

1 • IL GOVERNO CLINICO DEL SISTEMA SANITARIO

Loretta Casolari, Roberto Grilli

INTRODUZIONE

Come garantire una buona qualità dell'assistenza è oggi probabilmente uno dei maggiori problemi tra i tanti che i sistemi sanitari si trovano a dover affrontare anche alla luce delle crescenti aspettative dei cittadini. Noi tutti, infatti, abbiamo aspettative di qualità e non è più sufficiente che l'assistenza sia «abbastanza» buona: deve essere migliore, e se non basta la vogliamo «eccellente».¹

D'altra parte, la qualità dell'assistenza è il risultato finale di un complesso intreccio di fattori che riassumono le capacità di gestione di un sistema sanitario, il grado di razionalità nell'uso delle risorse disponibili, le sue competenze nel governo delle innovazioni biomediche e, non ultime, di gestione del rischio tanto quanto la sua capacità di indirizzare i comportamenti professionali degli operatori verso scelte diagnostico-terapeutiche giuste ed efficaci.

Dentro la tematica generale della qualità dell'assistenza coesistono infatti i temi relativi all'appropriata erogazione di interventi efficaci sotto il profilo clinico ed organizzativo e al come orientare in un contesto assistenziale sempre più articolato lo sviluppo e l'utilizzo nella pratica di tecnologie sanitarie via via più complesse e sofisticate. Inoltre, occorre tener conto della definizione dei bisogni assistenziali da garantire, intervenendo tempestivamente laddove sono presenti e più rilevanti e fornendo al paziente la risposta giusta al momento giusto e nel luogo giusto. Tutto ciò facendo i conti con gli inevitabili vincoli imposti dalle non infinite risorse disponibili e di conseguenza mantenendo la sostenibilità del sistema.

Non sorprendentemente quindi, alla luce della complessità del tema della qualità dell'assistenza, i dati in nostro possesso dicono che i sistemi sanitari, indipendentemente dal grado di sofisticazione tecnologica ed organizzativa che riescono ad esprimere nei diversi contesti, faticano a garantire una buona qualità delle loro prestazioni; in diversi riscontri la valutazione, sulla base di indicatori quali la mortalità per cause prevenibili ed evitabili grazie agli interventi

teoricamente disponibili, ha documentato come le performance sono quanto mai variabili² ed indipendenti dalla quantità di risorse investite. In altri termini, la ricchezza di un sistema non garantisce di per sé un buon uso delle tecnologie e degli interventi sanitari.

Questa complessità si esprime attraverso la molteplicità dei problemi assistenziali posti da pazienti che, per le loro caratteristiche, richiedono forme di assistenza per bisogni ed esigenze che, sempre meno di pertinenza esclusiva di singole professionalità, necessitano sempre più spesso di risposte multispecialistiche e multiprofessionali in cui l'elemento centrale è rappresentato dal coordinamento e dall'integrazione tra servizi e professionalità distinte che intervengono in momenti diversi di uno stesso percorso o contemporaneamente sullo stesso paziente. La complessità della medicina moderna è rappresentata anche dall'elevato e sempre crescente livello di sofisticazione tecnologica presente nelle specifiche modalità di diagnosi e cura adottate, con l'ovvia implicazione di richiedere non soltanto professionalità adeguate al loro corretto impiego, ma spesso anche contesti assistenziali sufficientemente attrezzati sul piano organizzativo.

Il tema della tecnologia sanitaria, peraltro, richiama immediatamente un aspetto che qualifica l'attuale fase storica della medicina e dell'assistenza sanitaria, costituito dal tema del governo delle innovazioni.

I sistemi sanitari rappresentano una sorta di grande contenitore nel quale sono di volta in volta immesse nuove tecnologie, intese in senso lato, che vengono proposte come innovazioni portatrici di (spesso modesti) guadagni marginali in termini di risultati clinici e (sempre) associate ad un incremento dei costi assistenziali.

