



## manager&evidence health

*Ipotesi d'uso delle Lg Dalla definizione delle priorità alla verifica di efficacia*

# La guideline entra in azienda

**Il metodo di lavoro  
proposto in questa sede  
è «garantito»  
dall'esplicitazione  
e dalla conseguente  
riproducibilità  
delle fasi da seguire  
per un corretto impiego  
da parte di manager  
e operatori sanitari**

di **Antonino Cartabellotta \***  
e **Alfredo Potena \*\***

**N**el trasferimento dei risultati della ricerca all'assistenza sanitaria, buona parte delle aspettative è affidata alle linee guida (di seguito indicate Lg), uno degli strumenti di promozione dell'evidence-based health care. Le Lg, che hanno il compito di "distillare" un ampio volume di conoscenze scientifiche in un formato facilmente utilizzabile dal medico, sono classicamente definite come «raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari, per assistere medici e pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche».

Negli ultimi anni diversi fattori hanno fatto "lievitare le azioni" delle linee guida: la crisi economica dei Sistemi sanitari contemporanea all'aumento dei costi e della domanda di salute, la diffusione di tecnologie sanitarie sempre più costose, le consistenti variazioni della pratica clinica, la limitata diffusione di interventi efficaci e il persistente impiego di procedure inutili e/o dannose, il desiderio di offrire ai pazienti la migliore assistenza possibile.

Anche in Italia, dopo almeno un decennio di totale indifferenza, si assiste a un crescente interesse

per le Lg, sia tra la classe medica, che inizia a considerarle strumento di pratica clinica e di aggiornamento permanente, sia da parte degli amministratori sanitari, che magari intravedono nelle Lg uno strumento per contenere i costi. Nel Piano sanitario nazionale 1998-2000 è stato formalizzato il "Programma nazionale per le linee guida" (Pnlg), coordinato dall'Agencia per i servizi sanitari regionali e dall'Istituto superiore di Sanità. Purtroppo, dopo una lenta fase di avvio, culminata nella produzione di tre documenti metodologici e di due Lg, il Pnlg vive da quasi un anno in una fase di "ibernazione", e gli ambiziosi obiettivi delineati sono rimasti poco più che una dichiarazione d'intenti. A livello regionale diversi piani sanitari (Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Marche) hanno proposto l'introduzione di Lg, e anche se alcune esperienze locali sono sicuramente degne di nota, l'effettiva applicazione delle Lg ai processi assistenziali è avvenuta in maniera frammentaria e disordinata.

Pertanto, rispetto a quanto accade in altri Paesi, il crescente interesse per il fenomeno delle linee guida non è accompagnato da un adeguato supporto delle istituzioni centrali.

Considerato che le aziende sanitarie rappresentano il vero ambito

\* Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze

\*\* Divisione fisiopatologia respiratoria Arcispedale S. Anna, Ferrara



di applicazione delle Lg, l'obiettivo del presente contributo è quello di offrire un modello di lavoro per supportare l'introduzione di un programma aziendale di Lg.

### Il modello di lavoro

Questo modello, già presentato sinteticamente (vedi Il Sole 24 Ore Sanità, n. 28/1999 pag. 18), e perfezionato nel corso degli ultimi due anni, deriva da alcune esperienze pratiche che ricercano continuamente l'integrazione tra le peculiarità organizzative e culturali del nostro Sistema sanitario nazionale e le problematiche metodologiche delle linee guida. Innanzitutto, la evidence-based medicine rappresenta la metodologia di riferimento per la produzione delle Lg: negli ultimi anni, infatti, si è assistito a una progressiva riduzione delle consensus-based guidelines, in favore delle evidence-based guidelines. In secondo luogo, la produzione ex novo di Lg di accettabile qualità metodologica rappresenta per un'azienda sanitaria un progetto utopistico (per risorse, competenze e tempo disponibili) oltre che inutile, considerata la fiorente produzione internazionale di Lg.

Infine, l'esplicitazione e la conseguente riproducibilità di tutte le fasi viene posta a garanzia del metodo di lavoro.

