

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

Attuare il governo clinico nelle aziende sanitarie

Il modello organizzativo GIMBE tra normative, evidenze, esperienze (I)

Nel marzo 2009, sviscerando il vero significato di *Clinical Governance*, GIMBEnews ha analizzato il testo del Ddl "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche" e identificato le proposte che favoriscono l'attuazione del governo clinico (GC), quelle che rischiano di contrastarla e quelle, di fatto, estranee.

Nel testo rielaborato dalla XII commissione - che lo scorso 6 maggio ha subito l'ennesima battuta d'arresto - all'art. 1, comma 3 si legge che "Il governo delle attività cliniche garantisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del SSN, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, salvaguardando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità e universalità nell'accesso ai servizi". Tuttavia, immaginando l'applicazione pratica dei "buoni propositi" della politica sanitaria nazionale, oggi è utopistico definire un modello organizzativo unitario per l'attuazione del GC, sia per la diversa mission delle aziende sanitarie, sia per il differente peso del GC nei 21 Piani Sanitari Regionali/Provinciali.

Da alcuni anni GIMBE ha definito e progressivamente ritoccato un modello organizzativo per l'attuazione del GC nelle aziende sanitarie (box). Tale modello si articola in dieci punti che derivano da un ragionevole compromesso tra la valutazione dei riferimenti normativi nazionali e regionali in tema di GC, le evidenze scientifiche, prevalentemente internazionali, sull'attuazione del GC e l'esperienza del GIMBE nella realizzazione di progetti aziendali di GC, con storie di successo e clamorosi fallimenti, entrambi condizionati dal modello organizzativo aziendale.

Un po' di storia...

I dieci punti del modello organizzativo GIMBE:

- Sono estratti dal Position Statement "Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie", pubblicato nel febbraio 2006 e giunto alla quarta revisione.
- Sono stati progressivamente modificati e integrati con i commenti di oltre 500 professionisti che hanno partecipato a workshop GIMBE sul GC.
- Saranno oggetto di discussione e condivisione in una Convention Nazionale, destinata ai direttori sanitari d'Azienda, "Clinical Governance e Management Aziendale: sostenibilità delle innovazioni organizzative nell'era del federalismo sanitario".

1. Una struttura dipartimentale adeguata costituisce il pre-requisito organizzativo fondamentale per la piena attuazione del GC in un'Azienda Sanitaria.

La legittimazione dell'organizzazione dipartimentale quale "modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende" è avvenuta nelle diverse Regioni e aziende con modalità e tempi diversi. In assenza di un quadro analitico di riferimento è possibile identificare tre scenari principali.

- Aziende che non hanno ancora istituito i dipartimenti.
- Aziende con dipartimenti "anatomicamente presenti, ma fisiologicamente non funzionanti". In queste organizzazioni, il budget viene discusso dai direttori di struttura e generalmente il Collegio di Direzione (CdD) non ha ancora assunto tutti i ruoli e le responsabilità previste.
- Aziende con dipartimenti gestionali: la concertazione del budget viene discussa dai direttori di dipartimento; il CdD assolve ai compiti assegnati dalla normativa e in alcune Regioni è già organo dell'azienda.

A questo panorama estremamente variegato si aggiungono due elementi di ulteriore complessità: l'instabilità della composizione dipartimentale - spesso conseguente all'avvicendamento di una nuova direzione - e l'estrema eterogeneità di alcuni dipartimenti che "faticano" a identificare obiettivi, progetti e indicatori comuni di GC.

In sintesi, "struttura dipartimentale adeguata" deve essere intesa come "presenza di dipartimenti gestionali il più possibile omogenei".

2. Considerato il frequente insuccesso dei progetti di GC attuati esclusivamente con modalità top-down, è indispensabile prevedere anche le modalità bottom-up.