A sua volta, il tema del governo delle innovazioni rappresenta nient'altro che un'articolazione specifica della più generale questione del rapporto tra ricerca e pratica clinica, rapporto basato su quanto meno imperfetti meccanismi di condivisione e di trasferimento delle conoscenze scientifiche dall'ambito della loro elaborazione (la ricerca clinica) a quello della loro applicazione (la pratica assistenziale).^{2,3}

L'insieme di queste ragioni, comuni a tutti i sistemi sanitari dei paesi sviluppati, spiega non soltanto perché la qualità dell'assistenza non sia semplicemente funzione delle risorse investite in ambito sanitario nei diversi contesti, ma anche perché essa non costituisca solo il mero risultato di competenza, abilità e sagacia dei singoli professionisti.

La qualità dell'assistenza non nasce spontaneamente né dipende esclusivamente dagli operatori: essa non è altro che il risultato di specifiche scelte di politica sanitaria che sappiano intervenire sugli assetti organizzativi dei servizi in modo da creare le condizioni per un'effettiva multidisciplinarietà ed integrazione, sui meccanismi di trasferimento delle conoscenze scientifiche nella pratica e sui percorsi di identificazione delle vere e delle false innovazioni, ed infine sulla capacità del sistema nel suo insieme e dei singoli servizi di documentare i risultati ottenuti.

A fronte di questi problemi, le soluzioni proposte nei diversi contesti sono state rappresentate, sul terreno della politica sanitaria, da un variegato mix di elementi costituito dalla delega alla professione medica, da intenti regolatori esterni e, infine, dal (quasi) cieco affidamento alla competizione tra servizi come stimolo ad una migliore qualità dell'assistenza.^{4 5}

Tra i limiti di questi approcci vi è proprio la strutturale incapacità di vedere la qualità dell'assistenza come il risultato dell'interazione tra elementi diversi, rappresentati segnatamente e schematicamente dalla formazione dei professionisti, dall'organizzazione dei servizi e dalle loro relative relazioni funzionali ed infine dal legame ricerca-pratica clinica.

OLTRE IL TOTAL QUALITY MANAGEMENT E L'EVIDENCE BASED MEDICINE

L'attenzione al tema della qualità dell'assistenza ha prodotto non soltanto, come prima veniva ricordato, scelte di politica sanitaria, ma anche approcci metodologici. In particolare, con un qualche schematismo, possiamo dire che sul versante del miglioramento della qualità dell'assistenza si sono sviluppati due filoni tra loro distinti sul piano operativo e dei presupposti culturali:

1. Un approccio organizzativo-manageriale, variamente rappresentato dalle metodologie ascrivibili al Total Quality Management ed al Continuous Quality Improvement.⁶ Pur nelle differenze, spesso alquanto sottili, che contraddistinguono i diversi approcci, esse hanno in comune come unità di osservazione ed intervento l'insieme degli assetti organizzativi dei servizi ed il tentativo di operare nell'ambito delle diverse funzioni professionali (cliniche, organizzative e manageriali) in cui sono articolate. Da questo punto di vista, si tratta di metodologie che hanno in generale un approccio sistemico al problema della qualità dell'assistenza; proprio nella capacità di cogliere la qualità dell'assistenza come risultato finale dell'insieme dei processi che caratterizzano un'organizzazione sanitaria risiede probabilmente il loro merito principale. I limiti di questi approcci sono stati principalmente rappresentati dalla scarsa attenzione per il contenuto clinico in senso stretto delle prestazioni sanitarie, con conseguente relativa disattenzione nei confronti della reale efficacia ed appropriatezza clinica delle prestazioni erogate. L'attenzione agli assetti organizzativi aziendali ed alle loro implicazioni si è spesso quindi tradotta in una loro ristrutturazione guidata principalmente da criteri di efficienza operativa, ma non sempre da quelli di efficacia ed appropriatezza, con il rischio evidente di indurre i servizi a diventare «più bravi» (nel senso di più efficienti) a produrre prestazioni di utilità clinica non documentata, quando non francamente inutili. Accanto a questo limite, probabilmente motivato anche dal fatto che si tratta di approcci la cui applicazione in ambito sanitario deriva direttamente dall'industria, vi è il fatto che

la loro applicazione operativa nei contesti aziendali è stata accompagnata da un quadro di riferimento metodologico assolutamente vago ed impreciso (tale da renderli spesso poco riproducibili e generalizzabili, essendo vincolati agli specifici contesti in cui sono maturati).⁷

