

## 1. DEFINIZIONI

### 1.1. Cos'è il Governo Clinico

- Il governo clinico (GC), liberamente tradotto da *Clinical Governance*, è una "strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale<sup>1</sup>".
- Il concetto di GC può essere riferito sia alla definizione, mantenimento e verifica della qualità clinica, sia ai meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali.
- L'efficacia del GC è condizionata dalla sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria, per consentire ai professionisti di raggiungere e mantenere elevati standard assistenziali: strutture e processi organizzativi, meccanismi di valutazione e finanziamento, performance e qualità assistenziali, formazione continua e valutazione professionale.
- Il GC richiede un diverso orientamento della struttura organizzativa delle Aziende sanitarie, chiamate ad un ruolo attivo nello sviluppo degli standard di qualità che devono essere definiti, mantenuti e verificati dalla componente professionale. Considerato che la mission principale delle Aziende sanitarie è quella di fornire assistenza di elevata qualità, sono tutti i professionisti a divenire il riferimento assoluto per la *governance* dell'organizzazione.

***Because clinicians are at the core of clinical work, they must be at the heart of clinical governance***<sup>2</sup>

- Un sistema di *governance* dovrebbe fornire una risposta appropriata ai "problemi selvaggi" dei sistemi complessi, caratterizzati da forti autonomie che si influenzano e si limitano a vicenda.

### 1.2. Cosa non è il Governo Clinico<sup>3</sup>

- Il governo dei clinici.
- Il governo dei manager.
- Un nuovo modello di "autoreferenzialità" (sistema di facciata) o di "autodifesa" del sistema o dei servizi.
- L'ennesima "ghettizzazione" della qualità assistenziale all'interno di uffici dedicati.

### 1.3. Le ragioni di una traduzione infelice

- Il termine *governance* deve intendersi come la gestione dei processi di consultazione e concertazione per il raggiungimento degli obiettivi. In tal senso, la *governance* non può essere imposta dall'alto o dall'esterno, ma consegue all'interazione di molteplici attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente.
- Il termine governo corrisponde all'inglese *government* e definisce il potere normativo esercitato dalle istituzioni.
- **GIMBE**<sup>®</sup> propone di tradurre / interpretare *Clinical Governance* in "*governance* clinico-assistenziale" che sottolinea:
  - la non traducibilità del termine *governance*;
  - la maggior riduttività del termine "clinico" rispetto a *clinical*, che caratterizza tutte le professioni sanitarie e non solo quella medica.

## 2. OBIETTIVI

- Governare l'estrema complessità delle organizzazioni sanitarie avendo come duplice obiettivo:
  - la promozione integrata della qualità assistenziale;
  - l'efficienza, in relazione alla sostenibilità economica.
- Ridurre, nella percezione della qualità assistenziale, il gap che esiste tra professionisti (libertà professionale incondizionata) e manager (bilancio aziendale).
- Mettere a punto un sistema multidimensionale di indicatori per monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, partecipazione degli utenti, equità, efficienza (figura 1).

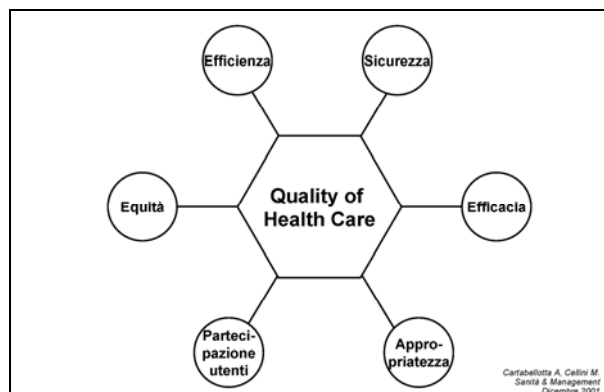


Figura 1

### 3. STRUMENTI

- Tutti gli strumenti del GC (figura 2):
  - non dovrebbero essere utilizzati in maniera sporadica e/o afinalistica;
  - non dovrebbero essere confinati esclusivamente all'ambito professionale, ma devono essere integrati in tutti i processi di governo aziendale: strutturali-organizzativi, finanziari e professionali.

