

CARE

costi dell'assistenza e risorse economiche

regioni

CONFLITTO, CONSENSO E PROCEDURE. RUOLO DEL GRUPPO MULTIDISCIPLINARE NELLA PRODUZIONE DI LINEE GUIDA

di **Luciana Ballini**

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna

La politica del governo clinico, tracciata e illustrata in diversi documenti internazionali e nazionali di 'lancio', è senza dubbio molto ambiziosa'. Diversi programmi di realizzo vengono proposti e la possibilità di successo di questi programmi sta nella capacità di ispirare progetti, più circoscritti e inizialmente sperimentali, in grado di essere esemplificativi e di contribuire alla comprensione e allo sviluppo di modalità operative con cui tradurre in concreto i principi ispiratori. Progetti di questo tipo si sono sviluppati negli ultimi anni anche in Italia e rappresentano utili esperienze in grado di documentare forme di realizzo adatte al proprio contesto e alle proprie risorse.

LA CRESCITA DI RESPONSABILITÀ DELLE LINEE GUIDA

La Regione Emilia-Romagna propone una istituzionalizzazione del governo clinico attraverso la ri-definizione del ruolo dei Collegi di Direzione aziendali, dove si manifesta la partecipazione delle professionalità cliniche e organizzative al governo delle aziende e ai processi di cambiamento e introduzione di innovazioni cliniche e organizzative.

Tra gli strumenti 'empirici' per la messa in atto di questa politica ci sono anche i programmi di elaborazione e implementazione di documenti evidence-based. Per questi programmi si sono sperimentate modalità di sviluppo e elaborazione più consone alle proprie risorse e alle proprie esigenze, privilegiando la messa a punto di alcune raccomandazioni per la pratica clinica relative a quesiti clinici molto puntuali o di documenti di indirizzo all'uso appropriato di alcune tecnologie. Rispetto alle linee guida e ai rapporti di Technology Assessment comunemente intesi questi prodotti sono da un lato più limitati nell'oggetto e dall'altro più snelli e con tempi di produzione più brevi.

segue a pag 2

SUPPLEMENTO a

Care n. 2 marzo-aprile 2007

Cosa è CAREregioni

CAREregioni nasce come supplemento a CARE per approfondire tematiche sanitarie a livello di singole Regioni, con l'intento di fornire a medici, amministratori e operatori sanitari un'ulteriore opportunità di riflessione su come conciliare l'esistenza di risorse limitate con l'irrinunciabile esigenza di garantire al cittadino il diritto fondamentale all'assistenza.

- Incontri**
Conflitto, consenso e procedure.
Ruolo del gruppo multidisciplinare
nella produzione di linee guida
di Luciana Ballini | 1
- Focus sulle iniziative regionali**
Abruzzo, Liguria, Marche
Puglia, Veneto | 6
- I ruoli della Sanità**
Aree di attività, competenze
e sfide della direzione
alla Sanità nella Regione
Lombardia
a colloquio con Carlo Lucchina | 14
- La comunicazione in Sanità**
Comunicare con efficacia
e professionalità: l'esperienza
di Laziosanità-ASP | 16
- Io non casco... senza il casco!**
Il progetto dell'Azienda Usl
della Valle d'Aosta | 18



Il Pensiero Scientifico Editore

www.careonline.it

“È ormai fuori di discussione che a produrre linee guida e raccomandazioni debba essere un gruppo di lavoro, e non uno o pochi individui”

Dal punto di vista dell'utilizzo, sempre in Emilia-Romagna, ci si è avvalsi di questi documenti per la diffusione e disseminazione dei risultati della ricerca e per il monitoraggio e la pianificazione dei servizi. Per esempio, i criteri per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia, sviluppati da un panel regionale², sono stati utilizzati per valutare l'appropriatezza sia della prescrizione che dell'impiego clinico dell'esame e per fornire informazioni utili al piano di sviluppo futuro della tecnologia.

Chiaramente il contributo è parziale e limitato ai quesiti, di natura tecnica, per i quali questi strumenti sono costruiti. Tuttavia, essendo stati inseriti in un processo decisionale complesso, per il quale sono termine di riferimento tecnico-scientifico, la responsabilità e rilevanza di questi documenti è in crescita. Non sorprende quindi che alla crescente responsabilità delle linee guida corrisponda una crescente cura per la metodologia di produzione, con l'intento di evitare bias e distorsioni che ne potrebbero minare sia la validità interna che la trasferibilità.

