

## Migliorare la ricerca e la qualità si può e si deve

**Giuseppe Maso**

Medico di Famiglia, Venezia  
Professore a contratto di Medicina  
di Famiglia, Università di Udine

*Per potenziare la qualità della medicina, e in particolare delle cure primarie, fino ad oggi si è cercato di trasformare quanto appreso dalle scienze di base in ricerca clinica. Ma questo approccio è risultato limitante e slegato dal contesto della pratica quotidiana, soprattutto in medicina generale*

**U**n grido d'allarme per la qualità della medicina generale i leva in ogni parte del globo e viene ripreso in un bel articolo apparso recentemente su *Annals of Family Medicine*<sup>1</sup>: "Tra il livello di cura che forniamo e quello che potremmo fornire non c'è un gap, ma un baratro".

La maggior parte degli sforzi fatti nelle ultime decadi per migliorare la qualità della medicina, e in particolare delle cure primarie, sono stati prodotti nel cercare di convertire quanto appreso dalle scienze di base in ricerca clinica. Questi sforzi non si sono rilevati sufficienti nel risolvere il problema della qualità, soprattutto per il fatto che non ve ne sono stati di altrettanto intensi nel creare valutazioni comparative di efficacia/paziente specifiche né sono state create sufficienti linee guida veramente pratiche. Insomma, le evidenze basate sulla ricerca non sono state tradotte sufficientemente nella pratica quotidiana. I gap da colmare sono essenzialmente tre<sup>2</sup>.

1. Quello tra quanto conosciamo e quanto invece abbiamo bisogno di conoscere per migliorare il livello di cura.

2. Quelli che esistono tra l'offerta attuale di cura e coloro che dovrebbero finanziare, studiare, supportare o pubblicare studi che hanno come fine quello di risolvere i problemi della pratica quotidiana (quelli che riguardano la cura dei pazienti).

3. Quello tra la ricerca e il miglioramento della qualità.

Questi problemi, ovviamente, non interessano soltanto la medicina, essi sono presenti in tutte le discipline e le attività umane. La difficoltà principale riguarda la produzione di cono-

scienza. È diventato quanto mai necessario, in tutti i campi, un sistema di co-produzione di conoscenza che veda coinvolti i ricercatori e coloro che applicano le conoscenze acquisite. Nel nostro caso è necessario che i ricercatori lavorino in partnership con i medici di famiglia su problemi identificati nella pratica professionale utilizzando contemporaneamente il metodo della ricerca pratica e quello del miglioramento di qualità<sup>2</sup>.

Sono necessari trial clinici pratici, cioè "studi per i quali le ipotesi e i disegni di ricerca siano sviluppati in maniera specifica per rispondere alle domande poste da coloro che devono prendere quotidianamente decisioni"<sup>3</sup>.

Il metodo deve essere multidisciplinare, transdisciplinare, partecipativo e i medici pratici devono essere coinvolti nella creazione delle conoscenze che li riguardano<sup>2</sup>.

### Barriere concettuali e pratiche

Le convinzioni consolidate negli anni che si hanno circa la pratica, la ricerca e il miglioramento della qualità in medicina generale molto spesso contribuiscono a mantenere lo *status quo*, cioè il profondo il baratro suddetto. Le criticità infatti sono rappresentate dal fatto che:

- La maggior parte dei leader della medicina generale sono riluttanti nell'ammettere che esiste un serio problema di qualità.

- I medici hanno la convinzione che la loro responsabilità sia limitata al singolo paziente. Non percepiscono come necessario collaborare con i ricercatori o con il lavoro di qualcun altro. Per la maggior parte il miglioramento della cura è limitato nel tra-

durre in pratica le conoscenze scientifiche e non sono interessanti alla organizzazione o riorganizzazione dei sistemi di erogazione delle cure.

- I politici, gli amministratori, i burocrati e i ricercatori sono convinti che il problema essenziale riguardi la messa in pratica delle conoscenze e non riguardi, invece, la mancanza di conoscenza. Questa convinzione è una grande barriera al miglioramento perché si basa sulla credenza che i clinici debbano soltanto trasferire in pratica ciò che è stato provato dai trial controllati e randomizzati. Si pensa che queste conoscenze siano sufficienti, valide, complete, applicabili e facilmente implementabili nella pratica quotidiana ma, invece, come sappiamo, mancano conoscenze sulla maggior parte delle decisioni che vengono prese per curare i singoli pazienti e poco si sa su come migliorare il livello della loro cura. L'implementazione è scienza ancora molto primitiva.

