

PRESENTAZIONE

Api, architetti, algoritmi e... implementatori

“L’ape fa vergognare molti architetti con la costruzione delle sue cellette di cera. Ma ciò che fin da principio distingue il peggior architetto dall’ape migliore è il fatto che egli ha costruito la celletta nella sua testa prima di costruirla in cera. Alla fine del processo lavorativo emerge un risultato che era già presente al suo inizio nell’idea del lavoratore [...]. Egli realizza [...] il proprio scopo, da lui ben conosciuto, che determina come legge il modo del suo operare e al quale deve subordinare la sua volontà”

Karl Marx (Il Capitale, Libro I)

Questo libro dovrebbe essere letto da tutti coloro che – amministratori, manager, clinici od operatori parte integrante delle tecnostutture dedicate in modo specifico a presidiare la qualità dei servizi –, vuoi per propria personale attitudine, vuoi per consapevolezza dei problemi, non solo non temono i cambiamenti innovativi nei contesti assistenziali, ma ne avvertono l’urgenza per adeguare i profili di assistenza e di cura alle migliori evidenze scientifiche disponibili e, di conseguenza, si danno da fare, ciascuno nel proprio ruolo e a partire dalle proprie responsabilità, per promuoverli. Non saprei come definire meglio questa categoria inevitabilmente eterogenea di possibili destinatari dei messaggi contenuti in questo volume. Chiamarli “catalizzatori del cambiamento” pare in verità troppo pomposo. Li chiamerò “implementatori” per semplicità espositiva e per assonanza con il titolo del libro, anche se il termine è tutt’altro che felice ed evoca peraltro un che di meccanicistico nel loro agire che, in sintonia con il contenuto stesso di que-

sto volume, non rende affatto giustizia al ruolo che effettivamente esercitano o dovrebbero esercitare.

Quello che i nostri implementatori quindi potranno apprezzare dalla lettura del libro è, innanzitutto, il poter dare un metodo a sostegno e indirizzo della loro attitudine al cambiamento e alla loro consapevolezza della sua necessità. Questo metodo è costituito non da ricette da imparare e applicare, ma dalla sistematicità della analisi da rivolgere ai contesti sui quali intervenire, individuando le questioni di cui essere consapevoli e i fattori in gioco nel momento in cui ci si pone il problema di stimolare e determinare un cambiamento nei contesti assistenziali, o di governare le dinamiche di trasformazione di questi ultimi conseguenti alla adozione di innovazioni – cliniche, organizzative, tecnologiche – che vengono introdotte.

Come l'Autrice sottolinea, quel che abbiamo imparato in questi ultimi decenni di ricerca e lavoro sul terreno della implementazione è appunto che si tratta di un tema irriducibile alle semplificazioni di checklist e algoritmi predefiniti e che rimanda, prima ancora che al ricorso a strumenti e tecniche, alla esigenza di leggere la realtà costituita dalla molteplicità dei fattori in gioco, quelli che in vario modo ostacolano o stimolano i processi di cambiamento, e dalla complessità delle loro reciproche interazioni.

In questo senso, forse il messaggio principale che emerge è la reiterata sollecitazione a guardare al tema della implementazione come ad un processo sociale, un fenomeno determinato dalle forme che assumono le relazioni tra i diversi soggetti in campo (i clinici, nelle loro diverse configurazioni professionali, i manager, le responsabilità politico-amministrative, i pazienti, il più ampio contesto sociale in cui tutti questi agiscono) e dalle dinamiche che all'interno di queste relazioni si instaurano.

Questa visione della questione “implementazione” è peraltro una acquisizione relativamente recente, sostanzialmente estranea ai ricercatori – rappresentati allora in larga misura da figure con background clinico-epidemiologico e biostatistico – che, qualche decennio fa ormai, iniziarono a porsi il problema di individuare interventi in grado di modificare la pratica clinica per metterla in linea con le conoscenze scientifiche disponibili, valutandone empiricamente l'efficacia in studi primari e revisioni sistematiche. La conclusione raggiunta da quella fase della ricerca sulla implementazione fu che non esisteva alcun *magic bullet*,¹ non esisteva cioè alcun intervento definitivamente risolutivo, in grado di essere efficace “sempre e dovunque”.