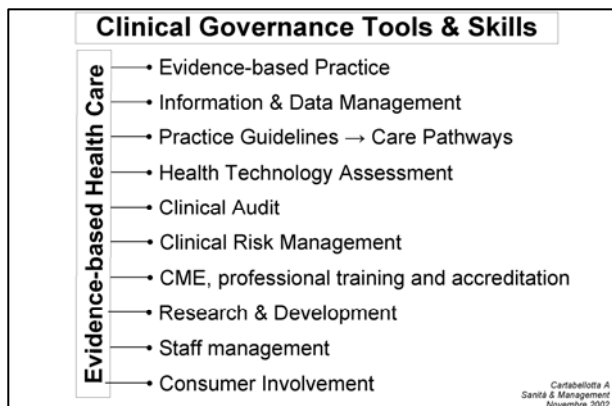


Figura 2

#### 3.1. Evidence-Based Practice

- Diffondere l'EBP core-curriculum tra i professionisti sanitari, che dovrebbero essere in grado di:
  - formulare quesiti clinico-assistenziali;
  - ricercare, con la massima efficienza, le migliori evidenze disponibili;
  - conoscere i principi del *critical appraisal*: validità interna, rilevanza clinica, applicabilità;
  - integrare le evidenze nelle decisioni clinico-assistenziali.

#### 3.2. Information Management

- Acquisire a livello istituzionale:
  - strumenti per la gestione delle informazioni scientifiche: banche dati, editoria elettronica, internet, software di archiviazione bibliografica;
  - competenze per valutare criticamente studi primari e secondari: revisioni sistematiche, linee-guida, HTA reports, analisi economiche, analisi decisionali.

#### 3.3. Data Management

- Migliorare l'interazione e la comunicazione tra i diversi sistemi informativi aziendali.
- Sviluppare i database clinici, facendo riferimento agli standard internazionali DocDat.

#### 3.4. Linee Guida e Percorsi Assistenziali

- Sviluppare metodologie per l'adattamento locale di linee guida (LG) e la costruzione di percorsi assistenziali (PA), abbandonando definitivamente l'inutile ambizione di produrre ex-novo LG.
- Al fine di definire PA evidence-based, condivisi tra i professionisti e adattati al contesto locale, GIMBE® ha elaborato un framework che prevede diverse fasi:
  - definizione delle priorità;
  - costituzione del gruppo di lavoro aziendale multiprofessionale;
  - ricerca, valutazione critica ed eventuale integrazione delle LG;
  - analisi del contesto locale, adattamento delle LG e costruzione dei PA;
  - pianificazione dell'aggiornamento dei PA;
  - definizione delle strategie di diffusione e implementazione dei PA;
  - definizione del panel degli indicatori di processo e di esito;
  - verifica dell'impatto dei PA attraverso la pianificazione, conduzione e reporting del clinical audit.

#### 3.5. Health Technology Assessment

- Utilizzare modelli e report internazionali di HTA per riorganizzare le modalità di gestione aziendale (acquisto, manutenzione, dismissione) delle tecnologie sanitarie, specialmente se esistono input regionali alla loro *governance*.
- Promuovere la diffusione delle tecnologie efficaci e la dismissione di qualunque tecnologia di efficacia non documentata o, comunque, obsoleta.

#### 3.6. Clinical Audit

- Pianificare e condurre audit clinici che, confrontando l'assistenza erogata con standard definiti, permettano di:
  - identificare le inappropriatezze, sia in eccesso, sia in difetto;
  - verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e, se possibile, di esito.

#### 3.7. Risk Management

- Considerare l'errore come "difetto del sistema" e non del singolo professionista.
- Diffondere la cultura della gestione del rischio, strumento di miglioramento professionale e organizzativo, senza farsi condizionare esclusivamente da problematiche assicurative e medico-legali.
- Pianificare e implementare programmi aziendali di gestione del rischio clinico.

