificità aziendali) i programmi locali trovano un contesto favorevole per essere riconosciuti come azioni prioritarie di sistema.

Il manuale affronta tre principali oggetti relativi alla gestione di programmi locali per l'adozione di linee-guida e raccomandazioni scientifiche per la pratica clinica:

1. la costruzione di linee-guida «locali»;
2. l'implementazione dei programmi;
3. la valutazione dei programmi.

Il primo e il terzo oggetto sono tipicamente ad alto contenuto tecnico e le parti del manuale che li riguardano vanno sviluppate ed approfondite prevalentemente dai clinici coinvolti nei programmi locali. La parte dedicata alle strategie e ai metodi per l'implementazione dei programmi locali va prevalentemente sviluppata e adattata alla realtà locale dai dirigenti con responsabilità organizzative e un ruolo di supporto alle scelte strategiche e gestionali dell'azienda. Certo è che la fase relativa all'implementazione (a partire dalla scelta degli obiettivi prioritari cui indirizzare i programmi) è quella che richiede una capacità maggiore di adattare ad una specifica realtà dei modelli di carattere generale ed è meno standardizzabile e riproducibile proprio perché più fortemente legata a variabili di contesto locali.

A tutti, dirigenti e clinici, questo manuale offre un percorso metodologico strutturato ed un linguaggio comune con cui gestire il supporto alle azioni di razionalizzazione e sviluppo del sistema con gli strumenti del governo clinico.

Buona lettura!

Claudio Maffei

Assessorato alla Sanità – Regione Marche