

Valutare l'efficacia di un corso sulla Clinical Governance: uno studio before-after

Emanuela Lovato^{1*}, Davide Minniti², Riccardo Papalia³, Roberto Sacco⁴, Maurizio Dore⁵

¹ Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino, ² Medico, Direzione Sanitaria OO.RR. di Rivoli, ASL TO3, ³ Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia, Università degli Studi di Torino, ⁴ Direttore Sanitario OO.RR. di Rivoli, ASL TO3, ⁵ Direttore di Dipartimento Area Medica, OO.RR. di Rivoli, ASL TO3

ABSTRACT

Background. La formazione dei professionisti sanitari e il consolidamento delle competenze costituiscono elementi fondamentali e indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci, efficienti, appropriate e sicure.

Obiettivi. Effettuare un'indagine conoscitiva sulla conoscenza della Clinical Governance (CG) in generale e dei singoli elementi che la compongono tra gli operatori sanitari dell'Ospedale di Rivoli prima e dopo l'erogazione di un corso di formazione dedicato.

Metodi. Lo studio è suddiviso in tre fasi: Fase I: indagine sul bisogno formativo e l'interesse degli operatori sanitari di alcuni reparti degli Ospedali Riuniti di Rivoli dell'ASL TO3 (Rivoli, Susa, Venaria) sui singoli elementi della CG. Fase II: erogazione di un corso di formazione sulla base dei risultati ottenuti. Fase III: valutazione delle conoscenze acquisite post-corso.

Risultati. Sono stati intervistati 179 dipendenti (119 infermieri/OSS e 60 medici) e l'auto-valutazione globale è risultata insufficiente per la maggior parte degli item. Per quanto riguarda la conoscenza dei singoli strumenti, le maggiori conoscenze pre-corso riferite da entrambi i gruppi professionali riguardano il consenso informato, il concetto di errore/evento avverso e le linee guida. Successivamente alla partecipazione al corso, il livello di interesse e autonomia sulle singole tematiche è aumentato in maniera statisticamente significativa eccetto che per il consenso, rispetto al quale il livello iniziale era già buono

(media score $7,89 \pm 2,37$). Per quanto riguarda la CG nel suo complesso, prima del corso le conoscenze dichiarate erano scarse ($3,73 \pm 2,80$), sia nel gruppo dei medici ($4,1 \pm 2,65$), sia in quello degli infermieri/OSS ($3,54 \pm 2,86$). Dai risultati emerge una carenza conoscitiva sulle tematiche proposte sia per i medici sia per il personale del comparto, nonostante alcune differenze tra i due gruppi dimostrino un diverso livello di auto-conoscenza, coscienza e sensibilità dei singoli operatori sulle tematiche.

Limiti. Campionamento occasionale parzialmente superato dal numero elevato di intervistati e dalla varietà delle discipline coinvolte; bias di auto-selezione dei partecipanti

Conclusioni. Dai dati analizzati emerge una scarsa conoscenza della CG nei suoi singoli aspetti. I risultati ottenuti grazie al corso di formazione sono stati positivi ed hanno permesso di implementare all'interno dell'azienda esperienze come l'introduzione della scheda di incident reporting e l'audit clinico.

Citazione. Lovato E, Minniti D, Papalia R et al. Valutare l'efficacia di un corso sulla Clinical Governance: uno studio before-after. Evidence 2012;4(6): e1000021.

Ricevuto 26 giugno 2012 | **Accettato** 18 settembre 2012 | **Pubblicato** 24 ottobre 2012

Copyright. 2012 Lovato. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato.

Provenienza. Non commissionato; sottoposto a peer-review.

* E-mail: emanuela.lovato@unito.it

BACKGROUND

La *Clinical Governance* (CG) si è sviluppata nel Regno Unito alla fine degli anni '90, come prospettiva unificante degli aspetti clinici ed economico gestionali e di integrazione degli strumenti e sistemi di governo clinico delle strutture erogatrici delle prestazioni sanitarie. Il termine Clinical Governance, coniato da Scally et Donaldson nel 1998 sul *British Medical Journal*¹, identifica un sistema attraverso cui "le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria"^{2,3}.