### 3.8. Formazione continua, training, accreditamento professionale

- Consolidare tra gli operatori sanitari la cultura della formazione continua, intesa come parte integrante della pratica professionale.
- Inserire le attività di ECM (in particolare, la formazione sul campo) nelle strategie multifattoriali mirate alla modifica dei comportamenti professionali.
- Sviluppare strumenti per misurare la qualità tecnico-professionale, sino a definire criteri di training e accreditamento, standardizzando la valutazione di conoscenze, competenze e attitudini.

### 3.9. Research & Development

- Diffondere tra i professionisti la cultura e gli strumenti della ricerca clinica e sui servizi sanitari, con particolare enfasi allo sviluppo della ricerca indipendente.
- Governare le modalità di coinvolgimento dell'Azienda e dei professionisti nella ricerca sponsorizzata, al fine di garantirne utilità sociale, metodologia, etica e integrità.

### 3.10. Staff management

- Definire le strategie di management degli staff per valorizzare le risorse umane, in relazione alle attitudini, conoscenze e competenze di ogni singolo professionista.

### 3.11. Partecipazione degli utenti

- Coinvolgere i cittadini nella valutazione e nelle modalità di erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, sia perché costituisce un loro diritto, sia perché il loro contributo può ridurre l'inappropriatezza della domanda.

## 4. ASPETTI ORGANIZZATIVI

- Nel pieno rispetto dei riferimenti normativi di politica sanitaria nazionale e regionale, è utopistico definire un modello organizzativo unitario per l'attuazione del GC.
- Alla luce della consistente variabilità delle Aziende sanitarie, oltre che dei Piani Sanitari Regionali/Provinciali, il modello organizzativo proposto nasce da un "ragionevole compromesso" tra:
  - ponderata valutazione dei riferimenti normativi;
  - evidenze scientifiche sull'attuazione del GC;
  - esperienza maturata dal GIMBE® nella realizzazione di progetti aziendali di GC.

### 4.1. Il modello organizzativo GIMBE®

- In assenza di un modello dipartimentale ben strutturato e funzionante, non sussistono i pre-requisiti organizzativi per una piena attuazione del GC in un'Azienda Sanitaria.

- Considerato l'insuccesso dei progetti di GC attuati con modalità *top-down*, è indispensabile attuare gli strumenti del GC con modalità *bottom-up*, previa costituzione delle reti multiprofessionali per il GC.
- In una prima fase, dovrebbe essere costituita la rete dipartimentale dei facilitatori di GC; successivamente la rete dovrebbe essere ampliata a livello delle UO. Nel territorio le reti dovrebbero essere sempre innestate sulle strutture organizzative esistenti: dipartimenti di cure primarie, nuclei di cure primarie.
- Le reti per il GC (figura 3) dovrebbero essere strutturate in unità trasversali di supporto metodologico alle attività di GC e il ruolo dei facilitatori riconosciuto con l'istituzione di ore dedicate.



Figura 3

- Per ottimizzare il coordinamento delle reti e dei progetti di GC, gli uffici di staff (governo clinico, rischio clinico, qualità, formazione, accreditamento) dovrebbero essere adeguatamente qualificati, oltre che sottoposti a un processo di riorganizzazione.
- La definizione degli obiettivi e dei progetti di GC dovrebbe essere effettuata in occasione della concertazione del budget.
- In un'Azienda sanitaria possono essere identificati due livelli di attuazione del GC:

| Livello | Ambito       | Riferimento organizzativo |
|---------|--------------|---------------------------|
| Macro   | Azienda      | Collegio di Direzione     |
| Meso    | Dipartimento | Comitato di Dipartimento  |

- Non è possibile una piena attuazione del GC a livello micro (UO), spesso proposto nelle Aziende dove il modello dipartimentale non esiste e/o non è adeguatamente strutturato.
- Il Collegio di Direzione e i Comitati di Dipartimento dovrebbero programmare incontri periodici dedicati alla pianificazione, valutazione e report delle attività di GC.