Il quadro complessivo dei risultati di quelle ricerche evidenziava invece una molteplicità di interventi potenzialmente efficaci, ma con grande variabilità di effetti, a seconda dei contesti in cui venivano applicati, della specifica tipologia di comportamenti clinici che ne rappresentavano il bersaglio, delle caratteristiche delle figure professionali coinvolte e di diversi altri fattori.

È il positivo innesto su questo filone di ricerca del contributo proveniente dalle scienze sociali e l'ingresso su questa scena delle figure professionali portatrici di queste specifiche competenze scientifiche a consentire che si possa cominciare a districarci in questa complessità. Oggi è possibile fornire spiegazioni alla estrema eterogeneità di quei risultati e ridefinire il tema della promozione dei cambiamenti nella pratica clinica in termini di processo sociale da interpretare e guidare attraverso teorie in grado di spiegare le dinamiche delle relazioni tra i diversi fattori in campo, piuttosto che come deterministico risultato della applicazione di interventi predefiniti.

Una delle tante ricadute di questo diverso modo di intendere la questione è che ha consentito di ridefinire i termini delle relazioni tra ricerca e pratica clinica.

Infatti, quel che viene messo in discussione è proprio l'idea, per lungo tempo dominante in modo più o meno esplicito, che vi siano due mondi distinti, quello della ricerca che produce informazioni scientifiche e quello della pratica, chiamato a recepirle ed applicarle, tenuti insieme da una relazione in qualche modo gerarchica tra chi "dice cosa dovrebbe essere fatto" e chi appunto deve solo "fare". La separazione tra queste due dimensioni, tra questi due mondi, è esattamente una delle cause principali della inutilità sostanziale di una quota significativa delle attività di ricerca.^{2,3} Quello di cui oggi siamo invece consapevoli – ed emerge opportunamente anche da questo volume – è che in realtà questi due mondi hanno necessità di compenetrarsi ed integrarsi reciprocamente. In questo senso, il tema della implementazione chiama in causa anche il ricercatore, il produttore delle informazioni scientifiche, ponendogli di fronte la necessità di considerare (nella formulazione dei quesiti di ricerca, nella definizione del disegno degli studi ed infine nella comunicazione e diffusione dei risultati) il contesto in cui le sue ricerche dovrebbero impattare. Il tema della implementazione delle informazioni scientifiche mette dunque in discussione, prima ancora che le modalità con cui i risultati della ricerca sono comunicati e diffusi, gli stessi processi di elaborazione e conduzione delle attività di ricerca, rimandando

alla necessità di una ricerca che sia sin dall'inizio pensata per essere “implementabile”, elaborata partendo dai bisogni conoscitivi dei professionisti che dovranno essere i destinatari dei suoi risultati e dei pazienti. Una ricerca pensata per essere davvero stimolo a cambiamenti positivi delle modalità con cui l'assistenza sanitaria viene erogata, una ricerca *change-promoting*,⁴ per usare una tassonomia entrata recentemente a far parte anche del lessico adottato da uno dei principali strumenti di finanziamento di attività di ricerca nel Servizio Sanitario Nazionale (il bando della ricerca finalizzata del Ministero della Salute), senza che però ne siano state tratte tutte le conseguenze ed implicazioni per quel che riguarda le concrete modalità di presentazione e valutazione dei progetti e di utilizzo dei loro risultati.

In questo contesto, le informazioni prodotte dalla ricerca non sono la fine, ma l'inizio di un percorso (o, meglio, di un processo) che presuppone che esse non siano verità assolute, ma elementi che vanno processati/interpretati nel momento in cui devono penetrare nel loro contesto applicativo. La attività scientifica, vale a dire la capacità creativa (quel che distingue il peggior degli architetti dall'ape che potrebbe facilmente farlo vergognare con l'abilità con cui costruisce il proprio alveare, secondo la nota metafora marxiana) è in ultima istanza determinata dal contesto in cui viene elaborata e realizzata operativamente. Non esiste una “oggettività” scientifica, cosa che evidentemente non significa che non vi debbano essere – ed effettivamente non vi siano – regole e metodi funzionali a dare credibilità ai suoi risultati, ma che questi ultimi sono determinati anche dalle specifiche prospettive con cui i fenomeni oggetto di studio sono analizzati.

A chi ha responsabilità di amministrazione e governo dei sistemi sanitari o di singole organizzazioni sanitarie (i manager), questo volume ricorda opportunamente come il tema del miglioramento della qualità dei servizi, in termini di capacità di assicurare efficacia, sicurezza, appropriatezza ed equità, non implichi soltanto cambiamenti nei comportamenti dei singoli o di gruppi di professionisti, ma rimandi alla necessità di allineare su questi obiettivi l'insieme dei meccanismi di funzionamento e di organizzazione di un sistema.

