

LA CLINICAL GOVERNANCE IN MEDICINA GENERALE

Speciale
Clinical
Governance

GIORGIO CARLO MONTI

Società Italiana di Medicina Generale, Voghera

Il mondo della sanità vive ancora una fase storica in cui l'attenzione principale è concentrata principalmente sulla necessità di contenere i costi. Si è operato in questi anni quasi esclusivamente sugli assetti gestionali e organizzativi con l'esplicito intento di recuperare margini di efficienza operativa nel contesto del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario.

È parso evidente a molti come la priorità di tale processo di *reengineering* abbia trascurato una dimensione assolutamente rilevante ed essenziale dell'assistenza: l'efficacia e l'appropriatezza clinica. Il risveglio di questo interesse si è evidenziato in diversi contesti: nelle strutture ospedaliere, dove il clinico è sempre più condizionato dal *management*; nel territorio, dove la responsabilizzazione economica dei medici è diventata scelta prioritaria; nelle direzioni sanitarie illuminate, dove si è da tempo capito che l'attenzione agli assetti organizzativi ed economico finanziari non era sufficiente da sola a risolvere il problema degli equilibri di bilancio.

Tutti ormai sono convinti che occorra promuovere 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.

Queste considerazioni rappresentano il presupposto che ha portato gli anglosassoni ad introdurre il concetto di "Clinical Governance" quale politica sanitaria che, creando un ambiente che favorisca l'espressione dell'eccellenza clinica, metta 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.

Chi crede in questo deve porre in essere idonee strategie di politica sanitaria (*managed care*) e favorire la realizzazione di un contesto in cui gli attori istituzionali dei servizi sanitari (Regioni, ASL) si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza attraverso scelte ed interventi di governo economico, finanziari, clinici e gestionali che abbiano questo obiettivo comune.

Presupposti irrinunciabili per l'implementazione della Clinical Governance sono l'agire secondo una logica di *Disease Management* e l'efficace utilizzo di un idoneo ed appositamente predisposto sistema informativo (*management information system*). Il fatto che non si possa governare ciò che non si conosce implica la necessità di implementare un sistema di sorveglianza e monitoraggio

dei processi assistenziali che raccolga le informazioni necessarie alle decisioni di governo clinico. Inoltre l'uso delle informazioni scientifiche, una corretta gestione della conoscenza, il *learning by doing* sono i cardini dello sviluppo professionale quale supporto alle decisioni cliniche (Fig. 1).

Un progetto di "governo della pratica clinica" per realizzarsi deve inoltre essere caratterizzato da un *modus operandi* che preveda:

- condivisione;
- responsabilizzazione;
- partecipazione.

La condivisione multidisciplinare degli interventi sanitari all'interno di un processo di cura è legato in larga misura all'abilità ed alla capacità tec-

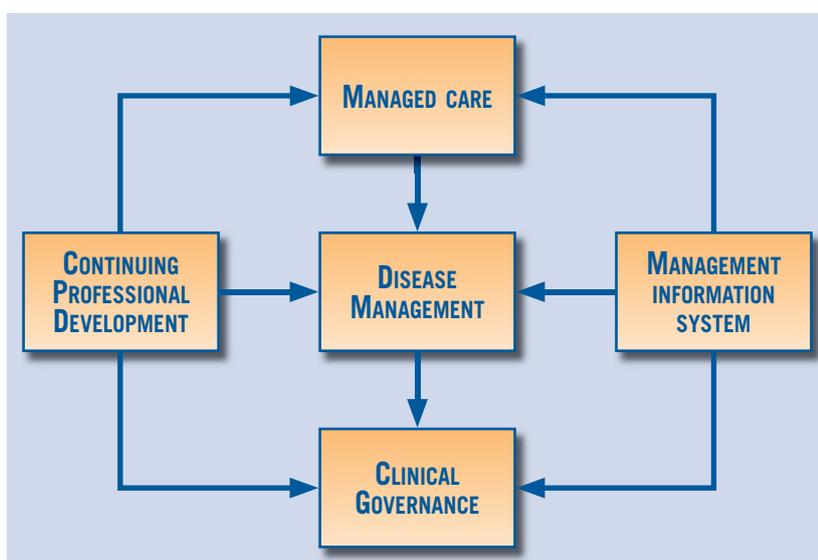


Figura 1
Condizioni essenziali per l'attuazione della Clinical Governance.

nica dei singoli operatori (Medici di Medicina Generale, Specialisti) di agire secondo una logica sistemica che rispetti ruoli e compiti e che sia adeguatamente supportata da un ambiente organizzativo e amministrativo funzionale al raggiungimento degli obiettivi condivisi. Il risultato è direttamente proporzionale al livello di integrazione che si realizza tra:

- le componenti del sistema (territorio, ASL, aziende ospedaliere, ecc.);
- le diverse fasi di un processo assistenziale;
- tra i diversi professionisti dell'assistenza della stessa organizzazione e tra i professionisti appartenenti ad organizzazioni diverse;
- tra i differenti regimi di trattamento per differenti patologie o condizioni dello stesso paziente;
- tra pazienti, l'ambiente familiare, il contesto sociale.

Essere responsabili vuol dire porsi l'obiettivo di una buona qualità dell'assistenza non come generico compito professionale, ma come scelta consapevole ed autonoma delle opportune e più efficaci forme di cura e l'accettazione di sottoporsi a forme di controllo e monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi.