2. Un approccio medico-tecnico, rappresentato principalmente dal movimento culturale della medicina basata sulle prove di efficacia,^{7,8} finalizzato ad intervenire sulle decisioni cliniche al fine di orientarle verso una maggiore razionalità in termini di efficacia ed appropriatezza. Le stesse linee-guida⁸ possono essere, a buon diritto, inserite in questo filone il cui principale merito è senza dubbio di aver posto l'accento sulla «sostanza» dei processi che caratterizzano i servizi sanitari più che sulla loro forma, vale a dire sulla reale capacità di produrre prestazioni ed interventi clinicamente in grado di incidere in modo positivo sulla salute dei singoli pazienti. Tuttavia, anche questi approcci, che mirano a fare in modo che le informazioni scientifiche disponibili sull'efficacia degli interventi sanitari diventino il punto di riferimento per le decisioni da adottare in singoli o popolazioni di pazienti, hanno rapidamente mostrato i propri limiti. Questi ultimi non sono rappresentati soltanto da quelli che caratterizzano le informazioni che la ricerca clinica mette a disposizione (incompletezza qualitativa, insufficiente validità scientifica, ecc.),⁸ ma anche dalla sostanziale disattenzione nei confronti degli aspetti organizzativi e gestionali che caratterizzano i servizi sanitari e che condizionano inevitabilmente le decisioni cliniche. Da questo punto di vista, si può dire che a questo filone culturale, che assume la qualità dell'assistenza come la mera applicazione sul campo delle informazioni derivate dalla ricerca, è mancato l'approccio sistemico che ha caratterizzato invece il filone manageriale.

Nel corso degli ultimi anni questi due filoni culturali si sono mantenuti tra loro non solo rigorosamente distinti, ma finanche competitivi, sia in quanto prodotti da comunità professionali diverse e poco comunicanti sia come modalità operative e metodologie di lavoro. La loro mancata integrazione ha di fatto rappresentato un limite profondo alla capacità dei servizi di dotarsi di strumenti per il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Che non siano stati prodotti i risultati sperati è documentato, almeno indirettamente, dal fatto che nonostante la diffusione in qualche caso anche molto larga e la popolarità degli strumenti di volta in volta proposti (ad esempio le linee-guida), a ciò non sia seguito alcun tangibile impatto. Non solo un tale impatto non è stato proporzionale all'impegno ed all'entusiasmo profusi, ma le resistenze e lo scetticismo generati rischiano ora di far erigere barriere verso proposte che li richiamino in causa. Di fatto, è come se si fosse sempre guardato alla qualità dell'assistenza attraverso due monocoli sistematicamente orientati in direzioni diverse ed opposte, avendo la sensazione che le lenti usate fossero di ottima fattura ma non della gradazione corretta.

L'idea della *clinical governance* sviluppata dagli anglosassoni alla fine degli anni Novanta faceva pensare alla struttura che trasformava in un occhiale i due

monocoli, ridando così da un lato una visione complessiva di insieme di approccio alla qualità dell'assistenza,⁹ e dall'altro fornendo lenti nuove in grado di allentare la tensione dicotomica e le resistenze ai due approcci legate a specifiche difficoltà applicative di alcuni strumenti. Il governo clinico infatti fornisce una nuova chiave di lettura di strumenti che del tutto nuovi non sono.¹⁰

Rispetto ai tradizionali strumenti utilizzati, i vantaggi di un approccio integrato sono legati alla possibilità di *vedere* le performance dei team ma anche quelle di aree critiche, *vedere* i fenomeni di natura non contabile, *vedere* prima ed oltre le mura aziendali.