### Fase 1

#### Definizione di priorità

Secondo il Department of Health, nella definizione delle priorità è necessario tenere conto di alcuni fattori: frequenza della condizione, gravità in termini di morbilità-mortalità, variabilità della pratica clinica corrente, impatto economico rilevante, eccessiva ansia dei professionisti nella gestione del problema clinico (a esempio, alcune condizioni di emergenza-urgenza).

Oltre a questi criteri generali, le esperienze realizzate suggeriscono di tenerne in considerazione altri due. Innanzitutto, la multidisciplinarietà della condizione: a esempio, la malattia tromboembolica interessa trasversalmente numerose unità operative di un'azienda (medicina interna, chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, oncologia, neurologia, ortopedia, medicina generale, laboratorio, imaging ecc.).

In secondo luogo, la disponibilità di evidenze consistenti a supporto delle raccomandazioni: infatti, soprattutto in questa fase, la selezione di una priorità assistenziale sostenuta da scarse evidenze

scientifiche può rappresentare un ostacolo ulteriore (vedi Il Sole 24 Ore Sanità Management, n. 4/2000, pag. 29-32).

Considerato che per ciascuna priorità dovrebbero essere ben definiti i confini e gli ambiti di applicazione, a scopo esemplificativo viene riportata in queste pagine una guida di riferimento.

### Fase 2

#### Costituzione del gruppo multidisciplinare

In un'azienda sanitaria l'input all'introduzione delle linee guida solitamente proviene dalla direzione sanitaria e/o dall'ufficio di qualità, anche se idealmente - nell'attuazione dei principi del Piano sanitario nazionale,

del decreto legislativo n. 229/1999 o riforma ter e di numerosi piani sanitari regionali - ciascuna azienda dovrebbe annoverare professionisti esperti nella valutazione dell'efficacia-appropriatezza degli interventi sanitari che nei Paesi anglosassoni configurano la cosiddetta clinical effectiveness unit.

Nella maggior parte delle situazioni, la direzione sanitaria e/o l'ufficio di qualità, dopo aver definito le priorità assistenziali (possibilmente insieme ai responsabili di dipartimento/unità operativa), devono avviare la costituzione dei gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari (Glam).

In un Glam, costituito da un numero dispari di componenti, idealmente compreso tra 9 e 15, dovrebbero essere rappresentate: le specialità cliniche coinvolte nella gestione del problema assistenziale prescelto, i professionisti del territorio, gli infermieri e i decisori

.....  
***Vanno considerati anche due fattori: la multidisciplinarietà della condizione e la disponibilità di evidenze consistenti***  
.....

### Gli "step" da percorrere

Fase	Denominazione	Attività
1	Definizione priorità	Aree assistenziali oggetto dell'elaborazione-applicazione di Lg
2	Costituzione del Glam	Gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare
3	Faiatu	Ricerca, valutazione critica, integrazione, adattamento locale e pianificazione dell'aggiornamento delle Lg
4	Die	Diffusione, implementazione e valutazione dell'efficacia delle Lg



## I "must" nell'assistenza...

### Presentazioni cliniche

- La priorità è rappresentata da una variabile combinazione di segni/sintomi/alterazioni di test diagnostici, che costituiscono la presentazione clinica dei pazienti
- Esempi: dolore toracico acuto, nodulo polmonare solitario, emorragia digestiva superiore, sincope
- La Lg si focalizza prevalentemente su due aspetti:
  - il percorso diagnostico necessario per inquadrare la presentazione clinica in una malattia nosograficamente definita
  - il trattamento in emergenza, se necessario

### Malattie, sindromi

- La priorità è rappresentata da una malattia-sindrome nosograficamente definita
- Esempi: infarto del miocardio, carcinoma polmonare, ulcera peptica, asma bronchiale, stroke, cirrosi epatica
- La Lg si focalizza su:
  - trattamento della malattia
  - follow-up di malattia
  - prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) della malattia