Consolidate evidenze scientifiche internazionali e preliminari esperienze regionali e aziendali confermano il principio che il GC non può essere imposto dall'alto o dall'esterno, ma consegue all'interazione di numerosi attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. In base a tale principio, se spetta all'Azienda - spesso su input regionale - identificare gli obiettivi generali di GC, alla definizione dei progetti e degli indicatori correlati devono giocare parte attiva i professionisti: infatti "*because clinicians are at the core of clinical work, they must be at the heart of clinical governance*" (Degeling et coll. BMJ, 2004). Ovviamente, ciò è condizionato dalla capacità dell'Azienda di permeare tutti i livelli dell'organizzazione con la cultura e gli strumenti di GC.

3. L'attuazione del GC con modalità bottom-up richiede la costituzione di reti multiprofessionali per il GC, quali unità funzionali di supporto metodologico ai progetti di GC.

Se la definizione degli obiettivi aziendali di GC è relativamente semplice, le difficoltà emergono nella pianificazione, conduzione e verifica, con adeguati indicatori, dei progetti correlati. Considerato che le attività cliniche si svolgono nei dipartimenti e nelle UU.OO. la *clinical governance* non può che esercitarsi a tali livelli. In altri termini, se a livello regionale vengono fornite le linee generali di indirizzo di GC, a livello aziendale definiti gli obiettivi di GC, a livello dipartimentale e delle UU.OO. devono essere attuati i progetti correlati.

Per raggiungere questi obiettivi, è necessario chiedersi: "chi gestisce a livello dipartimentale e delle UU.OO. attività e progetti di GC?" Gli uffici di staff generalmente esercitano un'attività di coordinamento generale, ma necessitano di una rete professionale nelle aree clinico-assistenziali. Secondo il modello GIMBE (figura):

- Inizialmente, dovrebbe essere costituita la rete dipartimentale dei referenti di GC e, in una seconda fase, quella dei referenti di GC di UO. Idealmente per ciascun dipartimento e per ciascuna UO dovrebbe far parte della rete un medico e un professionista dell'area assistenziale.
- Nelle aziende territoriali le reti dovrebbero essere sempre innestate sulle strutture organizzative esistenti: dipartimenti di cure primarie, nuclei di cure primarie.
- L'azienda dovrebbe riconoscere formalmente il ruolo dei referenti della rete di GC e, se possibile, prevedere l'istituzione di ore dedicate.



Il modello GIMBE rispetta alcuni principi fondamentali: sovrappone una "rete tecnica" all'organizzazione dipartimentale; assegna agli uffici di staff il ruolo di coordinamento delle attività delle reti; permette, grazie alla rete dei referenti di GC di UO (non riportata in figura), di ottenere una capillare diffusione della cultura e degli strumenti di GC a tutti i livelli assistenziali.

4. Le competenze metodologiche delle reti per il GC coincidono con gli obiettivi di processo e di sistema previsti dal Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina.

Accanto agli obiettivi tecnico-professionali, la nuova ECM identifica gli obiettivi di processo e di sistema quali "attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza". Per raggiungere questi obiettivi, che integrano la formazione continua con la qualità dell'assistenza sanitaria, è necessario diffondere gli strumenti principali di GC, elencati nelle "aree di riferimento" della nuova ECM: costruzione e implementazione di percorsi assistenziali; pianificazione, conduzione, analisi e reporting di audit clinici; definizione di un set multidimensionale di indicatori di qualità; attuazione di programmi di gestione del rischio.

5. Per ottimizzare il coordinamento di reti e progetti di GC, gli uffici di staff strettamente connessi dovrebbero essere sottoposti a un processo di qualificazione, riorganizzazione, razionalizzazione e integrazione.

Nelle aziende sanitarie sono presenti numerose risorse strutturali e professionali con ruoli e funzioni finalizzati all'attuazione del GC: sono gli uffici di staff, sempre più frequentemente UU.OO. e talora denominate tecnostrutture. Accanto all'eterogeneità delle loro denominazioni e al numero spesso eccessivo, gli uffici di staff presentano alcuni limiti comuni: competenze disparate e non standardizzate, profili di responsabilità poco definiti, scarso livello di integrazione, variabilità della direzione di riferimento.

