

## PILLOLE DI GOVERNO CLINICO

### Attuare il governo clinico nelle aziende sanitarie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Ostacoli per l'attuazione del Governo Clinico

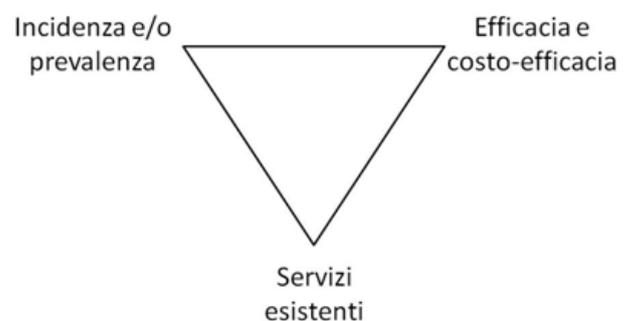
Oltre a quelli elencati nel Position Statement "Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie", numerosi ostacoli locali sono stati identificati da oltre 500 professionisti sanitari che hanno partecipato a workshop GIMBE sul GC. Pur riconoscendo la possibile sovrapposizione tra le due categorie, gli ostacoli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

#### A. Ostacoli strutturali-organizzativi

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

#### B. Ostacoli di contesto

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



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

**Nino Cartabellotta**  
Direttore Scientifico GIMBE