- I ricercatori sono convinti che la loro responsabilità si limiti a pubblicare, a rispondere a domande di proprio interesse o dei loro finanziatori. Ovviamente c'è poco interesse per quanto attiene a ciò che possa risolvere i problemi quotidiani dei medici e dei loro pazienti. I risultati del lavoro dei ricercatori deve essere accettato soprattutto dal mondo accademico o dal mondo politico, l'importante è pubblicare su riviste accademiche; l'implementazione non è compito che li riguarda, è lavoro per qualcun altro!

- I criteri con cui vengono assegnati i fondi per la ricerca di solito non sono orientati al miglioramento della qualità dell'assistenza. I ricercatori che decidono di affrontare il campo

della qualità spesso si scontrano con il cronico problema economico dovuto alla mancanza di finanziamenti.

- I manager della sanità non sono abituati a mettere in atto (e ricercare) evidenze scientifiche da utilizzare nel prendere decisioni pratiche. La qualità invece dipende molto dall'organizzazione e dalla leadership.

- Le cure primarie sono divise in modo spettacolare. Ogni specialità delle cure primarie vede il mondo attraverso le proprie lenti perfino quando le affinità con le altre discipline sono più che evidenti e perfino quando i vantaggi del lavorare comune sono più che palesi.

Oltre alle barriere concettuali esistono comunque anche delle barriere pratiche:

- La qualità costa. Ricercatori e clinici che lavorano, ricercano, studiano, insegnano e organizzano per la qualità dovrebbero essere pagati.

- Ricercatori, clinici e manager non sono abituati a lavorare assieme e non sono abituati a superare il confine tra ricerca e pratica. Cultura, linguaggio e ambiente sono talmente differenti che non sanno nemmeno come parlarsi. In Italia il problema è aggravato dal fatto che la medicina di famiglia non è disciplina accademica e per questo praticamente sconosciuta alle altre discipline.

- Vi è un ritardo tra conoscenze acquisite e la loro messa in pratica. Questo ritardo riguarda l'organizzazione dei servizi ma anche la diagnostica e la tecnologia disponibili.

## Proposte

Per superare il baratro è necessario costruire ponti; essi potrebbero essere edificati innanzitutto:

1. Se i professionisti delle cure primarie ammettessero che ci sono alcuni problemi che richiedono un'attenzione comune e delle azioni. C'è un atteggiamento difensivo da parte dei clinici circa la qualità delle cure fornite, ma non può esserci alcun miglioramento senza il loro coinvolgimento. Solo con la presa di coscienza che ci sono dei problemi di qualità si può accettare di cambiare. Il cambiamento e la sperimentazione

nella modalità di erogazione delle cure si sono dimostrati sempre più efficace delle esortazioni, della formazione o del più duro esercizio individuale.

2. Se si convertisse il paradigma "trasferire la ricerca nella pratica" in "ottimizzare i sistemi e le cure attraverso la ricerca e il miglioramento della qualità". C'è un gran bisogno di utilizzare la ricerca per risolvere i problemi legati alla fornitura delle cure, quei problemi che frustrano i manager, i clinici e i pazienti.

3. Se si sviluppasse e facilitasse la collaborazione tra clinici, ricercatori e manager per intraprendere una formazione comune su ricerca e miglioramento di qualità. Il punto di partenza è il finanziamento di progetti di ricerca che prevedano questa collaborazione dall'inizio alla fine. In Italia, ovviamente, oltre che nel territorio, bisogna iniziare questo processo nelle università.

4. Se i finanziatori e i ricercatori mo-

dificassero la loro agenda e il loro metodo orientandosi sui problemi quotidiani dei pazienti e sui problemi quotidiani della cura.

5. Se le riviste facilitassero il più possibile la disseminazione dei lavori che riguardano la risoluzione dei problemi pratici e la qualità delle cure.

Il baratro tra conoscenza e pratica è largo e profondo. La costruzione di ponti richiede, ancora una volta, immaginazione, innovazione e collaborazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. Solberg LI, Elward KS, Phillips WR et al. How can primary care cross the quality chasm? *Ann Fam Med* 2009; 7: 164-69.
2. Maso G. La disciplina invisibile. Migliorare la medicina di famiglia per migliorare la salute di tutti. Passoni Editore, Milano, 2009.
3. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA* 2003; 290: 1624-32.