### Test diagnostici

- La priorità è rappresentata da un test diagnostico
- Esempi: risonanza magnetica nucleare (Rmn), tomografia a emissione di positroni (Pet), coronarografia, densitometria ossea, markers dell'epatite virale
- La Lg si focalizza sull'utilizzo appropriato del test in varie condizioni cliniche

### Trattamenti

- La priorità è rappresentata da un trattamento (farmacologico, chirurgico, riabilitativo ecc.)
- Esempi: immunoglobuline e.v. ad alte dosi, appendicectomia laparoscopica, riabilitazione post-stroke, albumina, farmaci antipertensivi
- La Lg si focalizza sulla prescrizione appropriata del trattamento (nella stessa malattia o in condizioni differenti)

### Aspetti organizzativi

- La priorità è rappresentata da problematiche di tipo organizzativo
- Esempi: priorità nelle liste d'attesa, appropriatezza del ricovero ordinario, opportunità dell'assistenza domiciliare, organizzazione di servizi ecc.
- La Lg si focalizza sull'appropriatezza di erogazione (inclusa la sede) di servizi e prestazioni sanitari

ri. A esempio, in una Glam sul carcinoma polmonare dovrebbero essere rappresentate la pneumologia, la medicina interna, la medicina generale, la chirurgia toracica, il nursing, la radiologia, la radioterapia, la farmacia (o il servizio di chemioterapia), il dipartimento di prevenzione, il laboratorio e la direzione sanitaria. È auspicabile anche la presenza della cosiddetta componente di supporto (epidemiologi-statistici, esperti di information management, economisti, esperti della qualità di vita), qualora presente tra le professionalità dell'azienda. Per ciò che riguarda i rappresentanti dei pazienti potranno essere

definite, insieme all'ufficio relazioni con il Pubblico, le modalità di coinvolgimento degli utenti in relazione alla situazione locale.

### Fase 3 «Faiau»

L'obiettivo di questa fase è pervenire alla definizione di uno standard assistenziale che rappresenti il miglior compromesso possibile tra le evidenze scientifiche e il contesto locale.

#### *Finding:*

#### *la ricerca delle Lg*

Considerato che, piuttosto che elaborare Lg ex-novo, la migliore strategia consiste nell'identificare

una Lg autorevole da sottoporre a un processo di adattamento locale, il primo obiettivo del Glam è identificare una (o più) Lg pertinenti alla priorità definita.

Al riguardo, vale la pena puntualizzare che non esiste un'unica banca dati di Lg, ma attraverso internet è possibile accedere gratuitamente a diversi prodotti che hanno generalmente un focus nazionale: a esempio, la National Guideline Clearinghouse (vedi Il Sole 24 Ore Sanità Management 2-3/2000, pag. 33) è una Bd statunitense, il Cma Infobase canadese, il Sign scozzese, e Guidelines anglosassone. Piuttosto che riportare i numerosissimi indirizzi web



corrispondenti a siti e/o banche dati di Lg, rimandiamo alla pagina del sito Gimbe che raccoglie e mantiene costantemente aggiornati ([www.gimbe.org/Link/Linee-guida.htm](http://www.gimbe.org/Link/Linee-guida.htm)).

Una volta identificate le Lg pertinenti, è necessario recuperarle in formato integrale, che nella maggior parte dei casi è gratuitamente disponibile in rete.

*Appraising:*

*valutazione critica di Lg (e scelta della Lg di riferimento)*

La mancanza di rigore metodologico, alimentata dall'onda dell'entusiasmo, ha generato negli ultimi anni Lg di qualità discutibili:

infatti, studi recenti già riportati (Il Sole 24 Ore Sanità Management 5/2000, pag. 29-34) dimostrano che la qualità media delle Lg internazionali - in particolare quelle prodotte da società scientifiche - è ancora ben lontana da standard accettabili. Nella maggior parte delle Lg valutate non c'è alcuna garanzia che le raccomandazioni siano formulate sulla base di una revisione sistematica delle evidenze disponibili e che la loro interpretazione sia stata condotta con criteri espliciti.