Ai clinici, sino a oggi visti prevalentemente come il target degli sforzi implementativi, quelli che dovevano recepire le informazioni trasmesse dalla ricerca e adeguare a esse i propri comportamenti, questa impostazione restituisce il valore di soggetti che attivamente concorrono a generare i cam-

biamenti positivi di cui abbiamo bisogno. All'interno delle comunità professionali, nelle loro diverse articolazioni, sono annidati molti dei problemi da affrontare e degli ostacoli da superare (le inerzie culturali, i conflitti di interesse, ecc.), ma nel contempo vi sono anche le risorse necessarie per rendere possibili i cambiamenti innovativi di cui abbiamo bisogno, gli agenti dei cambiamenti possibili, gli opinion leader potenzialmente catalizzatori di processi virtuosi. Sapere individuare queste risorse e valorizzarle a sostegno della innovazione nei contesti assistenziali dovrebbe essere un aspetto essenziale del compito del management delle nostre aziende sanitarie.

Una ulteriore riflessione stimolata dalla lettura di questo contributo di Trisha Greenalgh e relativa alle organizzazioni sanitarie riguarda la loro effettiva dotazione di competenze funzionali a sostegno di processi di cambiamento innovativo e, quindi, di implementazione. Certamente, in coerenza con quanto sopra esposto e con il contenuto generale libro, è facile arrivare alla conclusione che l'implementazione, per sua stessa natura, chiami in causa una pluralità di responsabilità variamente dislocate dentro una tipica azienda sanitaria. Detto in altri termini, se si tratta di mettere in campo azioni sistemiche che siano in grado di produrre i cambiamenti necessari, allora è l'organizzazione nel suo insieme che deve agire in modo coordinato e sinergico. Tuttavia, questo non annulla, anzi, per certi versi amplifica la necessità di avere competenze specifiche, capaci di impostare sul piano metodologico questi processi e di indirizzarli.

Nonostante le loro caratteristiche di complessità, nonostante per molteplici ragioni siano in qualche modo "costrette" a modificarsi continuamente nei propri assetti organizzativi, le nostre organizzazioni sanitarie non sono dotate di qualcosa di simile al reparto "ricerca & sviluppo" di una azienda operante in altri settori della produzione, un ambito deputato a identificare cosa e dove innovare e come. L'attenzione alla qualità del prodotto delle aziende sanitarie – i servizi e le prestazioni erogate – si traduce tipicamente (in prevalenza se non in modo esclusivo) nelle forme pur necessarie del controllo e della verifica, piuttosto che nella pulsione al cambiamento e alla dinamicità innovativa.

Per questo, anche se verrebbe in qualche modo naturale pensare che coloro che nelle aziende sanitarie hanno la specifica responsabilità di presidiare qualità e sicurezza delle cure siano i soggetti naturalmente deputati a guidare i processi di implementazione, occorre sottolineare come questo presup-

ponga che essi abbiano la volontà – e il contesto offra loro possibilità – di rivedere sostanzialmente il senso del proprio ruolo, adottando una visione della qualità dell'assistenza non come mero, statico rispetto di standard e requisiti, ma come dinamica propensione al cambiamento e alla innovazione di cui dovrebbero essere catalizzatori. Affrontare i temi della qualità dei servizi con una propensione innovativa implica peraltro l'adozione di pratiche di valutazione/ricerca che consentano l'analisi dei fattori che il processo implementativo deve considerare e, in ultima istanza, la valutazione degli effetti dei cambiamenti promossi.

In conclusione, i nostri implementatori non troveranno in questo libro soluzioni semplici a problemi complessi, non troveranno algoritmi e checklist buone per tutte le occasioni alle quali aggrapparsi. Si vedranno invece chiamati a un complesso sforzo interpretativo delle loro realtà, complesso ma per molti aspetti anche decisamente entusiasmante. A essere chiamata in causa è la loro capacità creativa, quel che distinguerà sempre il peggiore degli implementatori dal migliore degli algoritmi possibili, proprio come il peggiore architetto dall'ape.