I PRINCIPI GENERALI DEL GOVERNO CLINICO

Nel Regno Unito, laddove il concetto è nato, la *clinical governance* viene definita come «il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'«eccellenza clinica» (liberamente tradotto dal documento *A First Class Service*, pubblicato nel 1998 dal Dipartimento della salute britannico).

Dal momento che non si può pensare di governare ciò che non si conosce, certamente la più immediata implicazione pratica del governo clinico è rappresentata dalla costruzione entro i servizi delle condizioni clinico-organizzative necessarie a sviluppare, in modo sistematico e continuativo, la sorveglianza ed il monitoraggio dei processi assistenziali al pari della costruzione di una serie di indicatori sul cruscotto dell'automobile. Tuttavia sarebbe quanto mai riduttivo pensare che il governo clinico si traduca semplicemente in politiche fortemente orientate a sviluppare la capacità di raccogliere in modo sistematico informazioni sui processi assistenziali ed i loro esiti. Non si tratta infatti soltanto di acquisire maggiori informazioni su una pratica clinica, oggi peraltro conosciuta e descritta in modo approssimativo, attraverso i flussi informativi routinariamente disponibili. Si tratta anche di creare le condizioni necessarie a far sì che queste informazioni siano effettivamente utilizzate in modo conseguente ai fini del governo e della conduzione dei servizi sanitari. In questo senso si tratta di operare congiuntamente sul versante organizzativo e su quello culturale.

Non a caso, in un'indagine¹¹ condotta su un campione di trust inglesi che ha messo in evidenza una serie di fattori rappresentanti altrettanti ostacoli all'implementazione del governo clinico nei contesti assistenziali, in cima all'elenco delle barriere che ostacolano l'adozione di politiche di governo clinico era posta la mancanza di risorse, soprattutto in termini di persone e di tempo da dedicare alle attività di valutazione e monitoraggio della qualità dell'assistenza, seguita subito dopo dalla necessità di un cambiamento della cultura organizzativa e professionale.

Proprio perché il governo clinico ha come obiettivo il miglioramento della qualità dell'assistenza, non può non avere una spiccata attenzione all'uso delle

informazioni scientifiche ed alla gestione della conoscenza come riferimento per le decisioni cliniche, al fine di orientarle verso una maggiore efficacia ed appropriatezza clinica.

Per questo il riferimento alle informazioni scientifiche disponibili non può restare mero patrimonio culturale dei singoli professionisti, ma deve farsi strada nell'intera organizzazione che non può rinunciare alla gestione dell'informazione/formazione verso gli operatori sanitari a qualsiasi livello dell'organizzazione siano posti.

Allo stesso tempo, si può imparare dalle esperienze proprie ed altrui, creando le condizioni necessarie ad una comparazione tra le prestazioni erogate da team di operatori e da servizi, funzionale ad identificare le condizioni organizzative che conducono ai migliori risultati clinici, definiti sulla base di standard condivisi. Le attività di benchmarking altro non sono se non un modo per apprendere, attraverso il sistematico confronto con altri, come «fare meglio».

Il governo della pratica clinica implica anche un'esplicita *responsabilizzazione* degli operatori, che si esprime attraverso la disponibilità ad operare il monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi (la cui traduzione operativa è rappresentata dai criteri di valutazione, dai loro corrispondenti indicatori e standard di riferimento) che consentano di rendere trasparente la qualità dell'assistenza.

Infine il governo della pratica clinica dovrebbe essere un processo partecipativo. Partecipazione significa, in concreto, avviare una politica di comunicazione ed informazione all'esterno dell'azienda sanitaria, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi; significa anche migliore comunicazione con il paziente per una maggiore collaborazione con gli operatori, affinché vengano adottati comportamenti pienamente funzionali al raggiungimento dei desiderati obiettivi clinici;^{12 13} significa infine mettere il paziente in grado di operare delle scelte nel caso in cui siano possibili diverse opzioni diagnostico-terapeutiche ed il problema consista nel trovare quella più adatta alle esigenze ed alle preferenze del singolo.