In particolare, nel lavoro condotto da Grilli e coll., solo 15 su 431 Lg rispettavano i tre criteri di qualità di una Lg presi in considerazione:

- la multidisciplinarietà del gruppo di lavoro, necessaria per garantire un "sano equilibrio" nell'interpretazione delle evidenze e nella formulazione delle raccomandazioni. Infatti, le Lg prodotte da gruppi monodisciplinari di specialisti tendono a sovrastimare l'efficacia degli interventi terapeutici e ad estendere le indicazioni dei

test diagnostici;

- il processo esplicito di ricerca bibliografica. Considerato che le Lg rappresentano un prodotto di ricerca secondaria, deve essere dettagliato il processo di identificazione delle evidenze: banche dati e strategie di ricerca utilizzate, range temporale della ricerca bibliografica, eventuali altre fonti;

- il grading delle evidenze. Secondo quanto già definito (Il Sole 24 Ore Sanità Management 1/2000, pag. 26), le regole formali dell'epidemiologia clinica assegnano a ciascun tipo di studio una specifica posizione nella "gerarchia delle evidenze".

.....  
**Attraverso il grading viene «mappata» la qualità della ricerca disponibile e legata alle raccomandazioni fornite**  
.....

Attraverso il grading viene "mappata" la qualità della ricerca disponibile e legata esplicitamente alle raccomandazioni fornite.

Anche se la valutazione critica delle Lg è una "scienza" relativamente giovane, esistono alcuni riferimenti metodologici di rilievo. In particolare, lo strumento Agree (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), è una scheda

per la valutazione di qualità delle Linee guida elaborata da un gruppo internazionale di ricercatori grazie a un finanziamento della Comunità europea. Lo strumento Agree consente di valutare la qualità di una linea guida attraverso 23 items (ciascuno dei quali associato a una nota esplicativa) che prendono in considerazione vari aspetti: gli obiettivi della Lg, il coinvolgimento delle parti in causa, il rigore metodologico, la chiarezza esposi-

tiva, l'applicabilità e l'indipendenza editoriale. L'ultima versione dello strumento Agree (agosto 2000) è disponibile all'indirizzo [www.sghms.ac.uk/phs/hceu/draft2.pdf](http://www.sghms.ac.uk/phs/hceu/draft2.pdf), oppure attraverso il sito ufficiale ([www.Agreecollaboration.org](http://www.Agreecollaboration.org)).

I componenti del Glam valutano individualmente attraverso lo strumento Agree la qualità metodologica delle Lg reperite e, dopo valutazione consensuale, scelgono la Lg di riferimento.

*Integrating:*

*l'integrazione della Lg*

Il Glam può rilevare che nella Lg di riferimento alcuni aspetti, in particolare se di rilevanza locale, non sono sufficientemente approfonditi, oppure completamente ignorati; inoltre, la Lg di riferimento potrebbe non essere recentissima. Alla luce di tali necessità, il Glam può ritenere opportuno effettuare ulteriori ricerche bibliografiche, sia per gli aspetti non sufficientemente trattati dalle Lg di riferimento, sia per un eventuale aggiornamento. In particolare, è opportuno prendere in considerazione tutte le revisioni sistematiche (specie della Cochrane Col-

laboration) pubblicate successivamente al rilascio della Lg.

*Adapting:*

*adattamento locale della Linea guida*

L'adattamento locale delle Lg è influenzato da svariati fattori: disponibi-

lità di tecnologie ed expertise, pratiche consolidate, influenza di opinion leader, modalità di esercizio della libera professione (conflitti d'interesse), aspettative dei pazienti, fattori politici, economici e geografici (a esempio azienda

.....  
**Tra i numerosi fattori che agiscono sull'adeguamento locale delle linee guida c'è anche l'influenza degli opinion leader**  
.....