Concettualmente la CG prevede l'utilizzo di una modalità gestionale in sanità caratterizzata da alcuni requisiti fondamentali: responsabilità, trasparenza, partecipazione e coinvolgimento, etica, valore del lavoro⁴. La CG rappresenta inoltre il tentativo di trovare un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza, riconoscendo che non ci si può limitare a migliorare l'appropriatezza delle singole decisioni cliniche, ma occorre anche orientare i sistemi assistenziali nel loro insieme verso questo obiettivo⁵. In tal senso, è necessario costruire tutte le condizioni per rendere possibili azioni coordinate e coerenti sulle determinanti della pratica clinica, in particolare attraverso la formazione dei professionisti, il monitoraggio dei processi e degli esiti assistenziali, la gestione del rischio^{6,7}.

Il consolidamento delle competenze dei professionisti e la relativa formazione costituiscono elementi fondamentali e indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure⁸. Tuttavia, nonostante le molteplici pubblicazioni e iniziative sulla CG, non tutti gli operatori sanitari ne conoscono il significato. Principi, metodi e strumenti della CG possono entrare a far parte del loro vissuto – e non solo del loro lessico – solo se realmente compresi in tutte le molteplici sfaccettature, che toccano ambiti diversi tra loro: risk management, audit, incident reporting, malpractice, eventi sentinella, risk assessment, formazione continua, implementazione delle linee guida, valutazione della performance^{9,10}.

Sulla base di tali premesse, abbiamo deciso di valutare il grado di conoscenza sui temi della CG da parte di chi quotidianamente opera a diretto contatto con il paziente, consapevoli che la formazione dei professionisti e il consolidamento delle loro competenze rappresentano requisiti indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure.

OBIETTIVI

L'indagine conoscitiva è stata condotta presso gli Ospedali Riuniti di Rivoli dell'ASL TO3 (Rivoli, Susa, Venaria) con l'obiettivo di sviluppare conoscenze e skills su temi della CG nel dipartimento medico. In particolare è stata

effettuata un'indagine di auto-valutazione circa la conoscenza del lessico della CG da parte del personale sanitario. Successivamente, in base al fabbisogno formativo espresso, è stato progettato e realizzato un corso di formazione sui temi della CG. Quindi l'esito dell'intervento formativo è stato misurato con un confronto *before-after*. Il progetto – avviato dalla Direzione del Dipartimento di Area medica e coordinato dalla Direzione Sanitaria di Presidio – ha altresì raggiunto l'obiettivo indiretto di creare le basi culturali necessarie all'introduzione della scheda di *incident reporting*.

METODI

Il progetto ha previsto tre fasi di lavoro:

I. Indagine conoscitiva e analisi del fabbisogno formativo. L'indagine è stata condotta nel marzo 2011 nei reparti di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Ostetricia e Ginecologia e Pediatria dell'Ospedale di Rivoli. È stata condotta attraverso un'intervista strutturata di medici, infermieri e OSS dei Dipartimenti Ospedalieri, scelti a campione fra le SS.CC. degli OO.RR. di Rivoli, mediante un questionario di auto-valutazione su singoli temi della clinical governance dal punto di vista delle conoscenze, dell'interesse scientifico e dell'interesse professionale. Le SS.CC. individuate sono rappresentative di specialità configurate in un livello assistenziale di media intensità, che comprende aree di competenza internistica, chirurgica e materno-infantile.

Il questionario utilizzato è suddiviso in due parti: la prima parte conteneva informazioni di carattere socio-demografico e lavorativo, mentre la seconda aveva l'obiettivo di valutare le conoscenze su 9 temi della CG: audit, risk management, eventi sentinella, incident reporting, malpractice, errore, consenso informato, linee guida, rischio assicurativo. Per ogni area, l'intervistato doveva esprimere con uno score da 1 a 10 la propria conoscenza specifica sull'argomento (1 nessuna conoscenza, 10 ottima conoscenza). Tale metodologia ha permesso di acquisire informazioni significative e di effettuare una mappatura delle criticità all'interno dell'ospedale. A garanzia della completezza dei risultati, i questionari sono stati compilati in presenza di un operatore precedentemente formato.

II. Programmazione e conduzione di un corso di formazione. Sulla base dei risultati emersi dall'indagine conoscitiva è stato progettato il corso di formazione "Introduzione alla Clinical Governance e strumenti del rischio clinico" e nel periodo ottobre 2011 - gennaio 2012 sono state realizzate 13 edizioni, coinvolgendo 360 professionisti dell'area medica.