La realizzazione concreta del governo clinico richiede interventi a cascata, ai diversi livelli decisionali ed operativi del sistema: in particolare, a livello macro (l'ambito di governo regionale), meso (l'ambito decisionale inter ed intra-aziendale) e micro (il livello decisionale rappresentato dal singolo team di operatori).

A livello macro, assume rilevanza la relazione tra la sanità e gli altri settori della vita sociale, tra la medicina specialistica e la medicina generale, tra ospedale e territorio, tra prevenzione, cura e riabilitazione. A livello meso, occorre coerenza nel portare a livello delle strutture la tecnologia, la formazione, la gestione fatta di scelte strategiche, progetti ed investimenti dove domina l'adeguatezza e l'efficienza. A livello micro, il team di operatori si gioca sulle prestazioni fatte dai singoli atti professionali dove domina il principio dell'eccellenza possibile e dei risultati quantificabili attraverso valutazioni epidemiolo-

giche, sociologiche ed ambientali guidate dall'obiettivo dell'efficacia. Ogni livello deve tendere allo sviluppo delle risorse umane, fatto di partecipazione, appartenenza, spinta all'autovalutazione ed al miglioramento per la costruzione di una forte motivazione.

Il governo clinico integra approcci spesso frammentari, consolidando ed universalizzando la responsabilità e l'autonomia delle figure professionali sia mediche che infermieristiche; il collante del governo clinico con il sistema/organizzazione è rappresentato dalle relazioni tra le persone che ne costituiscono anche il veicolo.

Il governo clinico esige la realizzazione di ambiti di stabile coordinamento tra i responsabili delle unità operative per una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono. Tutto questo rimanda inoltre alla necessità di identificare responsabilità precise^{14 15} relativamente al mantenimento di adeguati standard qualitativi ed alla realizzazione operativa di specifiche iniziative finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità prefissati. Tali responsabilità riguardano non solo i Collegi di Direzione, organismi aziendali che il D.Lgs. 229/99 identifica come preposti alla realizzazione del governo clinico, nel loro insieme, ma anche le Direzioni sanitarie ed i singoli Capi dipartimento.

Compito dei tre livelli decisionali e di responsabilità citati dovrebbe essere quello di operare coordinatamente per realizzare la conduzione – quanto più continuativa possibile – di attività di audit clinico focalizzate su aspetti assistenziali rilevanti (per volume di assistenza rappresentato, per rilevanza clinica, ecc.). Ciò affinché la conduzione sistematica di attività di monitoraggio della pratica clinica diventi organicamente parte dell'attività dei servizi, rendendo in questo modo disponibili informazioni sull'effettiva qualità – in termini di processi assistenziali ed esiti – delle prestazioni erogate.

Se lo scopo del governo clinico è indirizzare verso pratiche assistenziali di documentata efficacia e favorirne l'uso appropriato, è importante che gli operatori abbiano facile accesso a strumenti in grado di mettere a loro disposizione informazioni di buona qualità scientifica sull'efficacia degli interventi sanitari. In questo senso, il governo clinico trova nella medicina basata sulle prove di efficacia il proprio naturale alleato e nelle banche dati di revisioni sistematiche della letteratura, come pure di linee-guida, uno degli strumenti operativi di più immediato utilizzo da parte dei decisori clinici.

Relativamente alla formulazione del piano di sviluppo del governo clinico da parte dei Collegi di Direzione, il lavoro di Donabedian¹⁶ può essere usato per sviluppare un approccio più concreto considerando, in aggiunta agli elementi di struttura, processo ed esiti, anche la cultura ed il knowledge management. Questi elementi, riassunti nell'acronimo SPOCK, corrispondono a:

- *Struttura*: quali strutture sono realmente disponibili per garantire il governo clinico?
- *Processo*: come possiamo dire cosa stiamo facendo e come lo stiamo facendo?

