

Dopo una lunga fase storica in cui l'attenzione principale dei sistemi sanitari sembrava essere concentrata principalmente sulla necessità di contenere i costi operando sugli assetti gestionali e organizzativi con l'esplicito intento di recuperare margini di efficienza operativa (obiettivi che nel contesto italiano sono stati alla base del processo di aziendalizzazione), si è fatta progressivamente strada in molti contesti la consapevolezza che l'efficacia clinica delle prestazioni e l'appropriatezza del loro utilizzo nella pratica debbano rappresentare un interesse primario, anche se evidentemente non esclusivo. In altri termini è parso evidente come fosse trascurata una dimensione assolutamente rilevante ed essenziale della qualità dell'assistenza, vale a dire, la capacità dei servizi e degli operatori di mantenere performance professionali su standard accettabili in termini di risultati clinici ottenuti e di appropriatezza nell'uso degli interventi.

Comunicazione tra cittadini e servizi

Questa nuova visione delle priorità ha avuto, come spesso accade, diversi determinanti. Probabilmente uno dei più importanti è stato l'esigenza di ridefinire i rapporti tra cittadini e servizi in modo tale che la capacità di questi ultimi di offrire un'assistenza di buona qualità rappresentasse esplicitamente l'aspetto centrale dei termini della loro "accountability", vale a dire della loro responsabilizzazione nei confronti di cittadini e pazienti.

Per esempio, in Inghilterra, Paese in cui il concetto di governo clinico è nato, casi come quello della cardiocirurgia pediatrica di Bristol (dove un team cardiocirurgico ha per molto tempo potuto continuare ad operare con indici di mortalità operatoria particolarmente elevati, sostanzialmente nell'inerzia dei diversi livelli di responsabilità e governo) hanno avuto certamente un impatto decisivo nel testimoniare come il garantire prestazioni di buona qualità fosse una necessità prioritaria, spesso trascurata dai servizi e che i meccanismi di verifica e controllo interni alla professione medica sono del tutto insufficienti e intempestivi come strumento di mantenimento delle performance professionali su standard accettabili.

Governo clinico e politica sanitaria

Questi elementi hanno rappresentato, di fatto, lo stimolo per la nascita di una rinnovata attenzione a come realmente vengono assistiti i pazienti, attenzione che nel mondo anglosassone è stata indicata come "clinical governance", da noi traducibile in "governo clinico", sottolineando, in questo modo, l'importanza della funzione clinico-assistenziale dell'attività dei servizi – e quindi delle diverse figure professionali che ne sono responsabili direttamente – l'esigenza che efficacia e appropriatezza clinica diventino parte dei criteri operativi dei servizi e, infine, l'esigenza di monitoraggio, indirizzo e regolazione dei processi assistenziali. In particolare, 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 favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica" (liberamente tradotto da *A first class service*, Department of Health, 1998). Da ciò appare chiaro come il governo clinico rappresenti una politica sanitaria che mette al centro della propria attenzione l'efficacia e l'appropriatezza clinica delle prestazioni, creando le condizioni necessarie per fare in modo che la valutazione della qualità di queste ultime diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi e non, come è stato solitamente, un fatto occasionale, episodico e volontaristico.

Riconoscere il governo clinico in termini di politica sanitaria significa riconoscere che la realizzazione dei suoi obiettivi richiede scelte ed interventi ai diversi ambiti di governo dei servizi sanitari e in particolare, nel nostro contesto, 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). Tali interventi devono essere coerentemente funzionali ad indirizzare i comportamenti dei diversi "decisori" verso una attenzione sistematica, non occasionale, ad una migliore qualità dell'assistenza e, in generale, alla capacità dei servizi di erogare interventi efficaci ed appropriati.

Questa consapevolezza era presente, non a caso, nel d.lgs. 229/99 (la legge di riforma ter del SSN), che esplicitamente,

in una logica di governo clinico, sollecitava scelte di governo regionali che spingessero verso criteri di accreditamento dei servizi e dei professionisti fortemente caratterizzati sul piano della capacità di rendere trasparente e valutabile la qualità delle proprie prestazioni.