Secondo il modello organizzativo GIMBE tali strutture dovrebbero rivestire un ruolo cruciale, perchè rappresentano il "raccordo tecnico" (figura) tra gli obiettivi di GC definiti dalla direzione aziendale e la loro attuazione a livello delle aree clinico assistenziali. Anche se il numero di uffici di staff finalizzati al coordinamento e monitoraggio di attività e progetti di GC sono numerosi, due rivestono un ruolo chiave: l'UO Qualità (in alcune aziende già "ribattezzata" UO Governo Clinico) e l'UO Formazione. E' fondamentale che queste due UU.OO. agiscano in maniera sinergica, anche alla luce di quanto previsto dalla nuova ECM che, con gli obiettivi di processo e di sistema, si propone di misurare e migliorare continuamente la qualità dell'assistenza, fine ultimo anche del GC. In linea con modelli internazionali, le UU.OO. di staff finalizzate al GC dovrebbero essere idealmente aggregate in una UO complessa in grado di attuare tutti gli strumenti di GC in un'ottica di sistema, configurando l'*umbrella of clinical governance*.

(continua nel prossimo numero)

Nino Cartabellotta
Direttore Scientifico GIMBE

PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

Attuare il governo clinico nelle aziende sanitarie

Il modello organizzativo GIMBE tra normative, evidenze, esperienze (II)

Nella seconda puntata della "pillola", oltre all'analisi dei punti 6-10 del modello organizzativo GIMBE, vengono elencati i possibili ostacoli per l'attuazione del governo clinico (GC) nelle aziende sanitarie.

6. La definizione degli obiettivi di GC dovrebbe essere effettuata prima della concertazione del budget, al fine di definire progetti e indicatori di qualità correlati.

Uno dei principali ostacoli per l'attuazione del GC è la limitata presenza, o addirittura l'assenza, di indicatori di qualità (sicurezza, efficacia, appropriatezza) nel budget dei dipartimenti o delle UU.OO. Questa carenza concentra l'attenzione dei professionisti sulla produzione e i consumi sminuendo l'importanza degli strumenti di GC (percorsi assistenziali, audit clinico, gestione del rischio, etc) finalizzati a raccogliere indicatori di qualità. In questo contesto, tali strumenti piuttosto che essere integrati nei processi strutturali-organizzativi, professionali e finanziari di *governance* aziendale, vengono utilizzati in maniera occasionale, afinalistica e/o confinati esclusivamente all'ambito professionale. In altri termini, se il budget di un dipartimento è legato esclusivamente alla produzione e ai consumi, perchè i professionisti dovrebbero impegnarsi a raccogliere in maniera sistematica indicatori di qualità utilizzando gli strumenti del GC? Paradossalmente l'aumento dell'appropriatezza potrebbe determinare una riduzione dei volumi delle prestazioni e dei conseguenti rimborsi! Anche se non esistono dati comparativi, nelle Regioni dove esistono forti politiche di GC le aziende sanitarie hanno iniziato a inserire indicatori di qualità nei budget dei dipartimenti.

7. In un'Azienda sanitaria con organizzazione dipartimentale è possibile identificare due livelli decisionali per l'attuazione del GC: livello macro e livello meso.

Per livello decisionale si intende il "tavolo" al quale vengono definiti gli obiettivi di GC e i progetti correlati. In linea con quanto affermato al punto 1 - e successivamente ripreso al punto 8 - in un'azienda sanitaria con organizzazione dipartimentale esistono due livelli decisionali. Nel **livello macro (azienda)** il riferimento organizzativo è rappresentato dal collegio di direzione e il numero di progetti di GC sostenibili può essere stimato in 2-3 per anno, spesso secondo *commitment* regionale. Nel **livello meso (dipartimento)**, il riferimento organizzativo è il comitato di dipartimento e, nonostante sia

difficile stimare il numero di progetti sostenibili, è realistica una politica volta a coinvolgere tutti i dipartimenti in almeno un progetto/anno (mono o interdipartimentale), evitando al tempo stesso che un singolo dipartimento sia impegnato in oltre 2-3 progetti/anno. Nelle aziende territoriali dove la programmazione delle attività di GC fa capo ai distretti, piuttosto che al dipartimento di cure primarie, il livello meso si identifica con il distretto e il corrispondente riferimento organizzativo è rappresentato dal comitato di distretto.