- *Outcome*: come possiamo dire cosa abbiamo fatto?
- *Cultura*: in che tipo di organizzazione stiamo lavorando?
- *Knowledge management*: come gestiamo la conoscenza?¹⁷

CONCLUSIONI

Come abbiamo visto finora, l'idea di un governo clinico nasce dalla consapevolezza dei limiti delle esperienze maturate nel campo della valutazione e del miglioramento della qualità dell'assistenza e dal tentativo di sviluppare la capacità di dare una risposta integrata a questo problema, a fronte della settorialità e parzialità degli approcci sin qui sviluppati.

In questo senso, il governo clinico non dovrebbe essere posto come un'ulteriore metodologia che si aggiunge alle altre né tanto meno come un'ulteriore infrastruttura aziendale. Piuttosto esso rappresenta una politica sanitaria per la qualità dell'assistenza che si pone come obiettivo prioritario ricostruire i legami tra formazione, organizzazione dei servizi, ricerca e sviluppo entro un servizio sanitario.

Il governo clinico, come asse di riferimento, si propone di determinare le relazioni e sviluppare gli strumenti operativi che permettano l'interazione tra le varie componenti professionali.

Scelte di politica sanitaria ed interventi conseguenti, agendo anche sugli strumenti amministrativi disponibili, indirizzando e supportando in un processo continuo i comportamenti professionali verso l'appropriatezza clinico-organizzativa,¹⁸ fanno leva su quegli aspetti organizzativi, che hanno a che vedere con l'integrazione ed il coordinamento tra unità assistenziali diverse destinate alle medesime categorie di pazienti, e sulla formazione professionale affinché quest'ultima sia funzionale ad incoraggiare un'attenzione continuativa alla qualità dell'assistenza come parte integrante dei percorsi formativi dei professionisti.¹⁹

Il governo clinico è fatto di scelte coerenti di politica sanitaria che trovano i propri ambiti di realizzazione a livello regionale ed aziendale di governo del sistema e che hanno come presupposto il fatto che la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni da essi erogate venga assunta come parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo del sistema, dell'organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano. In questo senso, la qualità cessa di essere una sorta di dimensione separata, collaterale e parallela, ma entra a far parte del processo di identificazione degli obiettivi del sistema e delle singole aziende, dei meccanismi di definizione dei processi organizzativi come pure di quelli che presiedono alla definizione dell'allocazione delle risorse, oltre che, ovviamente, degli strumenti di valutazione delle attività delle singole unità operative e dei percorsi formativi offerti ai professionisti.

In altri termini, l'attenzione all'efficacia ed all'appropriatezza clinica ed organizzativa dell'assistenza è parte integrante dell'attività istituzionale. Un servizio in grado di praticare nei fatti una politica di governo clinico ha la capaci-

tà di acquisire, in modo sufficientemente tempestivo, informazioni dettagliate sui processi assistenziali erogati a determinate categorie di pazienti e sui risultati ottenuti; in tale contesto possono essere attivate linee di responsabilità chiare quanto basta a garantire che tali informazioni saranno poi effettivamente utilizzate per orientare in modo conseguente le scelte cliniche ed organizzative.

Da dove iniziare? La domanda è scontata ma la risposta, pur complessa, è sintetizzabile nella necessità di valutare il punto di partenza e tarare su questo il progressivo percorso di implementazione del governo clinico. Ogni realtà ha infatti un suo percorso, passato attraverso un processo di miglioramento piuttosto che un altro, e conosce ed usa alcuni strumenti del governo clinico piuttosto che altri.