III. Indagine conoscitiva post-formazione. Dopo il corso di formazione è stato rivalutato il livello di conoscenza di tutti i partecipanti al corso di formazione, utilizzando lo stesso questionario della fase I. Nel confronto *before-*

Tabella 1. Descrizione del campione

		Medici N° (%)	Infermieri/OSS N° (%)	
Sede	Rivoli	45 (75)	87 (73,1)	
	Venaria	6 (10)	17 (14,3)	
	Susa	9 (15)	15 (12,6)	
Reperto	Medicina Interna	15 (25)	39 (32,8)	
	Pediatria e Nido	12 (20)	33 (27,7)	
	Cardiologia	9 (15)	-	
	Neurologia	6 (10)	6 (5)	
	Urologia	-	3 (2,5)	
	Nefrologia	6 (10)	12 (10)	
	Lungodegenza	-	6 (5)	
	Primo intervento	3 (5)	5 (4,2)	
	Diabetologia	9 (15)	0 (0)	
	Nutrizione clinica	-	3 (2,5)	
	Poliambulatorio	-	3 (2,5)	
	Psichiatria	-	3 (2,5)	
	Professione	Vigilatrice d'infanzia	-	3 (2,5)
		Infermiere	-	42 (35,3)
		Infermiere pediatrico	-	15 (12,6)
OSS		-	15 (12,6)	
Caposala		-	29 (24,4)	
Medico		54 (90)	-	
Dietista		-	9 (7,6)	
Primario		6 (10)	-	
Infermiere generico	-	3 (2,5)		

after sono stati inclusi nell'analisi soltanto gli operatori intervistati nella fase I. L'analisi è stata condotta utilizzando il software statistico STATA 9; per il confronto degli score assegnati prima e dopo il corso di formazione è stato effettuato un t-test. Il livello di significatività è stato posto al 95%.

RISULTATI

Sono stati inclusi nello studio 179 operatori, di cui 60 medici (età media $52,85 \pm 6,16$) e 119 fra infermieri ed OSS (età media $43,30 \pm 8,26$). Nella tabella 1 è illustrata la suddivisione del campione per reparto di appartenenza, sede lavorativa e professione.

Ogni partecipante è stato intervistato su 9 temi della CG, prima e dopo il corso di formazione. La valutazione pre-corso mirava a valutare le conoscenze degli operatori, mentre la valutazione post-corso ha permesso di studiare l'interesse e la sensibilità dei partecipanti sulle

Tabella 2. Score pre e post corso

	Pre-corso (media \pm DS)	Post-corso (media \pm DS)	P-value
Risk management	4,58 \pm 2,76	6,74 \pm 1,66	< 0.001
Rischio clinico	4,46 \pm 3,07	7,19 \pm 1,55	< 0.001
Linee guida	7,27 \pm 2,45	7,89 \pm 1,40	0.003
Eventi sentinella	5,03 \pm 2,90	7,43 \pm 1,67	< 0.001
Malpractice	4,80 \pm 3,07	6,81 \pm 1,87	< 0.001
Consenso	7,89 \pm 2,37	8,17 \pm 1,48	NS
Errore	6,61 \pm 2,90	7,53 \pm 1,82	< 0.001
Risk assessment	5,41 \pm 2,95	6,28 \pm 2,08	0.001
Clinical governance	3,73 \pm 2,80	7,06 \pm 1,61	< 0.001

tematiche proposte. I risultati ottenuti sono stati successivamente confrontati per valutare l'efficacia dell'intervento formativo e la modificazione della propensione dei partecipanti alle tematiche affrontate. Le tabelle 2 e 3 illustrano il confronto tra i valori medi, assegnati alle singole tematiche della CG prima e dopo la partecipazione al corso di formazione, complessivi (tabella 2) e suddivisi per gruppi professionali (tabella 3).

Come risulta dalla tabella 2 è emersa una carenza di conoscenze per la maggior parte delle tematiche della CG e, al tempo stesso, una differenza statisticamente significativa tra prima e dopo il corso, eccetto che per la tematica del consenso. Per quanto riguarda i singoli strumenti della CG, le maggiori conoscenze riferite dagli operatori di entrambi i gruppi professionali prima della partecipazione al corso riguardano il consenso ($7,89 \pm 2,37$), l'errore ($6,61 \pm 2,90$) e le linee guida ($7,27 \pm 2,45$). Per le restanti tematiche il livello di conoscenza emerso risulta insufficiente (tabella 2).