8. Nelle Aziende dove il modello dipartimentale non esiste e/o non è adeguato, la piena attuazione del GC a livello micro (UO) è problematica.

Rimandando al punto 1 per l'approfondimento del concetto di "modello dipartimentale inadeguato", in queste aziende sanitarie il ruolo del collegio di direzione e quello dei comitati di dipartimento "saltano" e/o sono poco incisivi. Di conseguenza, la contrattazione su obiettivi, progetti e indicatori di GC avviene mediante una relazione diretta tra la direzione sanitaria e i direttori delle singole UU.OO. E' ovvio che l'elevato numero di interlocutori e la frammentazione dei progetti rendono problematica, una piena attuazione delle politiche aziendali di GC.

9. Collegio di Direzione e Comitati di Dipartimento dovrebbero programmare incontri dedicati alla pianificazione, valutazione e report dei progetti di GC.

Nelle riunioni del collegio di direzione e dei comitati di dipartimento, il GC non può rappresentare una delle numerose tematiche, peraltro spesso confinato in fondo all'ordine del giorno! Il concetto di "incontri dedicati" prevede l'istituzione di riunioni ad hoc sul tema GC. Facendo tesoro di alcune esperienze aziendali di successo, sono necessari 3-4 incontri/anno: quello iniziale prima della concertazione del budget, destinato alla pianificazione dei progetti di GC coerenti con gli obiettivi regionali e aziendali; successivamente due riunioni a cadenza trimestrale per verificare lo status di avanzamento dei progetti; infine un quarto incontro destinato al report dei progetti. In linea con il modello organizzativo, in questi incontri dedicati dovrebbero essere coinvolti in maniera attiva sia i referenti delle reti per il GC, sia i responsabili delle UU.OO. di staff. In altre parole, con questa composizione, gli "incontri dedicati" diventerebbero esclusive occasioni di confronto tra management, clinica e supporto metodologico ai progetti di GC.

10. L'Azienda, oltre a monitorare lo status di avanzamento dei progetti di GC avviati, dovrebbe evitare la loro proliferazione incontrollata, altamente predittiva di insuccesso.

L'eccessivo entusiasmo per il GC e la progressiva acquisizione, anche se frammentaria, degli strumenti da parte dei professionisti hanno generato un pericoloso "effetto collaterale": un numero troppo elevato di progetti di GC viene proposto alla direzione aziendale (o da essa richiesto) e avviato a livello dipartimentale e/o di singole UU.OO. In questo contesto, la scarsa finalizzazione, il limitato coordinamento e la sottostima della complessità metodologica, determinano il clamoroso naufragio di tanti progetti. Quale indicatore aziendale di performance sulla pianificazione/attuazione dei progetti di GC, utile considerare quello utilizzato in altri sistemi sanitari: N° progetti completati/N° di progetti avviati. Una performance superiore al 75% viene considerata ottimale, buona tra 51-75%, sufficiente dal 25 al 50% e insufficiente se inferiore al 25%.

Ostacoli per l'attuazione del Governo Clinico

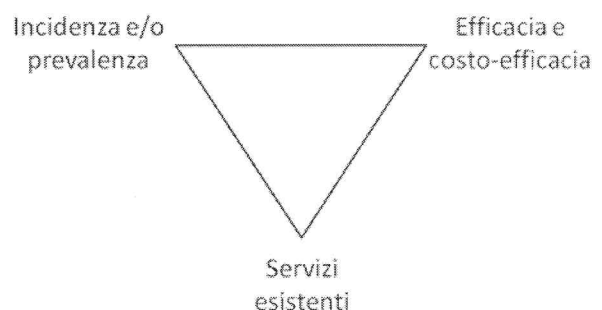
Oltre a quelli elencati nel Position Statement "Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie", numerosi ostacoli locali sono stati identificati da oltre 500 professionisti sanitari che hanno partecipato a workshop GIMBE sul GC. Pur riconoscendo la possibile sovrapposizione tra le due categorie, gli ostacoli sono stati classificati in strutturali-organizzativi e di contesto.

