

Consigli utili di "knowledge translation" per chi guida e mette in pratica le scelte



# Solo le evidenze ci salveranno

Un modello di Kt per caregivers, professionisti, manager e policy maker

Secondo l'evidence-based health care le conoscenze scientifiche dovrebbero guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone. In realtà, l'inadeguato utilizzo delle evidenze da parte di tutti i decision-maker (professionisti, pazienti e caregivers, manager e policy-maker) è documentato sia nei Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, a livello di cure primarie e nell'assistenza ospedaliera, in tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche. Ciò determina asimmetrie informative e sprechi conseguenti al sovrautilizzo (overuse) di servizi e prestazioni sanitarie inefficienti o inappropriati e al sottoutilizzo (underuse) di quelli efficaci e appropriati. Di conseguenza, la sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di Pil destinata alla sanità, non può prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo da parte dei professionisti e la governance dell'intero processo di knowledge translation (Kt), che di fatto si realizza soprattutto nelle Aziende sanitarie, come un «processo dinamico e continuo che comprende la sintesi, la disseminazione, lo scambio e l'applicazione delle conoscenze al fine di migliorare la salute, fornire servizi, prestazioni e interventi sanitari più efficaci e appropriati e contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario» (Canadian Institute of Health Research, 2006).

Un modello efficace di Kt deve prevedere innanzitutto un adeguato processo di generazione, sintesi e "distillazione" delle evidenze, sino a ottenere per gli utilizzatori finali (professionisti sanitari, decisori e pazienti) prodotti fruibili e utili quali linee guida, health-technology assessment report, ausili decisionali per i pazienti. Successivamente, ciascuna Azienda sanitaria è chiamata ad attivare il "ciclo delle azioni":

- definire le priorità clinico-assistenziali organizzative;
- identificare le evidenze da implementare, generalmente sotto forma di linee guida o Hta reports;
- adattare le evidenze al contesto locale in percorsi assistenziali che tengano conto degli ostacoli strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali;
- identificare barriere e fattori facilitanti all'utilizzo delle evidenze;
- pianificare e monitorare una strategia multifattoriale per implementare e sostenere il processo di cambiamento;
- monitorare l'impatto delle evidenze sui processi (appropriatezza) e sugli esiti assistenziali (efficacia).

Piuttosto che affidarsi con ragionevole insuccesso alle capacità di aggiornamento continuo dei singoli professionisti, il management delle Aziende sanitarie, attraverso processi di innovazione e adeguati investimenti, deve governare l'intero processo di Kt che prevede l'utilizzo sinergico di vari strumenti di clinical governance: Ebm, linee guida e percorsi assistenziali, audit clinico, indicatori di performance, gestione del rischio, Hta, formazione e sviluppo professionale continui, coinvolgimento di cittadini e pazienti, ricerca e sviluppo,

### L'asse Gimbe-Fiaso

**D**irettori generali, sanitari e amministrativi rappresentativi di 30 Aziende sanitarie hanno partecipato il 21-22 novembre alla Convenzione "Le Aziende sanitarie per il futuro del Ssn: competenze manageriali e professionali per una Sanità a high value", organizzata dalla Fondazione Gimbe in partnership con la Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso).

Nella sessione inaugurale Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione Gimbe, ha ribadito che la sostenibilità del Ssn è strettamente legata al processo di disinvestimento e riallocazione, che non può fare a meno degli strumenti della clinical governance per favorire il trasferimento delle migliori evidenze all'assistenza sanitaria e ridurre asimmetrie informative, diseguaglianze e sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie.

Francesco Ripa di Meana, presidente della Fiaso, ripercorrendo la storia dell'aziendalizzazione, ha identificato quale valore per il Ssn hanno prodotto le Aziende e il management, quantificando la "perdita di valore" conseguente al processo di sterilizzazione/abolizione delle Aziende sanitarie e identificando il fenotipo dell'Azienda sanitaria del futuro: una organizzazione "liquida", caratterizzata da nuovi rapporti con l'esterno, nuovi assetti organizzativi, nuove responsabilità e forte enfasi sulla trasversalità.

Due sessioni interattive hanno permesso di sondare le opinioni dei partecipanti su tematiche di estrema attualità. Massimo Annicchiarico (Azienda Usl Bologna) e Angelo Tanese (Asl Roma E) hanno discusso degli strumenti necessari per garantire equità distributiva e allocazione di servizi e prestazioni sanitarie, illustrato le innovazioni organizzative che legano sostenibilità e governo clinico e affrontato il delicato tema della fusione delle Aziende sanitarie. Fausto Nicolini (Azienda Usl Reggio Emilia) e Francesco Longo (Sda Boccioni), hanno approfondito rilevanti aspetti di gestione del capitale umano delle organizzazioni sanitarie, la misurazione e rendicontazione delle performance e le strategie per aumentare efficienza e produttività, mantenendo la qualità dei servizi.