- L'Azienda, oltre a monitorare e portare a termine i progetti avviati, dovrebbe evitare la loro proliferazione incontrollata, altamente predittiva di insuccesso. Quali indicazioni generali:

- livello macro: 2-3 progetti/anno, spesso su commitment regionale;

- livello meso: coinvolgere tutti i dipartimenti in almeno 1 progetto (mono o interdipartimentale), evitando di impegnare ciascun dipartimento in più di 3 progetti/anno.

## 5. PROBLEMATICHE APERTE

### 5.1. Generali

- Aspettative non sempre convergenti tra professionisti e manager.
- Assenza di un approccio epidemiologico alla pianificazione dei servizi sanitari.
- Peso limitato delle evidenze scientifiche nelle macrodecisioni aziendali, specie se esistono tensioni tra appropriatezza e volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni sanitarie.
- Difficoltà nel conciliare gli obiettivi dell'Azienda Ospedaliera (produzione) con quelli dell'Azienda USL (commitment).
- Contrasti tra "interessi" aziendali, dipartimentali, di UO e professionali.
- Sistemi informativi aziendali inadeguati per raccogliere indicatori di qualità e/o scarsamente comunicanti tra loro.

### 5.2. Relative alle reti per il GC

- Qualificazione professionale sugli strumenti del GC: acquisizione del *Clinical Governance core-curriculum*.
- Definizione di nuove responsabilità e ruoli professionali.
- Limitata percezione della necessità di "tempo dedicato" per i facilitatori.

### 5.3. Relative agli uffici di staff

- Necessità di qualificazione e riorganizzazione degli uffici di staff strettamente connessi alle attività di GC.
- Possibili tensioni con le reti per il GC.
- Necessità di integrazione tra attività di GC e progetti formativi aziendali, in particolare attraverso l'utilizzo della "formazione sul campo" (che riconosce crediti ECM solo in alcune Regioni).

## Note bibliografiche

<sup>1</sup> Piano Sanitario Regionale Emilia Romagna 1999-2001

<sup>2</sup> Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, et al. Making clinical governance work. *BMJ* 2004;329:679-81

<sup>3</sup> Domenighetti G. Comunicazione personale. Febbraio 2006

- Trabacchi V, Pasquarella C, Signorelli C. Evoluzione e applicazione dei concetti di Governo clinico e Clinical Governance in Italia. *Ann Ig* 2008;20:509-15
- Freeman T, Walshe K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Qual Saf Health Care* 2004;13:335-43.
- Campbell SM, Sheaff R, Sibbald B, et al. Implementing clinical governance in English primary care groups/trusts: reconciling quality improvement and quality assurance. *Qual Saf Health Care* 2002;11:9-14.
- Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Qual Health Care* 1999;8:184-90.

### Authorship

- Il Position Statement è stato elaborato da Antonino Cartabellotta e Massimo Annicchiarico, con il contributo di Franco Berti, Marcello Cellini, Alfredo Potena, Maurizia Rolli, Gianni Rossi.

### Ringraziamenti

- Si ringraziano tutti i colleghi che, in occasione dei workshop GIMBE® o tramite invio di specifici commenti, hanno contribuito al Position Statement.

### Publication history

- Pubblicato in formato elettronico (ver. 1.4) il 6 febbraio 2009.
- Pubblicato in formato elettronico (ver. 1.3) il 7 febbraio 2008.
- Pubblicato in formato elettronico (ver. 1.2) il 25 marzo 2007.
- Pubblicato in formato elettronico (ver. 1.1) il 9 febbraio 2007.
- Pubblicato su "Il Sole 24 Ore Sanità", 21-27 febbraio 2006
- Presentato alla 1ª Conferenza Nazionale GIMBE® (9 febbraio 2006)

### Note

- Per citare il presente documento: Position Statement GIMBE® : Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie. Disponibile a: [www.gimbe.org/gimbe/statement/ps\\_gc.htm](http://www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm)
- Inviare commenti e suggerimenti a: [editor@gimbe.org](mailto:editor@gimbe.org)