

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

L'adattamento locale delle linee guida

Quando è lecito modificare le raccomandazioni cliniche?

Nell'attuazione del governo clinico le organizzazioni sanitarie devono fare riferimento alle linee guida (LG) per standardizzare i processi assistenziali e costruire gli indicatori di appropriatezza clinica, con il fine ultimo di erogare assistenza di elevata qualità in accordo con le migliori evidenze scientifiche. Considerato che per un'azienda sanitaria, la produzione di LG di elevata qualità metodologica è una *mission impossible* - per risorse, competenze metodologiche e tempo - si configurano solitamente due scenari: produzione ex novo di LG di scadente qualità metodologica o tentativi informali di adattamento locale di LG esistenti. In entrambi i casi il risultato - e probabilmente anche l'obiettivo - è identico: legittimare per iscritto pratiche locali già consolidate!

Considerata l'ampia disponibilità di LG di buona qualità - prodotte da agenzie governative e/o da società scientifiche - è indispensabile definire un'approccio sistematico e rigoroso per l'adattamento locale delle LG che, proponendo un'assistenza sanitaria ideale, generalmente incontrano nei setting assistenziali numerosi ostacoli alla loro applicazione.

1. Principi generali

Ciascuna organizzazione sanitaria è caratterizzata dai requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, professionali - "patrimonio STOP" - generalmente definiti dalle normative regionali per l'accreditamento istituzionale. Inoltre, l'organizzazione è ubicata in una specifica area geografica con proprie caratteristiche di viabilità, è condizionata dal contesto socio-culturale della popolazione ed è regolamentata da normative sanitarie nazionali, regionali e locali. Tutti questi elementi, caratterizzando il contesto locale, costituiscono potenziali ostacoli all'applicazione locale delle LG. In secondo luogo, è indispensabile sottolineare che l'unità elementare di adattamento locale non è costituita dalla LG, ma dalla singola raccomandazione clinica. Infine, è fondamentale accettare che la resistenza al cambiamento professionale e le pratiche locali consolidate non costituiscono ostacoli specifici che giustificano la modifica delle raccomandazioni cliniche.

2. Metodologia di adattamento locale

Tenendo conto delle evidenze scientifiche e delle esperienze aziendali realizzate da GIMBE nella produzione dei percorsi assistenziali, è possibile definire un framework per il gruppo di lavoro multiprofessionale locale.

a. Effettuare una ricerca sistematica delle LG disponibili

in letteratura, applicare gli strumenti di valutazione critica (AGREE) e selezionare una LG di riferimento.

b. Riportare le raccomandazioni originali della LG selezionata in una scheda ad hoc.

c. Identificare, per ciascuna raccomandazione clinica, gli eventuali ostacoli all'applicazione locale facendo riferimento alla tassonomia riportata nel box.

1. Strutturali

- Assenza di una unità operativa o servizio
- Carenze strutturali specifiche

2. Tecnologici

- Indisponibilità della tecnologia sanitaria
- Mancata disponibilità della tecnologia sanitaria 24/24 ore e 7/7 giorni

3. Organizzativi

- Numero di professionisti insufficiente, posti letto limitati, lunghezza delle liste d'attesa

4. Professionali

- Inadeguata competenza professionale

5. Normative sanitarie

- Normative nazionali/regionali in contraddizione con le raccomandazioni delle LG
- Interventi sanitari non rimborsati dal SSN

6. Contesto socio-culturale

- Determinanti socio-culturali che condizionano le preferenze degli utenti (ad es. testimoni di Geova, donne musulmane)

7. Contesto geografico e viabilità

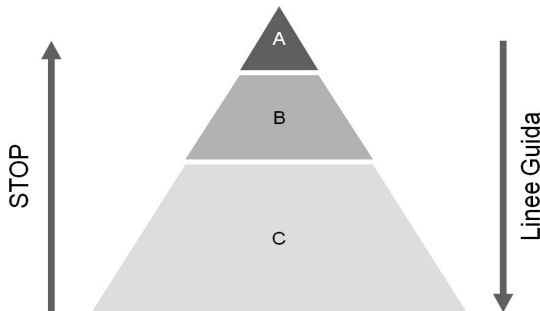
- Tempistiche per l'erogazione degli interventi sanitari, in particolare di emergenza-urgenza, condizionati dalla viabilità locale

d. Valutare, previo feedback con la direzione sanitaria, la possibilità di rimuovere gli ostacoli identificati, possibilmente attraverso un piano di graduale di investimenti.

e. Modificare le raccomandazioni originali, se gli ostacoli non possono essere rimossi, riportando nel documento locale le motivazioni che hanno determinato le modifiche. E' indispensabile rilevare che la mancata modifica di raccomandazioni cliniche non applicabili a livello locale aumenta il rischio clinico dei pazienti e quello medico-legale di professionisti e organizzazione sanitaria.

