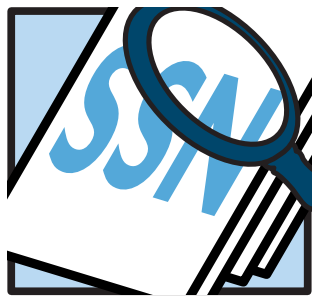


GIMBE/ Le nuove linee di indirizzo per l'attuazione del governo clinico nelle aziende sanitarie

# Decalogo per la governance

Survey con le direzioni sanitarie - Dipartimenti in gioco - Bisogna concertare



Dopo vari tentativi naufragati nelle precedenti legislature, da quasi tre anni la XII Commissione affari sociali della Camera è impegnata nell'elaborazione del testo unificato «Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Ssn». La versione risorta in primavera, dopo un lungo letargo, ha suscitato forti reazioni delle Regioni che hanno intravisto un'invasione di campo nelle loro competenze, costringendo i legislatori all'ennesima revisione del testo unico, ora al vaglio della Conferenza delle Regioni.

All'art. 1, comma 3 il testo enuncia un principio indiscutibile: «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, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità, di appropriatezza e di universalità nell'accesso ai servizi».

Considerato che un documento normativo nazionale è necessario, ma non è sufficiente per attuare la clinical governance, Gimbe dal 2006 ha sviluppato un modello organizzativo per l'attuazione del governo clinico nelle aziende sanitarie. Il modello si articola in dieci item che derivano da un ragionevole compromesso tra i riferimenti normativi nazionali e regionali, le evidenze scientifiche sull'attuazione del governo clinico e l'esperienza di Gimbe nel coordinamento di progetti aziendali di governo clinico.

Considerato che la diversa missione delle aziende sanitarie e il differente "peso" del governo clinico nei 21 piani sanitari rendono utopistico un modello organizzativo unitario, si è preferito utilizzare la definizione "linee di indirizzo", per sottolineare l'estrema flessibilità di attuazione in tutte le aziende sanitarie italiane.

1. Un'adeguata struttura dipartimentale costituisce un requisito organizzativo fondamentale per favorire la piena attuazione del governo clinico in un'azienda sanitaria. La legittimazione dell'organizzazione dipartimentale quale «modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere» è avvenuta nelle diverse

- Le linee di indirizzo sulla Governance nelle aziende sanitarie nascono con il position statement "Il Governo clinico nelle aziende sanitarie", pubblicato nel febbraio 2006 sul «Sole-24 Ore Sanità» e giunto alla quarta revisione.

- Sono state progressivamente modificate, integrate e commentate da oltre 600 professionisti che hanno partecipato a varie edizioni del workshop Gimbe "Introduzione al governo clinico".

- Nel 2010 sono state inviate ai 346 direttori sanitari di aziende ospedaliere, Asl e Irccs per approvazione, suggerimenti di modifiche al testo e segnalazione degli ostacoli relativi al proprio contesto aziendale.

- Un campione rappresentativo di 165 direttori sanitari ha partecipato alla survey (box 1), che si è conclusa in occasione della Convenzione nazionale "Clinical Governance e Management aziendale: sostenibilità delle innovazioni

organizzative nell'era del federalismo sanitario", organizzata dalla Fondazione Gimbe a Bologna il 15-16 ottobre 2010.

- La presente versione è disponibile all'indirizzo: [www.gimbe.org/survey2011](http://www.gimbe.org/survey2011) per i commenti e i suggerimenti di tutti gli stakeholder della sanità italiana.

- Il progetto è stato interamente sostenuto dalla Fondazione Gimbe, senza alcun supporto di sponsor istituzionali o commerciali.

