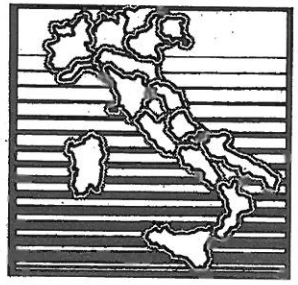
La sfida per i servizi sanitari si chiama management delle informazioni scientifiche

Il labirinto delle linee guida



Gli esiti della ricerca devono essere disponibili per la pratica clinica

Nell'articolato percorso che dalla ricerca conduce all'applicazione dei suoi risultati alla pratica clinica (evidence-based medicine) e all'assistenza sanitaria (evidence-based health care) buona parte delle aspettative viene affidata alle linee guida, uno strumento in grado di migliorare la pratica clinica.

Negli ultimi anni diversi fattori hanno fatto "lievitare le azioni" delle linee guida, in particolare delle evidence-based guideline: la crisi economica dei sistemi sanitari; la diffusione di tecnologie sempre più costose; le variazioni nell'erogazione di prestazioni sanitarie; la limitata diffusione di interventi efficaci e il persistente impiego di procedure inutili (o addirittura dannose); il desiderio di offrire ai pazienti la migliore assistenza possibile. In linea con queste tendenze, l'introduzione con il Psn 1998-2000 di un «Programma nazionale per l'elaborazione, la diffusione e la valutazione di linee guida e percorsi diagnostici e terapeutici» e la recente istituzione dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali sono evidenti segnali di programmazione evidence-based della politica sanitaria italiana.

Quello che tuttavia non risulta chiaro è attraverso quali strumenti i diversi livelli del nostro Ssn dovranno gestire le conoscenze scientifiche. Infatti, anche se le linee guida costituiscono un elemento indispensabile per promuovere la evidence-based health care, bisogna considerarne i limiti, imparando dai successi/fallimenti degli altri. L'impatto delle linee guida sull'efficacia/efficienza dell'assistenza sanitaria è molto variabile e, considerato che la loro semplice diffusione non è sufficiente a modificare la pratica clinica, è necessario potenziare la ricerca sulle strategie di implementazione. Non è chiaro come questo possa essere realizzato in Italia, dove oltre all'inesistenza di un adeguato sistema informativo per misurare gli esiti, la health service research è la "cenerentola del Ssn".

Esistono diversi problemi legati alla trasferibilità clinica delle linee guida. Infatti, poiché dirette a guidare gli interventi sanitari su classi di malattia, la loro utilità dipende dalla capacità del medico di interpretarle con la flessibilità richiesta dal singolo caso. Recentemente, Artur Hibble e i suoi collaboratori del Fulbourn hospital di Cambridge, hanno "impilato" le 855 linee guida utilizzate dai general practitioners di Cambridge e di Huntingdon, raggiungendo l'altezza di 68 cm ed il peso di 28 kg! Questo dimostra che la crescita del fenomeno linee guida può risultare in un sovraccarico d'informazione – paradossalmente uno degli stimoli alla produzione delle linee guida stesse – poco gestibile per migliorare il decision making a livello di paziente individuale. La divulgazione delle conoscenze scientifiche è regolata da due leggi: la probabilità che un documento disseminato sia accessibile al momento della decisione clinica è estremamente bassa e la probabilità che lo stesso documento venga ritrovato attivamente dal medico è ancora minore. Questo concetto era già stato introdotto da Brian Haynes, professore di epidemiologia clinica nella McMaster University in Canada, che nella metà degli anni Ottanta definivano «lillipuziana la capacità della mente umana di memorizzare e richiamare le conoscenze acquisite». Pertanto, anche se i clinici sono spesso accusati di non trasferire adeguatamente e tempestivamente i risultati della ricerca alla pratica clinica, sembra evidente che i canali tradizionali utilizzati per distribuire l'informazione biomedica sono inadeguati per il processo decisionale. La sfida maggiore è quella di rendere le conoscenze disponibili al momento della decisione clinica, utilizzando le moderne tecnologie informatiche. L'informazione elettronica, infatti, può essere aggiornata in tempo reale e integrata nelle cartelle cliniche, dove i "pieces of evidence", insieme ai dati clinici, di laboratorio e strumentali, rappresentano gli elementi che concorrono a determinare le decisioni cliniche.

Antonino Cartabellotta
(presidente Gimbe)

Il valore della conoscenza

Nella logica di una distribuzione strategica e controllata del patrimonio di informazione biomedica, lo studioso Muir Gray (direttore del dipartimento di ricerca e sviluppo del servizio sanitario inglese) ha recentemente puntualizzato che le conoscenze scientifiche rappresentano la risorsa più preziosa per i sistemi sanitari del Ventunesimo secolo e per questo devono essere gestite alla stessa maniera di tutte le altre risorse comunemente utilizzate quali quelle finanziarie, l'edilizia, il personale e le energie.

Tenendo in considerazione il fatto che tali conoscenze devono essere sistematicamente ricercate, accuratamente valutate e rese disponibili nel formato idoneo a essere integrate nelle decisioni degli operatori sanitari, «ogni ospedale, ogni team di assistenza primaria, ogni servizio territoriale deve stabilire quali conoscenze utilizzare e come distribuirle all'interno e a tutti i livelli dell'organizzazione.

Questo sistema di management delle conoscenze deve essere affidato al *chief knowledge officer*, vale a dire un professionista capace di governarle in base al livello e alle esigenze dell'organizzazione sanitaria in cui si trova a operare».

Nel Nhs (National health service) inglese, per esempio, il ruolo del *chief knowledge officer* si concretizza grazie al nuovo sistema informativo sanitario, che prevede anche la creazione della «National electronic library for health». Si tratta in pratica di una infrastruttura virtuale che serve per distribuire l'informazione biomedica sia ai pazienti, sia agli operatori sanitari, chiamati a gestire e ad applicare «the best evidence» per migliorare continuamente la qualità delle decisioni cliniche.