Il report integrale dell'evento è disponibile a: [www.gimbe.org/DG2014](http://www.gimbe.org/DG2014)

### VITA SUL FRONTE

## Patrimoni da non sprecare o sarà l'impazzimento

**L'**incontro tra la cultura del management e quella del governo clinico è stato voluto per verificare come ritrovare, alla luce dell'esperienza di questi anni, il senso del contributo che le Aziende hanno dato, e continuano a dare, alla tenuta del sistema.

Le Aziende in questi anni hanno dovuto affrontare nuovi "tenori", interni ed esterni, che hanno portato a una radicale trasformazione della gestione e dell'organizzazione di Asl e Ao: da un lato, oltre ai tagli del budget, abbiamo assistito a una continua riduzione del numero di Aziende e di posti letto; dall'altro abbiamo fatto i conti, sempre di più, con l'emergere di nuove responsabilità verso pazienti e professionisti, e con lo spostamento del focus dell'assistenza dall'acuzie alla cronicità. Un cambio di prospettiva significativo, in un contesto di non aumento, e poi di riduzione, delle risorse disponibili, nel quale si è mantenuto il livello di erogazione dei servizi con standard di qualità assolutamente apprezzati.

Sono anche queste le ragioni che ci convincono della necessità di condividere le innovazioni in grado di trasformare la cultura manageriale e quella professionale, lasciando spazio alla compenetrazione tra questi due mondi e le culture e i linguaggi che le caratterizzano, per garantire un'assistenza sanitaria basata sulle evidenze, centrata sul paziente e ad alta qualità. Il fine ultimo è ottenere dalle risorse utilizzate il massimo ritorno in termini di salute, tenendo nella giusta considerazione una convinzione, e cioè che oggi numerosi problemi della Sanità prescindono dalla disponibilità di risorse, anzi conseguono spesso a una eccessiva medicalizzazione della società.

La due giorni bolognese ha visto rafforzare la centralità dell'Azienda come luogo di cambiamento e di innovazione organizzativa, riconoscendo al governo clinico la capacità di modificare l'organizzazione e l'orientamento strategico delle aziende. Verso l'interno, passando da una struttura gerarchica e verticale, organizzata secondo le classiche unità operative, a una struttura trasversale, con percorsi assistenziali, laboratori e piattaforme di servizi comuni, l'applicazione del chronic care model per la gestione delle cronicità. Verso l'esterno, rivedendo gli stessi confini tra le Aziende e tra il sanitario e il sociale.

Se la sostenibilità del Ssn non può che basarsi sul binomio "disinvestire e riallocare", le strategie manageriali in grado di assicurare adeguato coinvolgimento e responsabilizzazione dei professionisti sono state indicate come i fattori in grado di condizionare maggiormente l'efficacia del processo di riallocazione. Sono state proposte anche soluzioni su come limitare l'impatto negativo del blocco del turn over, prevalentemente attraverso una revisione del modello di offerta, ma anche con la concentrazione delle attività ad alto costo e un più radicale trasferimento delle attività a elevata diffusione nell'ambito dell'assistenza primaria.

Tutti elementi che ci consentono di affermare che la crisi economica non ha rappresentato solo un problema, ma anche una occasione per accelerare il processo di cambiamento. L'Azienda ha consentito di fare meglio con meno, ma paradossalmente ora è proprio il modello aziendale a essere messo sempre più in discussione. Così si auspicano processi di accorpamento che diluirebbero l'Azienda all'interno di strutture a gestione politica, senza più occasioni di mediazione e governo con i professionisti.

Se questo patrimonio di competenze ed esperienze dovesse essere disperso, il rischio di tornare rapidamente come all'indomani della crisi economica degli anni '80, con un impazzimento del sistema e, nel breve-medio periodo, l'incapacità di garantire equità, sostenibilità e qualità del servizio sanitario, si farebbe assai concreto.