Tabella 1 L'attuazione del governo clinico

	Definizione	Esempi
<b>Obiettivi</b>	Aree clinico-assistenziali-organizzative prioritarie per il miglioramento della qualità di servizi e prestazioni	Frattura di femore nei pazienti di età >65 anni
<b>Progetti</b>	Finalizzati al raggiungimento degli obiettivi richiedono: <ul style="list-style-type: none"> <li>● coordinamento nelle fasi di pianificazione e conduzione</li> <li>● coinvolgimento dei professionisti con adeguate leve motivazionali</li> <li>● utilizzo integrato degli strumenti di governo clinico</li> </ul>	Produzione, implementazione e monitoraggio di un percorso assistenziale e delle procedure operative correlate, integrati con le strategie di risk management
<b>Indicatori</b>	"Unità di misura" utilizzate per verificare l'impatto dei progetti sulle varie dimensioni della qualità dell'assistenza e, complessivamente, il raggiungimento degli obiettivi definiti. Costituiscono misure di accountability e openness. Possono essere integrati nel budget	<p><b>Sicurezza:</b> infezioni, eventi tromboembolici, lesioni da decubito, mortalità peri-operatoria</p> <p><b>Efficacia:</b> pazienti che riprendono una regolare deambulazione</p> <p><b>Appropriatezza:</b> tasso di appropriatezza specifica degli interventi diagnostici, preventivi e terapeutici raccomandati dalle linee guida</p> <p><b>Coinvolgimento utenti:</b> distribuzione informazioni dettagliate, qualità percepita</p> <p><b>Equità:</b> stessi tempi d'accesso alle prestazioni per tutte le classi socio-economiche</p> <p><b>Efficienza:</b> degenza media, spesa per farmaci e dispositivi</p>

Regioni e aziende con modalità e tempi diversi. In assenza di un quadro analitico di riferimento, i feedback ottenuti dalla survey hanno permesso di identificare tre scenari aziendali:

- dipartimenti non ancora costituiti;
- dipartimenti «anatomicamente presenti, ma fisiologicamente non funzionanti»: il budget continua a essere discusso dai direttori di struttura complessa, il collegio di direzione non ha assunto tutti i ruoli e le responsabilità previste dalla normativa; il comitato di dipartimento, di fatto, è inesistente;
- presenza di dipartimenti gestionali: la concertazione del budget viene discussa dai direttori di dipartimento, il collegio di direzione assume 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 e l'estrema eterogeneità di alcuni dipartimenti che "faticano" a identificare obiettivi, progetti e indicatori comuni di governo clinico. In sintesi, per facilitare l'attuazione del governo clinico,

«adeguata struttura dipartimentale» deve essere intesa come «presenza di dipartimenti gestionali omogenei».

2. Considerato il frequente insuccesso dei progetti di governo clinico attuati esclusivamente con modalità top-down, è indispensabile prevedere anche modalità bottom-up. Consolidate evidenze scientifiche internazionali e diverse esperienze italiane confermano il principio che il governo clinico non può essere imposto dall'alto o dall'esterno, ma conseguito all'interazione di numerosi attori che si autogovernano, influenzandosi reciprocamente. In base a tale principio, spetta all'azienda - spesso su input regionale - identificare gli obiettivi di governo clinico, alla definizione di progetti e indicatori correlati devono giocare un ruolo attivo tutti i professionisti. Questo ineccepibile principio è condizionato dalla capacità dell'azienda di permeare con la cultura e gli strumenti di governo clinico tutti i livelli dell'organizzazione, manageriali e professionali.

3. L'attuazione del governo clinico richiede la costituzione di reti multiprofessionali con funzioni di supporto metodologico, coordina-

mento e facilitazione dei progetti di governo clinico. L'attuazione del governo clinico si articola attraverso la cascata obiettivi "progetti" indicatori esemplificata nella tabella 1. Se a livello regionale vengono fornite le linee generali di indirizzo di governo clinico e a livello aziendale definiti gli obiettivi, la pianificazione, conduzione e verifica dei progetti correlati deve necessariamente avvenire nelle aree clinico-assistenziali. In questo passaggio spesso va in crisi il modello organizzativo aziendale per varie ragioni: mancata visione di sistema, attuazione del governo clinico esclusivamente con modalità top-down, ruolo degli uffici di staff poco incisivo, limitata consapevolezza professionale degli strumenti di governo clinico, "scollamento" tra vertice aziendale e attività clinica ecc. Secondo le linee di indirizzo elaborate da Gimbe (figura 1):