### Schema per l'adattamento locale delle Lg

Raccomandazioni originali	Commenti e note	Testo proposto
<b>Otite media acuta: criteri diagnostici</b> Presenza di versamento nell'orecchio medio, associato a uno o più segni e sintomi di malattia acuta locale o sistemica Necessaria l'otoscopia pneumatica	L'otoscopia pneumatica non è pratica corrente, né in ospedale, né da parte dei pediatri di libera scelta, per cui viene esclusa dai criteri diagnostici la rigidità della membrana timpanica	<b>Otite media acuta: criteri diagnostici</b> Flogosi dell'orecchio medio con versamento, a esordio acuto, associato a uno o più dei seguenti segni/sintomi (otalgia, febbre, irritabilità, sintomi gastrointestinali) All'esame otoscopico si rilevano iperemia con estroflessione (versamento) della membrana timpanica, oppure otorrea (perforazione)

monopresidio vs azienda multi-presidi). Per evitare che la fase di adattamento coincida con la legittimazione di pratiche locali, è necessario adottare una metodologia esplicita: attraverso una scheda i professionisti valuteranno l'adattamento locale di ciascuna raccomandazione della Lg originale e suggeriranno eventuali integrazioni che il Glam potrà approfondire con ulteriori ricerche bibliografiche. In queste pagine sono riportate esemplificazioni dell'adattamento locale di una raccomandazione di linee guida internazionali relativa all'otite media acuta in età pediatrica.

In questa fase i componenti del Glam dovrebbero, nelle rispettive aree specialistiche che rappresentano, offrire a un numero rappresentativo di professionisti la possibilità di contribuire all'adattamento locale, anche ai fini di una precoce diffusione e condivisione delle linee guida.

#### Updating: la definizione programma di aggiornamento della Lg

L'estrema dinamicità della ricerca clinica rende necessaria la pianifi-

cazione di un programma di aggiornamento delle Lg che può essere effettuato attraverso due modalità: la prima consiste nel definire una "data di scadenza" delle Lg, generalmente non superiore a un anno, entro la quale le raccomandazioni devono essere sottoposte a revisione.

La seconda modalità prevede di effettuare una sorveglianza periodica della letteratura e un continuo aggiornamento-integrazione delle linee guida.

È ovvio che se è quest'ultima strategia a rappresentare lo standard ideale, nella maggior parte dei casi l'aggiornamento periodico sembra essere il miglior

compromesso, a condizione che i tempi di revisione vengano definiti all'avvio del programma.

#### Fase 4 «Die»

In questa fase vengono messe in atto le strategie per la diffusione-implementazione delle Lg, non-

ché per la misurazione dei suoi effetti sull'assistenza sanitaria.

#### Dissemination:

##### la diffusione locale delle Lg

Tenendo conto delle strategie d'implementazione da adottare (vedi dopo) il Glam deve definire gli strumenti da utilizzare per la diffusione delle linee guida tra gli operatori sanitari.

- Iniziative: "presentazione ufficiale" delle Lg ai professionisti dell'Azienda, coinvolgimento dei media, delle associazioni di consumatori.

- Formato delle linee guida: versione integrale, quick reference, flow chart, versione per i pazienti, reminder da includere nelle cartelle cliniche o da collocare in altre sedi strategiche, linee guida in formato elettronico che, nelle aziende con adeguata informatizzazione, consentono l'utilizzo di strategie d'implementazione molto efficaci.

#### Implementation:

##### l'implementazione delle Lg

Consistenti evidenze scientifiche dimostrano che la disseminazione passiva delle Lg, attraverso la pubblicazione e/o l'invio di materiale educativo è generalmente inefficace, e nella migliore delle ipotesi determina solo minimi cambiamenti nella pratica professionale. Per tale

**L'introduzione di guideline in qualsiasi realtà assistenziale non può prescindere da strategie di implementazione**

ragione, l'introduzione delle linee guida in qualunque realtà assistenziale non può prescindere dall'utilizzo delle strategie di implementazione il cui obiettivo è quello di favorire l'applicazione delle Lg.