A. Ostacoli strutturali-organizzativi

- **Collegio di Direzione:** organo debole con funzioni di consultazione/ratificazione piuttosto che propositive; scarsa attenzione e/o tempo dedicato a obiettivi e progetti di GC.
- **Dipartimenti:** dipartimenti non ancora istituiti; struttura dipartimentale inadeguata caratterizzata da uno o più dei seguenti elementi: dipartimenti strutturali e non gestionali, dipartimenti disomogenei, composizione dipartimentale instabile.
- **Comitato di Dipartimento:** estrema variabilità di composizione e funzioni; assenza di un regolamento; riunioni poco frequenti e non strutturate; scarsa attenzione e/o tempo dedicato a obiettivi e progetti di GC.
- **UU.OO. di staff:** qualificazione, organizzazione e coordinamento generale delle UU.OO. di staff strettamente connesse con le attività di GC (qualità, formazione, accreditamento, *risk management*, governo clinico); possibili "tensioni" con le reti per il GC; limitata integrazione tra progetti di GC e formazione continua, in particolare attraverso la formazione sul campo.
- **Reti per il governo clinico:** competenze limitate dei professionisti sugli strumenti di GC; necessità di definire nuove responsabilità e ruoli professionali; difficoltà nell'istituire ore dedicate o prevedere retribuzione extra.

B. Ostacoli di contesto

- Le aspettative sugli obiettivi di GC non sono sempre convergenti tra le politiche sanitarie regionali, la direzione aziendale e la componente professionale.
- Esistono frequenti divergenze di opinioni, oltre che possibili conflitti tra "posizioni" aziendali, dipartimentali, di UO e professionali.
- Le evidenze scientifiche hanno un peso limitato nelle macro-decisioni aziendali, in particolare quando causano "tensioni" tra appropriatezza e volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni sanitarie o suggeriscono di "sopprimere" specifici servizi.
- Esiste una notevole difficoltà a integrare gli obiettivi di chi produce servizi e prestazioni sanitarie (azienda ospedaliera) con quelli del committente (azienda territoriale).
- Spesso è difficile mantenere nel tempo la continuità dei progetti di GC avviati, in particolare se pluriennali, e/o in caso di avvicendamento della direzione aziendale.
- La progressiva definizione di obiettivi, progetti e indicatori di GC è ostacolata dal disallineamento temporale tra la definizione degli obiettivi strategici di GC da parte delle Regioni e la concertazione aziendale del budget.
- L'attuazione del GC palesa ipertrofie e ipotrofie di servizi e prestazioni sanitarie, la cui attivazione/non attivazione non è sempre guidata da un approccio epidemiologico. In altri termini, accanto all'offerta smisurata di servizi e prestazioni sanitarie in alcune aree (che a sua volta induce domanda inappropriata), altre condizioni rimangono orfane di servizi e prestazioni, in particolare se scarsamente remunerate dai sistemi di rimborso e/o hanno un limitato impatto sociale. A livello internazionale, la ricetta prende il nome di *epidemiological approach to health care needs assessment* (figura): l'attivazione o la soppressione di servizi e prestazioni sanitarie dovrebbe sempre conseguire a una valutazione oggettiva dei tre vertici del triangolo.



Ma questa... è programmazione sanitaria coerente con l'epidemiologia della domanda di salute appropriata, un presupposto al GC che nel nostro SSN continua a latitare!

Nino Cartabellotta
Direttore Scientifico GIMBE