- il direttore sanitario d'azienda, responsabile del governo clinico, definisce in sede di collegio di direzione con i direttori di dipartimento linee strategiche (priorità) e risultati attesi (indicatori); quindi fornisce gli input agli uffici di staff per l'attuazione pratica (progetti);

- le Uo di staff esercitano un'attività di coordinamento dei progetti, la cui attuazione richiede una rete professionale di riferimento nelle aree clinico-assistenziali;
- le reti per il governo clinico hanno funzione di supporto metodologico, coordinamento e facilitazione dei progetti. Due i livelli di rete previsti dal modello, dipartimentale (I livello) e di Uo (II livello): idealmente, ciascun dipartimento e ogni Uo dovrebbero essere rappresentati da un medico e da un professionista dell'area assistenziale. Secondo i partecipanti alla survey (tabella 2), il ruolo dei referenti rete dovrebbe essere formalmente riconosciuto e svolto in orario di servizio.

4. Le competenze dei referenti rete comprendono gli obiettivi di processo e di sistema previsti dal Nuovo sistema di Formazione continua in medicina. La vera innovazione della nuova Ecm è aver legittimato, accanto ai tradizionali obiettivi tecnico-professionali, gli obiettivi di processo e di sistema, intesi come «attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici

processi di produzione delle attività sanitarie». In altri termini, la formazione di un professionista sanitario non s'identifica con l'acquisizione delle innovazioni diagnostico-terapeutico-assistenziali, ma deve anche consentirgli di definire standard assistenziali e di misurare appropriatezza, efficacia e sicurezza degli interventi erogati. Gli obiettivi di processo e di sistema identificano un set di competenze che Gimbe ha standardizzato, sul modello di curricula internazionali, nel Clinical governance core curriculum: costruzione e implementazione di percorsi assistenziali; pianificazione e conduzione di audit clinici; definizione di un set multidimensionale di indicatori; attuazione di programmi di risk management.

5. Per ottimizzare il coordinamento di reti e progetti di governo clinico, gli uffici di staff direttamente coinvolti dovrebbero essere sottoposti a un processo di qualificazione, riorganizzazione, razionalizzazione e integrazione. Nelle aziende numerosi uffici di staff hanno ruoli e funzioni finalizzati all'attuazione del governo clinico. Accanto all'eterogeneità delle denominazioni e al loro 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 aziendale, variabilità della direzione di riferimento. Tali strutture dovrebbero rivestire un ruolo cruciale, perché rappresentano il "raccordo tecnico" (figura) tra obiettivi di governo clinico definiti dalla direzione aziendale e loro attuazione nelle aree clinico-assistenziali. Tra gli uffici di staff finalizzati al coordinamento e monitoraggio di attività e progetti di governo clinico l'Uo Qualità e l'Uo Formazione hanno un ruolo determinante e dovrebbero agire in maniera sinergica.

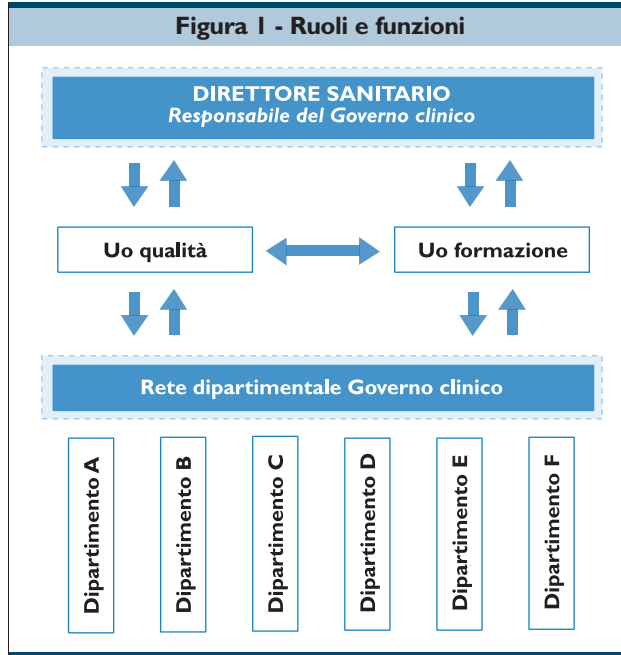
6. Gli obiettivi aziendali di governo clinico dovrebbero essere definiti prima della concertazione del budget, al fine di definire progetti e indicatori di qualità correlati. Uno dei principali ostacoli per l'attuazione del governo clinico è la limitata presenza, o addirittura l'assenza, di indicatori di qualità (sicurezza, efficacia, appropriatezza) nel budget dei dipartimenti o delle UoO. Questa carenza concentra l'attenzione dei professionisti sulla produzione e sui consumi, sminuendo l'importanza di tutti gli strumenti di governo clinico (percorsi assistenziali, audit clinico, ge-