Molta attenzione è stata dedicata alla revisione e al raffinamento degli strumenti metodologici: revisione e valutazione critica della letteratura, modalità esaustive di presentazione e tabulazione dei risultati degli studi, metodo di classificazione della qualità degli studi e della forza delle raccomandazioni³⁻⁶, etc. Minore attenzione è stata dedicata all'utilizzatore di questi strumenti: il gruppo multidisciplinare chiamato a produrre una linea guida.

Alcuni lavori hanno sollevato il problema della riproducibilità dei risultati⁷ ed altri hanno richiamato alla necessità di documentare e dettagliare il processo del lavoro dei gruppi^{8,9}. Eppure proprio in virtù del supporto al governo dell'assistenza e dell'introduzione delle innovazioni che i 'prodotti' evidence-based possono fornire, il ruolo di questi gruppi di lavoro diventa determinante. Quando la necessità di essere tempestivi porta ad affrontare temi per i quali la ricerca è incompleta o immatura, le diverse competenze contenute nel gruppo multidisciplinare diventano la fonte principale di informazioni utili a valutare tecnologie e modalità assistenziali in tempi adeguati. Infatti è grazie alla prontezza di valutazione che i servizi sanitari possono garantire ai cittadini "accesso tempestivo a strumenti diagnostico-terapeutici potenzialmente importanti" e

agli operatori "opportunità di sfruttare al meglio le proprie capacità e competenze"¹⁰. Con il solo scopo di offrire una riflessione sul tema dei gruppi multidisciplinari l'articolo propone di trattare due elementi, il metodo di lavoro e la composizione dei gruppi, utilizzando i mezzi messi a disposizione dalla scienza politica, con l'intento di individuare strumenti analitici pertinenti senza tuttavia stravolgere la natura essenzialmente tecnica di questi panel.

LA MULTIDISCIPLINARIETÀ

"...essi riuniti giudicano, consigliano, decidono... confrontati uno per uno col migliore, ciascuno di essi è forse inferiore, ma lo stato è costituito da molti, come il banchetto comune è più bello di uno privato e semplice: per questo la massa spesso giudica meglio di uno solo. Inoltre... come l'acqua ch'è molta, così anche (la moltitudine) è più dei pochi immune da corruzioni..."¹¹

È ormai fuori di discussione che a produrre linee guida e raccomandazioni debba essere un gruppo di lavoro, e non uno o pochi individui. Inoltre costituisce elemento qualificante di una linea guida che questo gruppo sia multidisciplinare¹², ossia composto da rappresentanti delle diverse discipline e dei diversi settori, e che includa rappresentanti dei vari *stakeholders* (coloro che abbiano interesse o su cui ricadranno le decisioni prese dal gruppo).

Il principio della multidisciplinarietà – stabilito dalla rilevanza delle diverse competenze – si coniuga quindi con il principio del pluralismo, stabilito dalla necessità di inclusione dei diversi interessi, come forma di protezione dell'interesse generale contro il prevalere degli interessi particolari.

Nel linguaggio politico, infatti, la funzione di controllare e limitare sia il centro di potere dominante che l'eccessiva frammentazione individualistica (o atomismo) è affidata al pluralismo, ossia a un modello di società retta da più gruppi o centri di potere, anche in conflitto tra loro.

Nell'ambito dell'EBM la traslazione dalle prove empiriche alla raccomandazione clinica richiede di esprimere un giudizio nei seguenti termini:

- quanto si è sicuri che un dato intervento porterà ad un dato esito;

CAREregioni

Supplemento a
Care n. 2 marzo-aprile 2007

Direttore Responsabile
Giovanni Luca De Fiore

Redazione
Antonio Federici (editor in chief),
Cesare Albanese, Carlo Fudei,
Mara Losi, Maurizio Marceca,
Fabio Palazzo

Stampa
Arti Grafiche TRIS - Roma

Progetto grafico
Doppiosegno - Roma
Registrazione del Tribunale
di Roma n. 00472/99
del 19 ottobre 1999
Periodicità bimestrale.
Finito di stampare giugno 2007

Il Pensiero Scientifico Editore
Via Bradano 3/c, 00199 Roma
Tel. (06) 862821
Fax (06) 8628250

E-mail: info@careonline.it
Internet://www.careonline.it

“
**Attraverso
 il conflitto, che
 rende esplicite
 le ragioni
 e le rivendicazioni
 che dividono
 i gruppi, riesce
 ad emergere
 il cambiamento
 e può affermarsi
 il miglioramento**
 ”

- quanto si è sicuri che quell'intervento procurerà al paziente più benefici che danni o rischi.

