

CARLO FAVARETTI <sup>(\*)</sup>

## INNOVAZIONE IN MEDICINA E SCELTE ORGANIZZATIVE

Una prima considerazione riguarda il ruolo passivo del Servizio sanitario nazionale sia nella ricerca che nell'approccio scientifico all'innovazione. A questo proposito credo che il nodo politico istituzionale sia costituito dal fatto che nella missione delle Aziende sanitarie, almeno nell'attuale legislazione, il ruolo della ricerca è molto sfumato rispetto a quello prevalente dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza e, quindi, dell'organizzazione dei servizi. Anche l'introduzione dell'art. 12 nel Decreto legislativo 502/1992, seppure abbia costituito un lodevole tentativo di destinare strutturalmente fondi a tale scopo, non ha stabilito una specifica missione nel campo della ricerca e innovazione. Inoltre, "l'insuccesso" dell'art. 12 non è legato solamente alla carenza di fondi, ma anche al fatto che esso propone un modello sostanzialmente deterministico: un modello, cioè, che prevede l'esistenza di "pensatoi" che trasferiscono i risultati della ricerca alle strutture operative del Servizio sanitario nazionale, le quali mantengono un ruolo passivo di accettazione o non accettazione. Si tratta di un approccio tipicamente *top-down* che non si è evoluto nel corso delle modifiche successive del Decreto legislativo. È proprio questo modello deterministico che, a mio avviso, non aiuta a sviluppare un ruolo attivo del Ssn verso la ricerca e l'approccio scientifico all'innovazione.

Una seconda considerazione riguarda il ruolo dei clinici, il cui atteggiamento rispetto alla ricerca e innovazione è positivo. Anche nella mia organizzazione si sente spesso dire dai colleghi che sono più attivi nella sperimentazione farmacologia che chi fa ricerca fornisce anche una migliore

<sup>(\*)</sup> *Direttore generale, Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento.*

assistenza. Penso che ciò sia in parte vero perché l'attività di ricerca, e comunque di riflessione, abitua i professionisti a formulare ipotesi, a porsi quesiti e li abitua all'analisi critica dei problemi ed alla valutazione dei risultati. Ciò favorisce la diffusione della stessa metodologia alle quotidiane attività di assistenza. Ciò che mi sembra però opportuno mettere in evidenza è che gli atteggiamenti positivi dei professionisti debbano trovare, poi, adeguato supporto in un contesto strutturale senza il quale l'apporto del singolo clinico o del singolo amministratore finisce per essere velleitario. Tutti noi abbiamo una precisa responsabilità nel costruire un contesto favorevole alla ricerca e all'innovazione per enfatizzare il ruolo degli operatori sanitari (professionisti medici e professionisti sanitari in genere). Va da sé che la definizione di una precisa missione delle Aziende sanitarie nel campo della ricerca e innovazione è un prerequisito alla costruzione di tale contesto.

Una terza considerazione riguarda il *gap* tra ricerca e innovazione. È evidente che allo stato attuale viene data maggiore enfasi alla sperimentazione farmacologica, mentre si assiste a una sostanziale assenza di iniziative nel campo della sperimentazione di dispositivi, di presidi medici e di modelli organizzativi. D'altra parte l'innovazione, per esempio quella tecnologica, viene spesso vissuta solo come un'opportunità di aumento di prestigio legata al possesso di tecnologie, per il ruolo che esse giocano nell'attrarre nuovi pazienti: manca nei clinici una visione di sistema disponibile a considerare che l'introduzione di nuove tecnologie debba portare a un ripensamento sostanziale dei processi assistenziali, influenzando così radicalmente l'organizzazione. D'altra parte l'innovazione vista dagli amministratori è spesso confinata ai sistemi di supporto: per esempio nel campo dell'informatica, dell'*outsourcing* e dei sistemi organizzativi, senza la chiara percezione del legame che c'è, o che dovrebbe esserci, tra l'innovazione dei sistemi di supporto e la pratica assistenziale. In sostanza, l'innovazione tecnologica senza l'innovazione gestionale e organizzativa finisce per essere un elemento che impedisce al sistema di progredire.

Rispetto alle tre riflessioni che ho proposto mi sembra

che i punti critici siano costituiti dalle strategie di formazione e dai modelli istituzionali.