A livello aziendale il governo clinico richiede iniziative fortemente caratterizzate nel senso di un impegno multidisciplinare, condiviso tra componente clinica e organizzativa.

Organizzazione e modalità operative

Il governo clinico esige un'assistenza integrata e multidisciplinare, attraverso la realizzazione di ambiti di stabile coordinamento tra i responsabili delle unità operative, condizioni che sono realizzabili pienamente solo nel contesto di un'organizzazione di tipo dipartimentale, assetto che dovrebbe favorire una visione integrata dell'assistenza, centrata sul paziente e sull'insieme del suo percorso assistenziale, piuttosto che sui singoli momenti che lo compongono. Tutto ciò rimanda, inoltre, alla necessità di identificare responsabilità precise relativamente al mantenimento di adeguati standard qualitativi e alla realizzazione operativa di specifiche iniziative finalizzate al perseguimento degli obiettivi di qualità prefissati. Tali responsabilità riguardano non solo i Collegi di Direzione, organismo aziendale che di nuovo il d.lgs. 229/99 identificava come preposto alla realizzazione del governo clinico, nel loro insieme, ma anche le direzioni sanitarie e i singoli capi dipartimento.

Compito dei tre livelli decisionali e di responsabilità citati dovrebbe essere quello di operare in modo coordinato per far sì che la valutazione della qualità delle prestazioni cliniche diventi parte integrante dell'attività istituzionale dei servizi e non, come è solitamente sino ad oggi accaduto, una episodica, sporadica iniziativa di pochi volenterosi e disponibili settori di professionisti. Dal punto di vista operativo significa, all'interno delle aziende sanitarie, avviare attività finalizzate a valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, attraverso iniziative di audit clinico e, più in generale, finalizzate a promuovere nella pratica clinica l'uso di interventi la cui utilità clinica sia effettivamente dimostrata, riducendo simmetricamente il ricorso a quelli di cui l'inefficacia è ormai conosciuta. Significa

valutare le performance dei servizi, cioè i risultati clinici da essi ottenuti e utilizzare gli strumenti che consentano una gestione del rischio clinico, vale a dire la sorveglianza costante su eventi avversi, incidenti ed errori che possono caratterizzare l'attività sanitaria e la cui occorrenza mette a rischio la sicurezza dei pazienti.

Per essere in grado di utilizzare i tanti strumenti tecnici e metodologici che sono oggi disponibili per affrontare questi temi (l'efficacia e l'appropriatezza clinica, la valutazione degli esiti clinici, il management del rischio) occorre che le aziende sanitarie si attrezzino sia sul piano organizzativo sia su quello culturale.

Roberto Grilli

Agenzia Sanitaria Regionale, Bologna

BIBLIOGRAFIA

- Donaldson LJ, Gray JAM
Clinical governance: a quality duty for health organisations
Quality in Health Care 1998; 7 (Suppl): S37-S44
- Donaldson LJ
Clinical governance: a statutory duty for quality improvement
J Epidemiology Community Health 1998; 52: 73-74
- Secretary of State for Health
A first class service
London, UK, Department of Health, 1998
- Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F
A model for clinical governance in primary care groups
BMJ 1999; 318: 779-783
- Buetow SA, Roland M
Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care
Quality in Health Care 1999; 8: 184-190
- Davies H
Falling public trust in health services: implications for accountability
J Health Serv Res Policy 1999; 4: 193-194
- Lugon M, Secker-Walker J
Clinical governance: making it happen
London, The Royal Society of Medicine Press Ltd, 1999
- Taroni F, Grilli R
È possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?
Politiche sanitarie 2000; 1: 64-76
- Berti E, Grilli R
Linee-guida e governo clinico: come riconciliare il mezzo con il fine?
Politiche sanitarie 2002; 2: 204-211
- McSherry R, Pearce P
Clinical governance. A guide to implementation for healthcare professionals
Oxford (UK), Blackwell Science, 2002