Per quanto riguarda la CG nel suo complesso, prima del corso è emersa una scarsa conoscenza ($3,73 \pm 2,80$), sia da parte dei medici ($4,1 \pm 2,65$), che degli infermieri/OSS ($3,54 \pm 2,86$) (tabella 3).

Nonostante alcune differenze tra i due gruppi, le carenze conoscitive pre-corso sono evidenti sia per i medici sia per il personale del comparto, a dimostrazione del diverso livello di conoscenza, coscienza e sensibilità dei singoli operatori su queste tematiche. Il gruppo del comparto ha assegnato valori maggiori per alcune tematiche nella fase pre-corso, anche se lo scarto tra valori pre e post-corso è maggiore per il personale medico.

Il personale medico ha espresso un fabbisogno formativo sul risk management ($4,03 \pm 2,58$) e sulla gestione/interpretazione degli eventi sentinella ($4,98 \pm 2,97$). Il personale infermieristico/OSS ha dimostrato necessità di formazione sul rischio clinico ($3,89 \pm 3,05$) e sulla malpractice ($4,22 \pm 3,05$).

Tabella 3. Score pre e post corso stratificati per categoria professionale

	Medici			Infermieri/OSS		
	Pre-corso (media ± DS)	Post-corso (media ± DS)	P-value	Pre-corso (media ± DS)	Post-corso (media ± DS)	P-value
Risk management	4,03 ± 2,58	7 ± 1,65	< 0.001	4,85 ± 2,82	6,61 ± 1,66	< 0.001
Rischio clinico	5,58 ± 2,82	7,5 ± 1,33	< 0.001	3,89 ± 3,05	7,04 ± 1,68	< 0.001
Linee guida	6,8 ± 2,58	7,9 ± 1,31	0.004	7,52 ± 2,35	7,89 ± 1,45	NS
Eventi sentinella	4,98 ± 2,97	7,45 ± 1,78	< 0.001	5,05 ± 2,88	7,42 ± 1,62	< 0.001
Malpractice	5,93 ± 2,80	7,11 ± 1,61	0.005	4,22 ± 3,05	6,66 ± 1,98	< 0.001
Consenso	7,46 ± 2,52	8,15 ± 1,09	0.05	8,11 ± 2,27	8,18 ± 1,64	NS
Errore	6,58 ± 2,84	7,68 ± 1,18	0.007	6,63 ± 2,95	7,47 ± 2,06	0.012
Risk assessment	5,35 ± 2,85	6,55 ± 1,78	0.006	5,44 ± 3,01	6,15 ± 2,22	0.043
Clinical governance	4,1 ± 2,65	7,3 ± 1,77	< 0.001	3,54 ± 2,86	6,94 ± 1,52	< 0.001

La partecipazione al corso ha contribuito a migliorare la conoscenza degli operatori sia sui principi generali della CG, sia sui vari strumenti. La tematica sulla quale gli operatori hanno investito maggiori energie è il consenso (score post-corso 8,15 ± 1,09 per i medici e 8,18 ± 1,64 per infermieri/OSS:), mentre l'elemento su cui si riscontrano le maggiori criticità è rappresentato dal risk assessment (score post-corso 6,55 ± 1,78 per i medici e 6,15 ± 2,22 per infermieri/OSS).

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati è emersa sia una grave carenza da parte di tutti gli operatori sui temi della CG, sia una difficoltà da parte degli stessi a trasferire la CG all'interno della propria attività professionale, dimostrando che la formazione e il consolidamento delle competenze dei professionisti costituiscono elementi indispensabili per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure. Il corso di formazione ha contribuito a sensibilizzare gli operatori sulla tematica e approfondirne i singoli strumenti, facendo chiarezza su cosa si intende per CG e quali sono gli elementi che la costituiscono.

Anche se la partecipazione alle singole fasi del progetto è stata più ampia, si è deciso di includere nell'analisi solo i 179 operatori che hanno partecipato a tutte le fasi dello studio, per garantire la comparabilità dei risultati.