Box 1 - La survey del 2010

Linee di indirizzo Gimbe per l'attuazione del governo clinico nelle aziende sanitarie	Approvato		Linee di indirizzo Gimbe per l'attuazione del governo clinico nelle aziende sanitarie	Approvato	
	Si	No		Si	No
Un'adeguata struttura dipartimentale è requisito organizzativo fondamentale per favorire la piena attuazione del governo clinico in un'azienda sanitaria	63%	37%	Gli obiettivi aziendali di governo clinico dovrebbero essere definiti prima della concertazione del budget, al fine di definire progetti e indicatori di qualità correlati	90%	10%
Considerato il frequente insuccesso dei progetti di governo clinico attuati solo con modalità top-down, è indispensabile prevedere anche modalità bottom-up	96%	4%	In un'azienda sanitaria con adeguata organizzazione dipartimentale esistono due livelli decisionali per l'attuazione del governo clinico: livello macro (azienda) e livello meso (dipartimenti, distretti)	80%	20%
L'attuazione del governo clinico richiede la costituzione di reti multiprofessionali con funzioni di supporto metodologico, coordinamento e facilitazione dei progetti	93%	7%	Nelle aziende dove il modello dipartimentale non esiste o non è adeguato, una piena attuazione del governo clinico a livello micro (Uo) è problematica*	59%	15%
Le competenze dei referenti rete comprendono gli obiettivi di processo e di sistema previsti dal Nuovo sistema di formazione continua in medicina	93%	7%	Collegio di direzione e comitati di dipartimento dovrebbero prevedere incontri dedicati alla pianificazione, valutazione e report dei progetti di governance	88%	13%
Per ottimizzare il coordinamento di reti e progetti di governo clinico, gli uffici di staff direttamente coinvolti dovrebbero essere sottoposti a un processo di qualificazione, riorganizzazione, razionalizzazione e integrazione	86%	14%	L'azienda, dovrebbe monitorare lo status di avanzamento dei progetti di governance ed evitarne la proliferazione incontrollata	97%	3%

\* Il 26% propone di eliminare l'item 8

Tabella 2 - Gli aspetti organizzativi			
<b>Quali livelli di reti multiprofessionali per il governo clinico riteni necessarie?</b>			
Rete dipartimentale	30%	Rete Uo	9%
Entrambe	53%	Nessuna	7%
<b>Nel territorio le reti dovrebbero essere sempre innestate sulle strutture organizzative esistenti: dipartimenti di cure primarie, nuclei di cure primarie</b>			
Si	95%	No	5%
<b>Il ruolo dei referenti rete dovrebbe essere formalmente riconosciuto con delibera aziendale</b>			
Si	70%	No	30%
<b>Le attività svolte dai referenti rete dovrebbero essere svolte</b>			
In orario di servizio	89%	Extra-time retribuito	0%
Extra-time non retribuito	6%	Indennità aggiuntiva	6%
<b>Quante ore settimanali "dedicate" per un referente rete</b>			
≤4 ore:	dipartimentale: 0%;	di unità operativa: 0%	
5-8 ore:	dipartimentale: 12%;	di unità operativa: 78%	
9-12 ore:	dipartimentale: 45%;	di unità operativa: 18%	
12-16 ore:	dipartimentale: 43%;	di unità operativa: 4%	



stione del rischio ecc.) finalizzati a raccogliere indicatori di qualità. In questo contesto tali strumenti, piuttosto che essere integrati in tutti i processi di governance aziendale, vengono utilizzati in maniera occasionale, afinalistica e confinati esclusivamente all'ambito professionale. In altri termini, se il budget di un dipartimento è legato solo alla produzione e ai consumi, perché i professionisti dovrebbero impegnarsi a raccogliere in maniera sistematica indicatori di qualità utilizzando gli strumenti di governo clinico? Paradossalmente, in un'azienda finanziata a prestazione, l'aumento dell'appropriatezza potrebbe ridurre i volumi delle prestazioni e i conseguenti rimborsi!