Probabilmente abbiamo una visione troppo deterministica dello sviluppo dei sistemi sanitari. Spesso ci sfugge che essi sono sistemi adattativi complessi. Questa complessità è accentuata dal fatto che il sistema sanitario è un'organizzazione professionale, nella quale non è possibile usare approcci *top-down* per indurre i professionisti a compiere azioni tese a raggiungere gli obiettivi di sistema. Inoltre, il sistema sanitario (molto più che altri sistemi) ha a che fare con una quantità rilevante di portatori di interessi tra i quali appunto i pazienti, i cittadini e i professionisti che giocano un ruolo enorme. Lo sviluppo di un approccio sistemico, anche grazie a precise strategie di formazione, è una tappa obbligatoria. In tal senso è vero che le risorse sono importanti, ma da sole non bastano senza un diverso atteggiamento culturale. Un esempio in questo ambito è costituito dall'attuale dibattito nazionale sul "governo clinico". Considerare il governo clinico come il governo dei clinici o il governo sui clinici, a seconda del punto di vista professionale o gestionale, non è solo un problema di cattiva traduzione della parola inglese "*governance*", ma piuttosto è la carenza di una visione di sistema che metta al centro il bilanciamento delle esigenze e delle aspettative dei portatori di interessi. Dal mio punto di vista, quello di un direttore generale, *governance* clinica significa rispondere (*to be accountable*) ai portatori di interessi della qualità dell'assistenza erogata. È assumersi la responsabilità della creazione di un contesto organizzativo nel quale l'eccellenza clinica possa prosperare.

Per concludere vorrei illustrare qualche esempio di iniziative portate avanti nel campo dell'innovazione dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento, pur tra le difficoltà e i limiti istituzionali di cui abbiamo discusso.

Il primo esempio si riferisce all'introduzione di nuove singole tecnologie. Abbiamo adottato un esplicito approccio di *technology assessment*, che si inserisce all'interno dell'ordinario processo di *budget*. Va tuttavia notato che nei sistemi complessi può esistere una discrasia tra gli atti e i fatti!

Pertanto solo a titolo di esempio, vorrei precisare che nel caso dell'introduzione dell'angioplastica primaria il processo esplicito di *technology assessment* è avvenuto regolarmente, e l'introduzione di questa tecnologia ha determinato un parallelo adeguamento dell'intero sistema dell'emergenza *extra* e *intra* ospedaliera; mentre nel caso dell'introduzione degli *stent* medicati ciò non è avvenuto e la diffusione nella pratica clinica è avvenuta senza un processo valutativo esplicito.

Il secondo esempio si riferisce al trasferimento di alcuni risultati della ricerca medica nella pratica dei servizi. Le iniziative adottate nel campo del trattamento dello scompenso cardiaco e della valutazione e trattamento del dolore toracico in pronto soccorso sono esempi di trasferimento attivo di risultati della ricerca sull'organizzazione assistenziale. Tali iniziative nascono peraltro da lontano, a dimostrazione che gli aspetti culturali sono di straordinaria importanza. Nascono infatti dalla nostra partecipazione storica al progetto Tripss promosso da Alessandro Liberati.

Il terzo esempio si riferisce agli investimenti infrastrutturali nel campo della tecnologia dell'informazione e della comunicazione. Nel 2004 siamo stati tra le dieci organizzazioni europee (l'unica organizzazione sanitaria) selezionate da Efqm per aver dimostrato la propria *e-readiness*, cioè la prontezza dell'adeguamento informatico rispetto alle esigenze dei cittadini. Questa attenzione ai cittadini come gruppo rilevante di portatori di interessi nel campo della salute e della sanità ci ha portato anche a costruire in modo partecipato la nostra Carta dei servizi, che prevede la definizione consensuale di *standard* operativi in qualche modo misurabili dai cittadini stessi. Sulla linea dell'attenzione alle esigenze e aspettative dei cittadini abbiamo sempre partecipato all'*audit* civico di CittadinanzAttiva e grazie all'esperienza maturata abbiamo sperimentato *audit* civici nel campo delle Unità valutative multidimensionali (Uvm) e dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi).

Per quanto attiene la ricerca siamo stati promotori di un progetto finanziato dalla Provincia autonoma di Trento sui problemi della sicurezza in cardiologia interventistica e in cardiocirurgia, con particolare riferimento al tema della

rigenerazione dei cateteri da angioplastica e altri presidi per la cardiologia interventistica.

Vorrei concludere proponendo un tema di riflessione, cioè il ruolo della ricerca e dell'innovazione per la definizione scientifica dei Livelli essenziali di assistenza. È chiaro che questa è un atto politico; la mia proposta si riferisce quindi agli aspetti tecnici, per mettere in grado il decisore politico di assumere decisioni importanti e auspicabilmente esplicite considerando l'efficacia sulla salute e l'appropriatezza degli interventi in una logica di selezione delle priorità che sola può rendere sostenibile lo sviluppo del sistema sanitario.