Rimandando allo specifico contributo (Il Sole 24 Ore Sanità Management, 4/2000, pag. 29-34), ri-



cordiamo che due recenti revisioni sistematiche hanno sottolineato che si conosce ancora poco sull'efficacia e sui costi degli interventi mirati a modificare la pratica professionale. In particolare:

- i reminder, sia manuali che soprattutto elettronici, sono tra gli strumenti più efficaci;

- la strategia dell'outreach visit ha determinato un miglioramento dei comportamenti, limitatamente alle prescrizioni farmaceutiche nel Nord America;

- l'audit e il feedback forniscono al medico una periodica revisione delle principali decisioni diagnostico-terapeutiche, con eventuali raccomandazioni allegate per correggere le inapproprietezze. In alcuni casi sono in grado di migliorare la prescrizione di farmaci e le richieste di test diagnostici;

- tra le iniziative educazionali, all'efficacia dei meeting interattivi tra professionisti, si contrappone l'inutilità delle conferenze (lectures) che prevedono solo un trasferimento passivo delle conoscenze;

- l'uso dei mass media può favorevolmente influenzare l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli utenti;

- altre strategie d'implementazione - come l'uso di opinion leader, un processo di consenso locale, incentivi economici, interventi mediati dai pazienti, interventi regolatori - sono poco studiate e/o non hanno fornito risultati consistenti.

Considerato che non esiste una strategia ideale applicabile a ogni realtà organizzativo-assistenziale, tutti gli approcci efficaci possono essere validi a condizione che sia-

no adattati alle specifiche caratteristiche del cambiamento proposto, al gruppo target, alla realtà locale e all'analisi degli ostacoli. Poiché l'adeguata pianificazione di una strategia multi-fattoriale è in grado d'indurre cambiamenti

comportamentali più consistenti, è opportuno investire una buona dose di tempo e risorse a questa fase, che rappresenta il vero nodo cruciale per il successo delle Lg.

**Tutti gli approcci efficaci sono validi a condizione che siano adattati alle caratteristiche del cambiamento**

*Evaluating: la valutazione dell'efficacia delle Lg*

L'impatto delle Lg sull'assistenza sanitaria può essere misurato attraverso indicatori di processo e/o di esito.

Gli indicatori di processo informano che il processo assistenziale è stato erogato, o meno, in maniera appropriata: a esempio, secondo quanto definito dalle Lg sulla profilassi della malattia tromboembolica, a nessun paziente con basso rischio tromboembolico dovrebbe essere prescritta una profilassi farmacologica, e tutti i pazienti con rischio molto elevato devono effettuare profilassi con eparina a basso peso molecolare (Ebpm).

Gli indicatori di esito documentano, invece, che l'introduzione della Lg ha modificato esiti assistenziali: clinici (morbilità, mortalità), economici (costi diretti o indiretti), umanistici (qualità di vita dei pazienti). Ritornando all'esempio precedente, attraverso gli indicatori di esito è possibile documentare che la Lg ha determinato una

riduzione della mortalità per embolia polmonare e/o una riduzione degli episodi di trombosi venosa profonda (esiti clinici); una riduzione del consumo di eparina non frazionata e un aumento della spesa per eparine a basso peso molecolare (esiti economici).

Considerato che non è semplice stabilire se un esito clinico consegua a un determinato intervento sanitario, oppure dipende dallo stato di salute generale del paziente, è spesso più valido analizzare i processi assistenziali verificando l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Infatti, un trattamento appropriato può essere associato a esiti negativi se la prognosi è invariabilmente infausta e, viceversa, un paziente può avere un esito clinico favorevole, anche se ha ricevuto interventi diagnostico-terapeutici inappropriati.

I sistemi informativi aziendali, nella migliore delle situazioni consentono di rilevare solo indicatori di esiti economici (numero di ricoveri, numero di accessi ambulatoriali, consumo di farmaci, utilizzo di test diagnostici, ecc.) e "grossolani" indicatori di esito clinico (quelli rilevabili attraverso l'analisi delle schede di dimissione ospedaliera).

Pertanto, la valutazione dell'efficacia delle linee guida non può prescindere da un'adeguata pianificazione degli audit clinici (vedi Il Sole 24 Ore Sanità Management 5/2000, pag. 29-36) che permettono di verificare sia quanto uno specifico comportamento assistenziale si è modificato in seguito all'introduzione di linee guida (indicatore di processo), sia indicatori più "raffinati" di esiti clinici, sia misure di qualità di vita.