La componente pluralistica è pertanto determinante alla formulazione di un giudizio così definito in quanto dà spazio alle diverse interpretazioni di rapporto tra rischio e beneficio.

Il *rationale* per la composizione dei gruppi di lavoro risiederebbe quindi nella maggiore probabilità di svolgere una analisi esaustiva e di approssimarsi ad un giudizio saggio, e nella migliore capacità di proteggersi da interessi di parte. Entrambe sono ricercate evitando di affidarsi ad un'unica disciplina/ruolo professionale o al solo settore clinico.

IL METODO DI LAVORO: CONFLITTO E 'REGOLE DEL GIOCO'

*"...tutto ciò che è creatività, innovazione, e sviluppo nella vita di un individuo, del suo gruppo e della sua società è dovuto, e non in piccola parte, al conflitto tra gruppi e tra individui... Questo fatto fondamentale di per sé giustifica il giudizio che il conflitto è essenzialmente 'buono' e 'desiderabile'..."*¹³

Il metodo di lavoro del gruppo multidisciplinare è regolato dagli stessi principi che regolano i lavori dei gruppi operanti in un sistema pluralistico e si basa su:

- l'accettazione del conflitto tra individui, gruppi e organizzazioni come forma di interazione finalizzata alla contesa per l'accesso e la distribuzione di risorse scarse;
- il principio dell'equità delle procedure per la risoluzione del conflitto, fondate sulla libera competizione tra i gruppi e la possibilità per le parti contendenti di essere ascoltate su un piano di parità¹⁴.

Attraverso il conflitto, che rende esplicite sia le ragioni che dividono i gruppi sia le rivendicazioni che li contrappongono, riesce ad emergere il cambiamento e può affermarsi il miglioramento. Ciò accade però se il conflitto viene istituzionalizzato, vale a dire quando norme e procedure accettate promuovono lo sforzo verso le rispettive 'concessioni', piuttosto che verso la distruzione dell'opponente¹⁵.

Nel caso delle linee guida, l'accettazione delle cosiddette regole del gioco prevede la definizione concordata di efficacia e appropriatezza clinica, di beneficio e di rischio, l'accordo sui criteri che definiscono la qualità metodologica delle prove empiriche e l'accesso a tutti gli strumenti metodologici necessari alla formulazione delle raccomandazioni. Il principio del contraddittorio assicura libera espressione alle diverse opinioni, valori e punti di vista ed è condizione necessaria per un processo decisionario equo nel quale le opposte rivendicazioni sono ascoltate.

Il gruppo, quindi, di norma si costituisce, prende visione dei diversi strumenti di lavoro, definisce e concorda sia l'obiettivo del proprio lavoro che la procedura, e si impegna in un dato numero di discussioni coordinate da un moderatore che ha il compito di garantire e sorvegliare la correttezza delle procedure decisionali. Diverse procedure vengono utilizzate per registrare il livello di accordo sul contenuto delle raccomandazioni, che indicano quando e se un intervento deve/può o non deve/non può essere effettuato. Tutte le affermazioni per le quali non viene registrato un accordo vengono classificate come 'incerte'. Spesso i gruppi di lavoro ricevono l'ulteriore mandato di arrivare ad affermazioni conclusive anche quando le informazioni derivate da prove empiriche non sono sufficienti a raggiungere un accordo. A questi gruppi viene quindi chiesto di raggiungere un consenso e allora le discussioni collegiali assumono un ruolo fondamentale.