### I risultati della survey

<h4>Verso un nuovo universalismo: gli strumenti per garantire equità distributiva e allocativa</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oltre il 90% ritiene che le Asl possono essere "produttori" di welfare, sia definendo un'autonomia politica di azione sul territorio (36%), sia su mandato regionale e di politica socio-sanitaria integrata con i Comuni (57%)</li> <li>● Secondo l'86% gli strumenti della clinical governance costituiscono, anche se non da soli, l'ancora di salvezza per l'universalismo del Ssn</li> </ul>	<h4>Come gestire il capitale umano in un contesto multiprofessionale</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nell'attuale quadro economico e contrattuale, le leve di gestione del personale più efficaci sono la valorizzazione professionale (56%) e il riconoscimento esplicito non economico (30%). Rimangono al palo avanzamenti di carriera e riconoscimenti economici (entrambi al 7%), verosimilmente per la non facilità</li> <li>● Suggeste due azioni fondamentali per contenere l'impatto negativo del blocco del turn-over: la revisione del modello d'offerta (56%) e l'accoppiata concentrazione delle attività ad alto costo + radicale trasferimento delle attività ad alta diffusione nell'ambito delle cure primarie (33%)</li> <li>● L'integrazione tra le diverse professioni sanitarie è ostacolata in maggior misura dalla resistenza al cambiamento (66%), quindi da conoscenze e skills (21%) e dalle normative vigenti (10%)</li> <li>● Oltre il 60% ritiene che gli standard di competenza professionale per valutare conoscenze, skills e attitudini dei professionisti sanitari devono essere definiti dalle istituzioni centrali o regionali, in particolare attraverso i requisiti di accreditamento regionali (43%); per il 21% il compito deve essere affidato a società scientifiche/Ordini e Collegi professionali; mentre il 20% lo ritiene superfluo anche per il rischio di una eccessiva burocratizzazione</li> </ul>
<h4>Nuovi confini tra le Aziende sanitarie: integrazioni, combinazioni, fusioni</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se il 43% ritiene che servano solo alla politica per dimostrare capacità di riforma, per il 31% incrementano la governance delle reti di offerta, mentre per il 21% indeboliscono la capacità di risposta del sistema, meglio garantita da aziende più piccole</li> <li>● Il 73% pensa che la holding regionale sia l'unica strada per la sopravvivenza dell'autonomia aziendale, mentre il rimanente 27% teme che costituisca la premessa alla perdita di autonomia</li> <li>● Per il 90% il sistema di finanziamento può favorire l'integrazione delle Aziende sanitarie, in particolare vincendo la remunerazione delle Aziende ospedaliere a obiettivi di esito</li> </ul>	<h4>Accountability e performance management: cosa misurare e come rendicontare</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tutti ritengono che nel budget debbano essere integrati indicatori di qualità tecnico-professionale, in particolare di appropriatezza (64%)</li> <li>● Grande disponibilità alla trasparenza: oltre il 90% ritiene che le performance professionali e dei team devono essere rese pubbliche: 46% anche all'esterno dell'Azienda, 31% solo all'interno dell'Azienda e 15% solo all'interno del team</li> </ul>
<h4>Innovazioni organizzative: ultima opportunità per legare sostenibilità e governo clinico</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>● L'80% concorda che l'elemento che condiziona maggiormente l'attuazione delle innovazioni organizzative è la capacità della direzione aziendale di guidare e orientare il cambiamento, rispetto all'attitudine/disponibilità dei professionisti al cambiamento (13%) e alla presenza di linee di indirizzo regionali (7%)</li> <li>● Il 97% ritiene che la concentrazione delle prestazioni a elevata complessità, secondo le modalità definite dal regolamento sugli standard ospedalieri, è una riorganizzazione necessaria per mantenere la qualità dei servizi</li> <li>● La totalità dei partecipanti riconosce che i percorsi assistenziali permettono di conciliare garanzia, sostenibilità, appropriatezza e medicina centrata sul paziente</li> <li>● L'ospedale di comunità per il 26% è economicamente vantaggioso solo se gestito interamente dalle cure primarie; per il 19% è l'unica possibilità per riconvertire strutture esistenti; per il 33% è indispensabile per attuare il chronic care model; mentre per il 22% è un modello organizzativo inapplicabile</li> </ul>	<h4>Value for money: aumentare efficienza e produttività, mantenendo la qualità dei servizi</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Secondo l'81% la compatibilità tra appropriatezza e produttività è un obiettivo realistico in tutte le Aziende sanitarie; per coniugare produttività e appropriatezza nettamente preferiti gli strumenti di governo clinico (58%) rispetto al lean management (7%)</li> <li>● L'efficacia del processo di disinvestimento e riallocazione sarà condizionato in prevalenza da direttive regionali (20%), strategie manageriali (44%) e adeguato coinvolgimento e responsabilizzazione dei professionisti (36%)</li> </ul>

staff management ecc. La rilevanza di tali strumenti, oggi richiamati in vari articoli del Patto per la salute 2014-2016 e dal "Regolamento sugli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", è ulteriormente confermata da una logica interpretazione di alcune affermazioni contenute nel Patto stesso. Infatti, se:

- i «risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie»;
- le performance delle Aziende sanitarie, in termini di erogazione dei

Lea e di equilibrio finanziario, contribuiscono al risultato complessivo della propria Regione;

- la legge di Stabilità ha confermato che «il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn e comporta la loro decadenza automatica in caso di inadempimento»;

è inevitabile per le Regioni avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), responsa-

bilizzando e coinvolgendo attivamente le Aziende sanitarie e queste, a cascata, tutti i professionisti. In questo processo di disinvestimento e riallocazione si affermano come indiscussi protagonisti tutti gli strumenti della clinical governance, perché per garantire la sostenibilità del Ssn il denaro pubblico oggi non può che finanziare servizi, prestazioni e interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'high value.

**Nino Cartabellotta**  
presidente Fondazione Gimbe

**Francesco Ripa di Meana**  
presidente Fiaso