Il piano di sviluppo richiede una mappa di come l'organizzazione pianifica il proprio miglioramento attraverso il governo clinico individuando ed implementando il proprio modello di governo clinico (figura 1.1). La definizione del *baseline assessment* può essere fatta con questionari ad hoc o interviste, identificando con focus group le aree da indagare e facendo molta attenzione a non limitarsi alla mera rilevazione della presenza di strutture o strumenti del governo clinico.²⁰ Così come è rischioso formulare giudizi di facciata legati alla presenza di aree «logistiche» all'interno di organigrammi o atti aziendali. Più difficile è sicuramente rilevare il clima organizzativo come diagnosi del contesto nel quale il governo clinico si è inserito ed in che misura è stato possibile un inserimento identificando lo stato di progressione. Il clima organizzativo comprende le percezioni relative ai rapporti di lavoro, alle relazioni interpersonali, alle attività ed agli stili di gestione che si instaurano all'interno delle organizzazioni. Le organizzazioni sono collettivi finalizzati all'efficienza, ma l'efficienza dipende sia dalla struttura sia dal clima, poiché quest'ultimo non è un effetto ma una parte integrante dell'organizzazione.

La stessa efficacia di sistemi di gestione del rischio clinico come la segnalazione spontanea degli eventi dell'Incident Reporting è strettamente legata al clima nel quale si opera. L'errore non deve essere visto come fallimento individuale, ma come occasione di miglioramento per l'intera organizzazione. L'adozione di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, il monitoraggio nel tempo, la creazione di soluzioni organizzative sono fortemente legati alla percezione che gli operatori hanno di poter parlare liberamente degli errori in un clima che non è orientato alla ricerca del colpevole.



Figura 1.1• Creazione di un piano di sviluppo del governo clinico (modificata da Walsh)²¹

TABELLA 1.1 • GOVERNO CLINICO: ELEMENTI TRACCIANTI E CONTENUTI

ELEMENTO TRACCIANTE	COMPONENTI	SIGNIFICATO
STRUMENTI DEL GOVERNO CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> • Uso delle evidenze • Audit clinico • Linee-guida • Benchmarking 	Disponibilità degli strumenti del governo clinico, uso degli strumenti, competenza nella consultazione, rilevanza nelle attività aziendali.
POLITICHE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione del rischio e degli eventi avversi • Gestione dei reclami • Parlare liberamente dei problemi 	Gestione della sicurezza dei pazienti, imparare dalle esperienze e dagli errori, apertura all'ascolto degli utenti esterni ed interni.
MIGLIORAMENTO DELLE PERFORMANCE E PROGRAMMI DI MIGLIORAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione delle UU.OO. • Uso di indicatori di performance • Crescita professionale degli operatori 	Rilevanza posta sulla responsabilizzazione e sul contributo individuale. L'importanza della definizione degli obiettivi e degli standard di prestazione, del monitoraggio e della valutazione delle prestazioni. Integrazione della formazione del singolo con programmi di formazione del team.
STRUTTURA E PROCESSI DI LAVORO	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilizzazione sulla qualità clinica • Coerenza • Impegno del Collegio di Direzione • Partnership sociosanitaria 	L'immagine dell'organizzazione che le persone si sono costruite attraverso le loro esperienze. Il grado di efficienza e di flessibilità dell'organizzazione del lavoro e l'attenzione posta ai processi ed al miglioramento di questi. La percezione della coerenza e dell'adeguatezza della struttura organizzativa.
NUOVA CULTURA DELL'ORGANIZZAZIONE, INTEGRAZIONE ORGANIZZATIVA, ORGANIZZAZIONE INFORMALE E DIAGNOSI DI CONTESTO	<ul style="list-style-type: none"> • Governo clinico delle interfacce • Leadership e team building • Supporto ai colleghi con problemi • Coinvolgimento 	Il livello con il quale i professionisti interagiscono e comunicano soprattutto in rapporto con le altre unità operative per il raggiungimento di risultati ed obiettivi generali. Comprende il lavoro di équipe ed il flusso di informazioni all'interno dell'azienda. Il grado di appartenenza/identità nei confronti dell'organizzazione. L'insieme delle motivazioni e dei valori che facilitano le relazioni spontanee e l'integrazione fra gruppi informali di professionisti. La percezione che le persone hanno dell'impatto del cambiamento del sistema sanitario in rapporto all'offerta di servizi ed alle esigenze ed aspettative degli utenti.