IL METODO DI LAVORO: CONSENSO

"...il consenso non deve essere inteso come un parente prossimo dell'unanimità. Il consenso pluralistico si fonda su un processo di aggiustamento tra menti e interessi dissenzienti... un processo di sempre mutevoli compromessi e convergenze tra persuasioni divergenti..."¹⁶

Se consenso non significa unanimità, bensì compromesso, come assicurarsi la cooperazione negoziale che salvaguarda dall'arenarsi in contrapposizioni inconciliabili? Tralasciando per il momento i suggerimenti – sebbene utili – forniti dalle tecniche di conduzione dei gruppi, può essere d'aiuto avvalersi delle teorie politiche che illustrano i principi sulla moderazione del conflitto all'interno del pluralismo. Un giusto equilibrio tra conflitto e consenso dovrebbe permettere al gruppo di prendere decisioni rappresentative e legittimate. Anche nel 'piccolo' mondo della produzione di linee guida occorre che le decisioni prese (le raccomandazioni per la pratica clinica) siano condivisibili dai destinatari. Il gruppo è quindi 'multidisciplinare', oltre che per assicurare le diverse letture e interpretazioni del quesito clinico, anche per garantire che le tensioni derivate dalla competizione per risorse finite siano rappresentate.

Senza dubbio l'enfasi posta sulla necessità di criteri oggettivi (quali la dimostrata efficacia o la stima puntuale di un rischio) stabilisce regole aprioristiche attraverso le quali è possibile risolvere le contrapposizioni, ma può non essere sufficiente quando le prove empiriche sono limitate. Se da una parte l'unanimità è sospetta, l'eccessiva eterogeneità rischia di escludere il compromesso.

I politologi ci vengono incontro descrivendo come la multi-affiliazione (l'appartenenza degli individui a più gruppi di interesse e di potere diversi) permetta ai vari interessi di manifestarsi e di contrapporsi senza arrivare alla disintegrazione^{16,17}. L'esistenza di *cleavages* – linee di divisione – intersecanti e incrociate fa sì che le divergenze, invece di sommarsi e rinforzarsi l'una con l'altra, siano smorzate e frenate da affiliazioni multiple. I gruppi che raccolgono il sostegno da uno strato allargato con interessi incrociati sarebbero così maggiormente motivati al compromesso e all'assimilazione.

LA COMPOSIZIONE DEL GRUPPO

"...una società multigruppo è pluralistica se e soltanto se i gruppi in questione non sono gruppi tradizionali e, secondo, solo se si sviluppano naturalmente senza essere in alcun modo imposti..."¹⁶

In realtà per produrre linee guida i componenti dei panel vengono generalmente 'invitati' dalle agenzie produttrici di linee guida, da società scientifiche o da aziende sanitarie che si cimentano in questa attività. Se tutto quanto detto in precedenza è vero, ne consegue che i componenti del gruppo dovrebbero essere:

- adeguatamente formati;
- riconosciuti esperti nel loro ambito professionale;
- in grado di sostenere un contraddittorio durante le discussioni collegiali;
- multi-affiliati;
- legittimati a partecipare da uno strato allargato;
- rappresentativi dei diversi settori.

Non è facile coniugare una tale esperienza e professionalità con la rappresentatività. Succede spesso che per desiderio di semplificazione, ci si avvalga delle 'liste' di società scientifiche o delle segnalazioni di altri individui ritenuti autorevoli, sperando di usufruire di una rappresentatività e legittimazione riconosciute in altri ambiti e quindi 'prese in prestito'. Quando l'ambito è sufficientemente ristretto – provinciale o regionale – è possibile essere quasi plebiscitari e coinvolgere ogni servizio o struttura, riuscendo così a coniugare il momento della produzione dei documenti con il momento della diffusione. Il gruppo che ha lavorato sull'utilizzo della PET in oncologia ha visto la partecipazione di tutti i centri PET della Regione Emilia-Romagna ed ha assunto la veste di network, vale a dire di strumento di "partecipazione, comunicazione e condivisione delle conoscenze"¹⁰. Tuttavia per alcuni settori il problema del 'reclutamento' è particolarmente spinoso, anche a livello locale, come, ad esempio, per la partecipazione degli utenti, dove il solo utilizzo delle associazioni da una parte consente una maggiore esperienza e preparazione, dall'altra rappresenta il settore dell'utenza in maniera frammentaria e poco 'multi-affiliata'.

Data l'importanza conferita al conflitto, più di ogni altra cosa è necessario evitare la tentazione

“
Un giusto equilibrio tra conflitto e consenso dovrebbe permettere al gruppo di prendere decisioni rappresentative e legittimate
 ”



di ridurlo o di escluderlo attraverso la discrezionalità delle 'convocazioni' al gruppo di lavoro, in quanto un consenso ottenuto a priori è chiaramente di dubbio valore rispetto a quello scaturito da una contrapposizione 'perfetta'. Ciò diventa rilevante sia nella fase di adozione dei documenti, dove gli ambiti decisionali ne concordano la tipologia di contributo alle scelte di governo, sia nella fase di trasferimento nella pratica dove la diversità è fonte insostituibile di

informazioni sui possibili e diversi fattori di ostacolo che ne possono rendere difficoltosa l'adozione e l'adesione.