3. “Snaturare” le raccomandazioni cliniche: sino a che punto?

Proviamo a rispondere con un esempio pratico: innanzitutto distribuiamo nelle tre aree della piramide le strutture di ricovero del SSN, in relazione al loro “patrimonio STOP”.



Le strutture situate nell'apice A sono caratterizzate da un patrimonio STOP estremamente qualificato con punte di eccellenza: sono aziende dotate di tutte le specialità e servizi, dispongono di tecnologie avanzate e annoverano professionisti con elevati livelli di competenza. Nella fascia B trovano posto strutture di ricovero caratterizzate da un patrimonio STOP adeguato per erogare buona parte dei processi assistenziali, ma non quelli più complessi e/o che richiedono tecnologie-professionalità molto elevate. Nella fascia C si collocano strutture di ricovero di dimensioni medio-piccole con patrimonio STOP spesso inadeguato per erogare numerosi processi assistenziali.

Simulando l'adattamento locale di una raccomandazione clinica relativa alla ripercussione dei pazienti con infarto miocardico acuto (IMA), se le strutture A sono in grado di effettuare l'angioplastica primaria (gold-standard terapeutico) e tutte le strutture B solo la trombolisi, la maggior parte delle strutture C - in particolare quelle situate in prossimità della base - non saranno in grado di erogare nessuna delle due strategie di ripercussione. In definitiva, quale risultato dell'adattamento locale di un'unica LG, la gestione della ripercussione nell'IMA sarà notevolmente diversa nelle tre categorie di strutture perchè il progressivo “depauperamento” del patrimonio STOP determina un parallelo “snaturamento” della LG originale.

4. Conclusioni

L'impossibilità per tutte le aziende sanitarie di erogare percorsi assistenziali secondo le *best practices* raccomandate dalle LG, se da un lato rende necessario l'adattamento locale, dall'altro costituisce uno dei presupposti allo sviluppo di percorsi interaziendali attraverso nuovi modelli organizzativi. Ad esempio, il modello *hub & spoke* caratterizzato dalla concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in centri di eccellenza (*hub*) supportati da una rete di centri (*spoke*) ai quali compete la selezione dei pazienti e il loro invio ai centri *hub* di riferimento.

Nino Cartabellotta
Direttore Scientifico GIMBE

KEY POINTS

- **Nell'attuazione del governo clinico le linee guida sono strumenti indispensabili per definire i criteri di appropriatezza**
- **Per un'azienda sanitaria la produzione di LG di elevata qualità metodologica è un progetto utopistico**
- **Un'azienda sanitaria deve produrre percorsi assistenziali, previo adattamento locale di LG**
- **L'adattamento delle LG è condizionato dal contesto locale: requisiti STOP dell'organizzazione, fattori socio-culturali, normative sanitarie, viabilità**
- **Il grado di adattamento delle raccomandazioni cliniche è strettamente legato al “patrimonio STOP”**
- **La resistenza al cambiamento professionale e le pratiche locali consolidate non giustificano la modifica delle raccomandazioni cliniche**
- **L'impossibilità di aderire alle *best practices* raccomandate dalle LG rende necessario lo sviluppo di percorsi interaziendali**

Per saperne di più

Letture introduttive

- Harrison MB, Légaré F, Graham ID, Fervers B. Adapting clinical practice guidelines to local context and assessing barriers to their use. *CMAJ* 2010;182:E78-84.
- Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, et al. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006;18:167-76.
- Graham ID, Harrison MB. EBN users' guide: evaluation and adaptation of clinical practice guidelines. *Evid Based Nurs* 2005;8:68-72.

Approfondimenti

- Graham ID, Harrison MB, Lorimer K, et al. Adapting national and international leg ulcer practice guidelines for local use: the Ontario Leg Ulcer Community Care Protocol. *Adv Skin Wound Care* 2005;18:307-18.
- Graham I, Harrison M, et al. Evaluating and adapting practice guidelines for local use: a conceptual framework. In Pickering, S, Tomlinson, J, eds. *Clinical Governance and Best Value: Meeting the Modernisation Agenda*, London, Churchill Livingstone, 2003: 213-229.
- Graham ID, Harrison MB, Brouwers M, et al. Facilitating the use of evidence in practice: evaluating and adapting clinical practice guidelines for local use by health care organizations. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31:599-611.

Web

- ADAPTE Collaboration. Disponibile a: www.adapte.org

Workshop

- GIMBE. Dalle Linee Guida ai Percorsi Assistenziali. Bologna, 3-4-5 novembre 2010.