LIMITI

Il principale limite dello studio, rappresentato dal campionamento occasionale degli intervistati, è stato parzialmente superato sia dall'elevato numero di operatori che hanno aderito ad entrambe le fasi del progetto, sia dalla varietà di SS.CC. coinvolte. Un secondo limite è il bias conseguente all'auto-selezione dei partecipanti: in-

fatti, non tutti quelli che hanno partecipato alla intervista pre-corso hanno poi risposto al questionario post-corso e sono stati pertanto esclusi dall'analisi. Questo potrebbe far presupporre che il campione escluso dallo studio, fosse meno interessato alle tematiche trattate.

CONCLUSIONI

Lo studio ha messo in evidenza una carenza conoscitiva sulla CG da parte degli operatori sanitari, fatto di notevole gravità per la sua potenziale influenza sulla qualità dei servizi erogati. Nell'ottica di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria anche attraverso una corretta gestione del rischio clinico, è apparso prioritario fornire al personale una formazione generale sulla CG e sui singoli strumenti attraverso un corso di formazione per tutti i professionisti del Dipartimento di Area Medica su tre sedi ospedaliere degli OO.RR. di Rivoli.

Grazie all'esperienza maturata in questo studio è stato successivamente possibile implementare presso i nostri ospedali una serie di interventi volti a migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'applicazione di strumenti di CG: è stata introdotta la scheda di *incident reporting* per il monitoraggio degli eventi avversi; è stata effettuata l'analisi del livello di rischio per varie aree di assistenza; è stata prodotta una reportistica articolata rivolta a tutte le SS.CC. del presidio di Rivoli per la valutazione delle performance; sono state realizzate esperienze di audit clinico, previo sviluppo di una metodologia aziendale condivisa.

CONTRIBUTO DEGLI AUTORI

Ideazione e disegno dello studio: Davide Minniti, Riccardo Papalia, Roberto Sacco, Maurizio Dore
 Acquisizione, analisi e interpretazione dei dati: Davide Minniti, Riccardo Papalia, Maurizio Dore
 Stesura dell'articolo: Emanuela Lovato

Revisione critica di importanti contributi intellettuali: Emanuela Lovato

Approvazione finale della versione da pubblicare: Davide Minniti, Roberto Sacco

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano il Dott. Umberto Fiandra, la Dott.ssa Ida Raciti, e il Dott. Roberto Mosso dell'AOU San Giovanni Battista di Torino (Le Molinette) per l'attività di docenza prestata durante il corso di formazione "Introduzione alla Clinical Governance e strumenti del rischio clinico", nonché per il supporto, l'esperienza e le competenze dimostrate nella fase di progettazione ed attuazione del corso stesso.

Si ringraziano la Dott.ssa Mirella Giorello, il dott. Giorgio Olivero e la Dott.ssa Ornella Vota, per il loro contributo come docenti al corso di formazione "Introduzione alla Clinical Governance e strumenti del rischio clinico".

Si ringraziano inoltre il Dott. Michele Presutti, la Dott.ssa Alda Cosola e la Sig.ra Daniela Crotti della S.C. Ricerca e Formazione, che hanno reso possibile il corso e ne hanno coordinato le fasi organizzative e progettuali.

BIBLIOGRAFIA

1. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317:61-5.
2. A first class service: Quality in the new NHS. Department of Health, 1998. Disponibile a: www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902. Ultimo accesso: 24 ottobre 2012.
3. 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.
4. Walshe K. Baseline assessment for clinical governance: issues, methods and results. *Journal of Clinical Governance* 1999;7:166-71.
5. Groll R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. London BMJ Books, 2004.
6. Lugon M, Secker-Walker J. Clinical governance: making it happen. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd, 1999.
7. Donaldson LJ, Gray JAM. Clinical governance: a quality duty for health organizations. *Qual Health Care* 1998;7:S37-S44.
8. Minniti D, Papalia R, Racca A, Sacco R, Dore. La Clinical Governance nei Dipartimenti Ospedalieri: un'indagine conoscitiva presso il presidio di Rivoli – ASL TO3 della Regione Piemonte. *Prof & Clinical Gov* 2011;5:20-8.
9. Grilli R, Taroni F. Governo Clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2004.
10. Kieran W. System for clinical governance evidence of effectiveness. *Journal of Clin Gov* 2000;8:174-80.