NOTE CONCLUSIVE

*"...Pensare senza dati è, empiricamente, pensare a vuoto. Ma sospendere il pensare perché i dati non bastano è sbagliato..."*¹⁶

L'intento (imbelle) di questo articolo è quello di porre alcune domande — senza pretesa di rapide risposte — e senz'altro non è quello di trasformare in 'politico' quello che è e deve rimanere un tavolo tecnico. Piuttosto si è tentato di individuare alcuni termini di riferimento metodologici, andandoli a cercare tra gli strumenti analitici delle scienze politiche, per sviluppare una riflessione e una analisi su un aspetto della produzione e utilizzo delle linee guida che è importante tanto quanto i suoi strumenti.

Come già accennato in premessa, l'impiego di questi documenti è in espansione, secondo le indicazioni che vengono dal governo clinico, e cresce l'esigenza di disporre di questi strumenti con una tempistica consona alle emergenti richieste di professionisti, pazienti e decisori. Ciò fa sì che i gruppi multidisciplinari vengano chiamati ad esprimere giudizi anche in situazioni in cui la letteratura è carente o la ricerca ancora *in progress*. In queste situazioni chiedersi quanto il gruppo decisionale sia rappresentativo e legittimato, come ricercare procedure di lavoro esplici-

te, non costituisce un semplice esercizio intellettuale né un banale sforzo populista. Rientra piuttosto nella normale attività di "soluzioni di rompicapo"¹⁸, come Thomas Kuhn chiama la necessità da parte dei ricercatori di risolvere problemi o contraddizioni che il proprio paradigma presenta. Attività finalizzata anche a verificare che le eventuali anomalie non mettano in discussione il paradigma stesso. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Grilli R, Taroni F: Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Roma 2004, Il Pensiero Scientifico Editore.
2. Dossier 124-2006: Indicazioni all'uso appropriato della FDG-PET in oncologia – Sintesi, Agenzia Sanitaria Regionale, Regione Emilia-Romagna. Disponibile all'indirizzo: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss124.htm. Ultima consultazione giugno 2007.
3. Glasziou P, Vandenbroucke J, Chalmers I: Assessing quality of research. *BMJ* 2004; 328: 39-41.
4. Grimes DA, Hubacher D, Nanda K, Schulz KF, Mohe D, Altman DG: The good clinical practice guideline: a bronze standard for clinical research. *Lancet* 2005; 366: 172-174.
5. GRADE Working Group: Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328: 1490.
6. Brown P, Brunnhuber K, Chalkidou K, Chalmers I et al: How to formulate research recommendations. *BMJ* 2006; 333: 804-806.
7. Raine R, Sanderson C, Hutchings A, Carter S, Larkin K, Black N: An experimental study of determinants of group judgements in clinical guideline development. *Lancet* 2004; 364: 429-437.
8. Moreira T, May C, Mason J, Eccles M: A new method of analysis enabled a better understanding of clinical practice guideline development process. *J Clin Epidemiol* 2006; 59: 1199-1206.
9. Verkerk K, Van Veenendaal H, Severens JL, Hendriks EJM, Burgers J: Considered judgement in evidence-based guideline development. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(5): 365-369.
10. Grilli R: Come governare l'innovazione in sanità? *Rec Progr Med* 2006; 97(11): 589-593.
11. Aristotele: *Politica*, trattato sull'economia, Bari 1991, Laterza.
12. Grilli R, Penna A, Zola P et al: Physicians' view of practice guidelines. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1283-1287.
13. Dahrendorf R: *Class and class conflict in industrial society*. Londra 1959, Routledge & Kegan Paul.
14. Hampshire S: *Non c'è giustizia senza conflitto*. Milano 2001, Feltrinelli.
15. Arielli E, Scotto G: *Conflitti e mediazione*. Segrate (Mi) 2003, Mondadori.
16. Sartori G: *Pluralismo, multiculturalismo e estranei*. Milano 2000, Rizzoli.
17. Lipset SM: *Political man: the social bases of politics*. Londra 1959, Heinemann Ltd.
18. Kuhn T: *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino 1970, Einaudi.