Anche se non esistono dati comparativi, nelle Regioni con incisive

politiche di governo clinico le aziende sanitarie prevedono già numerosi indicatori di qualità nei budget dei dipartimenti.

7. In un'azienda sanitaria con adeguata organizzazione dipartimentale esistono due livelli decisionali per l'attuazione del governo clinico: livello macro (azienda) e livello meso (dipartimenti, distretti). Per livello decisionale si intende il "tavolo" dove vengono definite le priorità di governo clinico e i progetti correlati: in linea con quanto affermato all'item 1, in un'azienda sanitaria con adeguata organizzazione dipartimentale esistono due livelli decisionali:

- livello macro: il riferimento organizzativo è il collegio di direzione e il numero di progetti di governo clinico sostenibili può essere

stimato in 2-3 per anno, spesso su commitment regionale;

- livello meso: il riferimento organizzativo è il comitato di dipartimento e, nonostante sia difficile stimare il numero di progetti sostenibili, è realistico coinvolgere tutti i dipartimenti in almeno 1 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 governo clinico è in capo ai distretti, invece 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 o non è adeguato, una piena attuazione del governo clinico a livello micro (Uo) è problematica. Rimandando all'item 1 per il concetto di "modello dipartimentale adeguato", in queste aziende il ruolo del collegio di direzione e quello dei comitati di dipartimento "saltano" o non sono determinanti. Di conseguenza, la contrattazione su obiettivi, progetti e indicatori di governo clinico avviene tramite relazione diretta tra la direzione sanitaria e i direttori delle UuOo: l'elevato numero di interlocutori e la frammentazione dei progetti rendono problematica la piena attuazione delle politiche aziendali di governo clinico.