Per questo gli elementi traccianti di una rilevazione del progresso del governo clinico sono di semplice definizione (tabella 1.1) ma per molti aspetti di difficoltosa rilevazione perché comprendono elementi in parte intangibili dall'esterno dell'organizzazione.²²

Le organizzazioni costituiscono infatti un ambiente sociale attivo dove si sviluppano interazioni formali ed informali ed è per questa ragione che i loro membri elaborano un sistema specifico di atteggiamenti, fondato sia sulla natura dei rapporti esterni, che si stabiliscono tra l'organizzazione e gli individui che hanno a che fare con essa, sia sul tipo di relazioni che predominano tra loro. In questo senso non esiste una forma organizzativa migliore di un'altra: occorre mettere in piedi la forma più coerente con l'obiettivo che si può proporre.

Bibliografia

1. Groll R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. London: BMJ Books 2004.
2. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003; 327: 1129-33.
3. Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. *Sounding Board; NEJM* 1989; 320: 53-6.
4. Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 1989; 262: 2869-73.
5. Sackett DL, Rosenberg WMC. On the need for evidence-based medicine. *Health Economics* 1995; 4: 249-54.
6. Shortell SM. Assessing the evidence on CQI: is the glass half empty or half full? *Hospital and Health Services Administration* 1995; 40 (1): 4-24.
7. Shortell SM, Bennet CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what will it take to accelerate progress. *Milbank Quarterly* 1998; 76 (4): 593-624.
8. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
9. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care* 1999; 8: 184-90.
10. Freeman T. Measuring progress in clinical governance: assessing the reliability and validity of the clinical governance climate questionnaire. *Health Service Management Research* 2003; 16: 234-50.
11. Wallace LM, Freeman T, Latham L, Walshe K, Spurgeon P. Organisational strategies for changing clinical practice: how trusts are meeting the challenges of clinical governance. *Qual Saf Health Care* 2001; 10: 76-82.
12. Fiorini M, Mall S, Donatini A. L'appropriatezza assistenziale: il ruolo dei contratti e delle tariffe. In: Fiorentini G. *I servizi sanitari in Italia*. Bologna: Il Mulino 2002; 129-61.
13. Nobilio L, Fortuna D, Vizioli M et al. Impact of regionalisation of cardiac

- surgery in Emilia-Romagna. *Journal of Epidemiology and Community Health* (in press).
14. Sausman C. New roles and responsibilities of NHS chief executives in relation to quality and clinical governance. *Qual Saf Health Care* 2001; 10: 13ii-20.
 15. Sutherland K, Dawson S. Power and quality improvement in the new NHS: the roles of doctors and managers. *Quality in Health Care* 1998; 7 (suppl): S16-S23.
 16. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund* 1966; 44 (3): 166-206.
 17. Grainger C et al. Implementing clinical governance: results of a year's programme of semi-structured visits to assess the development of clinical governance in West Midlands trusts. *British Journal of Clinical Governance* 2002; 7 (3): 177-86.
 18. Commissione regionale per l'educazione continua in medicina e per la salute. L'accreditamento delle attività di formazione sul campo nei programmi di educazione continua in medicina. Regione Emilia-Romagna 2003.
 19. Kieran W. System for clinical governance: evidence of effectiveness. *Journal of Clinical Governance* 2000; 8: 174-80.
 20. Freeman T, Lathan L, Walshe K et al. Evaluating mandated quality improvement: results of a survey in the NHS in England. *Journal of Clinical Excellence* 2001; 3: 15-22.
 21. Walshe K. Baseline Assessment for clinical governance: issues, methods and results. *Journal of Clinical Governance* 1999; 7: 166-71.
 22. Freeman T, Lathan L, Walshe K et al. How do trusts intend measure progress in clinical governance? *Journal of Clinical Governance* 2001; 9: 33-9.