**È indispensabile una pianificazione adeguata degli audit clinici per monitorare modifiche all'assistenza**



## Tirando le somme...

Undici "comandamenti" da seguire (o per meglio dire undici "trappole" da evitare). Sono riportate in questa pagina, con la speranza che aiutino gli operatori delle aziende sanitarie ad applicare nel modo più efficace possibile le linee guida.

1. Nella fase di definizione delle priorità bisogna considerare che un ambito assistenziale più circoscritto facilita la misurazione dell'impatto di una Lg. Inoltre, in un percorso diagnostico-terapeuticoi "nodi" assistenziali

cruciali e/o quelli con impatto economico rilevante sono un numero (relativamente) limitato. Pertanto, è molto più utile e produttivo

definire pochi e misurabili obiettivi, piuttosto che riscrivere interi capitoli della medicina clinica, dove numerose raccomandazioni sono strettamente legate alla variabile individualità del singolo paziente (e pertanto dipendenti da un adeguato giudizio clinico) e/o hanno un impatto irrilevante sulle risorse e/o sono scarsamente misurabili.

2. La definizione di priorità assistenziali supportate da evidenze robuste e non controverse può facilitare il processo di accettazione e applicazione delle Lg.

3. Assemblare un Glam inadeguato può compromettere l'intero programma: ideal-

mente, i componenti dovrebbero essere clinici motivati e riconosciuti dai colleghi come autorevoli (qualcuno ritiene che la posizione apicale non sia desiderabile). In ogni caso, è fondamentale la presenza della direzione aziendale che può intervenire sulla giusta allocazione delle risorse.

4. Aspettarsi che il Glam collabori a tempo indeterminato e con entusiasmo costante al miglioramento dell'appropriatezza di servizi e prestazioni sanitarie - «expecting people to give up their time for you» - è un'illusione.

5. Evitare assolutamente di selezionare due-tre Lg prodotte da differenti istituzioni ed effettuare in proprio una sintesi delle raccomandazioni: la Lg di riferimento deve sempre e solo una.

6. Non investire tutto il tempo e le risorse disponibili nella definizione delle Lg senza programmare adeguate strategie d'implementazione e di misurazione degli effetti delle Lg. Per tale ragione, le fasi Faiu e Die devono procedere parallelamente.

7. Ritenere che tutti i clinici accetteranno le Lg alla stessa maniera: nelle fasi iniziali il consenso potrà riguardare solo un numero relativamente piccolo di professionisti, ma è fondamentale ottenere in tempi brevi dei risultati così da coinvolgere anche i

più resistenti.

8. Per definizione, le Lg rappresentano una tecnologia sanitaria (vedi Sanità & Management 1/2001, pag 33-37), per cui le aziende devono prevedere una quota di risorse da destinare alla loro "manutenzione".

9. L'obiettivo delle Lg non è quello di ridurre i costi, ma solo di ridistribuire le risorse in relazione all'efficacia degli interventi sanitari: tale ridistribuzione potrà determinare un risparmio se l'entità degli interventi inappropriati erogati supera quella degli interventi appropriati non erogati, oppure un aumento di costi nella situazione opposta.

10. L'assenza di un adeguato sistema informativo aziendale e/o l'impossibilità a pianificare audit clinici rende impossibile la valutazione dell'impatto delle Lg.

11. L'introduzione di un programma aziendale di Lg deve essere coerente sia con il processo di miglioramento della qualità, sia con le attività di formazione, sia con le modalità di contrattazione del budget. A esempio, non avrebbe alcun senso introdurre Lg sull'appropriatezza dell'endoarteriectomia carotidea e incentivare le chirurgie vascolari in base al numero degli interventi eseguiti. Lo sviluppo di indicatori evidence-based su cui programmare il budget delle unità operative e dei dipartimenti, è oggi una concreta possibilità per implementare la evidence-based medicine nelle aziende sanitarie.

**Obiettivo delle guideline non è ridurre i costi ma redistribuire le risorse in relazione all'efficacia degli interventi**