9. Collegio di direzione e comitati di dipartimento dovrebbero programmare incontri esclusiva-

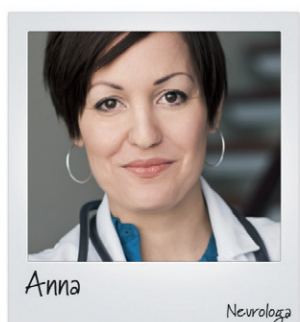
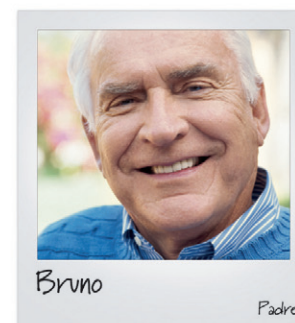
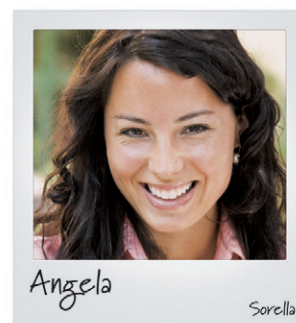
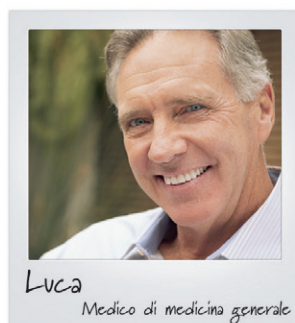
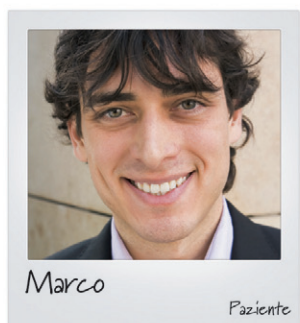
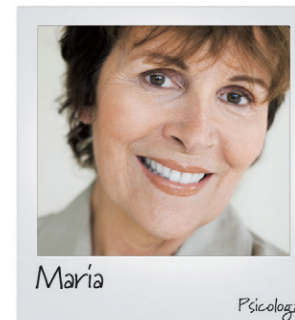
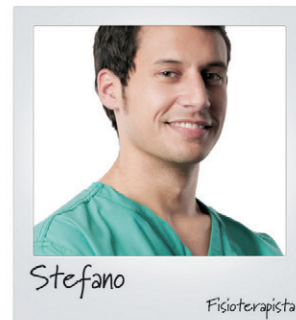
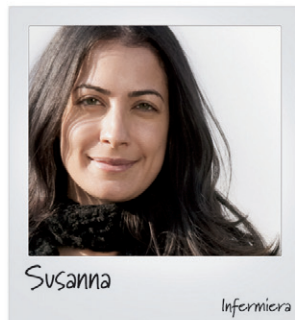
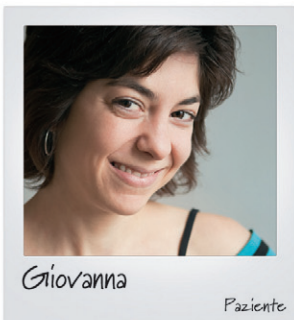
mente dedicati alla pianificazione, valutazione e report dei progetti di governo clinico. Nelle riunioni del collegio di direzione e dei comitati di dipartimento, il governo clinico non può rappresentare solo una delle numerose tematiche, spesso confinata in coda a un affollato ordine del giorno. Con "incontri dedicati" si intende l'istituzione di riunioni ad hoc sul tema governo clinico, idealmente 4 per anno: un incontro iniziale, prima della concertazione del budget, destinato alla pianificazione dei progetti di governo clinico 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 coerenza con l'item 3, in questi incontri dovrebbero essere coinvolti in maniera attiva sia i referenti delle reti per il governo clinico, sia i responsabili delle UuOodi staff. Con questa composizione, tali riunioni diventano esclusive occasioni di confronto tra management, clinica e supporto metodologico ai progetti di governo clinico.

be evitate la proliferazione incontrollata e/o non collegata agli obiettivi definiti. L'entusiasmo per il governo clinico e la progressiva, ma frammentaria, acquisizione degli strumenti da parte dei professionisti hanno generato un pericoloso effetto collaterale: troppi progetti vengono proposti alla direzione aziendale e avviati a livello dipartimentale o di singole UuOo. In questi contesti, scarsa finalizzazione, limitato coordinamento e sottostima della complessità metodologica, determinano il clamoroso naufragio di tante iniziative, con ingente spreco di risorse umane e demotivazione dei professionisti coinvolti.

Quale indicatore aziendale di performance sulla pianificazione/attuazione dei progetti di governo clinico, è molto concreto si dimostra quello utilizzato nel sistema sanitario inglese: n. di progetti completati/n. di progetti avviati. Una performance superiore al 75% viene considerata ottimale, buona tra 51-75%, sufficiente dal 25 al 50%, insufficiente se inferiore al 25 per cento.

**Nino Cartabellotta**  
Presidente Fondazione Gimbe

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Biogen Idec è la biotech company indipendente con la più lunga tradizione alle spalle, una delle più importanti al mondo, grazie a una ricerca d'avanguardia capace di offrire risposte a esigenze di cura ancora insoddisfatte. In particolare la Sclerosi Multipla è stata la prima area terapeutica su cui Biogen Idec ha indirizzato le proprie attività, a testimonianza di un impegno fortemente radicato e tuttora in costante sviluppo. Impegno che si traduce nella volontà di accompagnare quotidianamente nel loro percorso i pazienti e tutte le persone coinvolte nella lotta a questa patologia. E con loro condividere obiettivi, speranze e risultati di una ricerca tesa a offrire 5 nuove soluzioni terapeutiche nei prossimi 5 anni. Nuovi farmaci, ma anche servizi e strumenti di informazione: tutte espressioni di una sfida che, giorno dopo giorno, in Biogen Idec appassiona tutti.