Roberto Grilli

*Direttore Struttura Governo Clinico
Azienda USL-IRCCS Reggio Emilia*

BIBLIOGRAFIA

1. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ* 1995;153(10):1423-31.
2. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, et al. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *The Lancet* 2014;383:156-65.
3. Ioannidis JPA, Greenland S, Hlatky MA, Khoury MJ, Macleod MR, Moher D, et al. Increasing value and reducing waste in research design, conduct, and analysis. *The Lancet* 2014;383:166-75.
4. St Leger A, Walsworth-Bell J. Change-promoting research for health services: A guide for research managers, research and development commissioners, and researchers. Buckingham: Open University Press, 1999

PREFAZIONE

Cominciando a leggere il nuovo libro di Trisha Greenhalgh sull'implementazione dell'assistenza sanitaria basata sull'evidenza (EBHC), mi è tornato in mente uno dei più grandi progetti di implementazione dell'assistenza sanitaria nei Paesi Bassi in cui fui coinvolto in prima persona negli anni Novanta del secolo scorso. Si trattava di una collaborazione a livello nazionale fra il dipartimento di sanità e le organizzazioni dei medici di base che mirava a migliorare la prevenzione nell'assistenza primaria implementando le linee guida nazionali per i vaccini influenzali, lo screening cervicale e la riduzione del rischio cardiovascolare. La mia équipe sviluppò il programma di implementazione e studiò il suo impatto. Svilupparammo un programma per i diversi livelli di assistenza sanitaria (nazionale, locale, ambulatori, operatori della sanità) usando varie tipologie di teorie sull'implementazione del cambiamento, fra cui la messa a punto di linee guida basate sull'evidenza, la formazione per gli operatori, il materiale formativo per i pazienti, uno steering group nazionale, visite di outreach per supportare gli studi medici, un onorario per il lavoro supplementare e così via. I risultati furono fantastici: un enorme aumento dei tassi di vaccinazione e di screening in un periodo di tempo molto breve. Nel giro di tre anni però il progetto si fermò per una lotta politica fra le organizzazioni dei medici di base e il dipartimento della sanità sia sui fini del programma (maggiore o minore prevenzione primaria), sia sulle politiche generali e sui compensi per l'assistenza primaria. Ci vollero anni prima che la prevenzione fosse di nuovo inserita nell'agenda dell'assistenza primaria.

Sono tante le lezioni che ho imparato da questo progetto per me indimenticabile, anche se sono trascorsi vent'anni ormai ed è passato un bel po' di tempo da quando mi sono ritirato dal lavoro scientifico. Per esempio, l'impatto del supporto politico sul cambiamento effettivo, ma anche il ruolo dell'atteggiamento professionale verso il cambiamento richiesto (molti medici di base erano piuttosto restii nei confronti della prevenzione primaria). Leggendo questo nuovo libro scritto da uno dei massimi esperti nel campo dell'implementazione del cambiamento nell'assistenza sanitaria, capisco ancor meglio i successi e i fallimenti di quell'antico progetto. L'EBHC e le guide linea basate sull'evidenza non si implementano da sole, anche se l'evidenza è valida. Molti policy maker e operatori del settore a volte nutrono idee ingenuie sull'implementazione del cambiamento sul piano operativo. L'implementazione inefficace della EBHC è, la maggior parte delle volte, una perdita di tempo e di denaro. L'implementazione del cambiamento nell'assistenza sanitaria, la maggior parte delle volte, riesce solo se si lavora ai diversi livelli dell'assistenza sanitaria, non solo al livello degli operatori, e se si usano teorie e ipotesi fondate per guidare i propri sforzi. Sono proprio questi i messaggi che troverete in questo utile e interessante volume. È un libro ricco di idee che fornisce tutta una serie di teorie. Spiega quanto sia importante usare conoscenze e teorie che provengono da fonti diverse, incluse le scienze sociali, politiche e umanistiche. L'autrice ha scritto il libro in memoria della sua amica Anna Donald. Insieme le due donne lo avevano concepito negli anni Novanta del Novecento, ma solo adesso Trisha Greenhalgh ha potuto lavorarci e portarlo a termine. È un grande risultato, e dimostra come il complesso campo dell'implementazione della EBHC si sia sviluppato nel corso degli anni e sia giunto a maturità nei decenni passati. Vi prego, leggete il libro e usatelo nei vostri programmi e progetti.

Professor Richard Grol

*Professore emerito di Quality of Care;
fondatore ed ex direttore del Scientific Institute on Quality of Healthcare*