Il processo di condivisione e partecipazione attiva degli utenti è una delle condizioni necessarie per il raggiungimento degli obiettivi clinici desiderati. Partecipazione dell'utenza significa, in concreto, avviare una politica di apertura (*openness*) nei confronti dei cittadini e di comunicazione e informazione con il pubblico, affinché migliori la consapevolezza rispetto a quanto può ragionevolmente attendersi dagli interventi sanitari disponibili e dalla tipologia di offerta dei servizi; significa anche responsabilizzare i pazienti (*empowerment*) affinché possano essere in grado di operare delle scelte autonome nella gestione della loro malattia cronica, nell'ambito dell'automedicazione, nella scelta tra alternative diagnostico-terapeutiche di pari efficacia.

In sintesi i quattro pilastri della Clinical Governance sono:

1. la valutazione delle *performance* cliniche;
2. lo sviluppo professionale continuo;
3. la gestione del rischio clinico (*risk management*);
4. l'*openness* e l'*empowerment* del paziente.

Ai Medici di Medicina Generale "la Clinical Governance" offre l'opportunità di governare la professione attraverso attività finalizzate a valutare l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

La valutazione consente di analizzare gli standard (sappiamo qual è la cosa giusta da fare?), le qualità professionali (possediamo le conoscenze, le capacità, le attitudini necessarie?), la struttura e l'organizzazione (abbiamo le dotazioni strutturali ed organizzative idonee?), le performance (facciamo le cose giuste nel modo giusto?).

L'audit clinico e l'*evidence base practice* consentono di

valutare le *performance* prodotte e di utilizzare gli strumenti che consentano una gestione del rischio clinico, vale a dire la sorveglianza costante su eventi avversi, incidenti ed errori che possono insorgere durante l'erogazione di prestazioni sanitarie.

Nel contesto della Clinical Governance la pratica clinica, infatti, deve essere ridefinita non solo in termini di efficacia (*effectiveness*) e di efficienza (*efficiency*), ma anche di sicurezza (*safety*). Il *risk management* prevede l'implementazione di una serie di attività di identificazione degli eventi avversi, degli errori, dei rischi di errore; prevede la loro prevenzione e correzione. Va ricordato come l'85% degli errori in sanità siano imputabili a carenze organizzative, solo il 15% sono legati all'attività diretta dell'operatore. È evidente come ciò accada prevalentemente in realtà quali le strutture complesse (ospedali), ma se consideriamo che all'interno del *risk management* vanno compresi tutti gli errori, non necessariamente e solo quelli legati ad eventi letali o gravemente dannosi per i pazienti, non possiamo non considerare l'importanza che l'attività di prevenzione degli eventi avversi ha anche nell'ambito della Medicina Generale. Pensiamo infatti agli errori legati alle norme, alle certificazioni, alle ricette ecc. alle sempre più frequenti imputazioni di inapproprietezza che colpiscono i Medici di Medicina Generale. Mettere in atto procedure di gestione del rischio clinico implica porre particolare attenzione agli atti medici nel caso l'operatore sia solo, anche alle mansioni, alle procedure, alle attività del personale nel caso si operi in forma associata.

La Clinical Governance è un elemento chiave nel miglioramento della crescita professionale e dell'efficienza. Regolando le relazioni tra il *management* sanitario, gli utenti ed i portatori di interesse, fornisce le strutture per mezzo delle quali vengono raggiunti gli obiettivi stabiliti, i mezzi con cui sono raggiunti questi obiettivi ed i metodi di monitoraggio delle *performance*. La Clinical Governance provvede inoltre a determinare gli incentivi previsti per i *professionals* coinvolti al raggiungimento degli obiettivi concordati. Ma da dove cominciare?

La realizzazione di un progetto di Clinical Governance prevede un primo *step* di analisi dell'ambiente interno ed esterno per verificare se esistano le condizioni indispensabili alla sua realizzazione: obiettivo comune tra tutti gli attori del sistema (ASL, Medici di Medicina Generale, Specialisti, ecc.), idoneo sistema informativo, responsabilizzazione degli operatori, condivisione dei processi di cura. Successivamente la concertazione tra istituzione e medici identifica un obiettivo comune di governo clinico (patologie croniche quali diabete, ipertensione, BPCO, ecc.), definisce il punto di partenza in base alle informazioni raccolte (*baseline assessment*) e la meta che vuole raggiungere. La scelta degli indicatori di struttura, di processo e di esito per la misurazione delle performance, unitamente alla definizione degli



Figura 2
Pianificazione di un progetto di Clinical Governance.

incentivi sono gli strumenti per il raggiungimento del fine ultimo (Fig. 2).

Il rispetto dell'autonomia professionale, la responsabilizzazione e la delega concessa ai medici consente loro di avviare i passi e le procedure necessari per la realizzazione dei progetti di governo clinico che sono indiscutibilmente difficili e complessi (Fig. 3).

La reale possibilità della Medicina Generale di cogliere

queste opportunità sta nella capacità di gestione della professione secondo logiche manageriali che prevedono: la pianificazione, la progettazione, la misurazione e la valutazione delle performance (Plan, Do, Check, Act).

Si devono implementare sistemi di *information technology* evoluti: passare cioè da sistemi informativi che registrano il dato occasionale a sistemi di registrazione del dato per problemi, a sistemi di integrazione sistematica del dato clinico ed amministrativo secondo la logica per processi. Inoltre la complessità dell'agire secondo le sopracitate logiche impone alla Medicina Generale la riorganizzazione del proprio *setting* secondo le esigenze

strutturali ed organizzative che il progetto di Clinical Governance prevede. È indispensabile saper dimensionare il carico di lavoro, saper identificare le risorse economiche ed umane necessarie; saper sfruttare le opportunità che la tecnologia oggi offre.

Lo sviluppo della Clinical Governance è fondamentale per superare le logiche economicistiche tipiche dell'aziendalizzazione e offrire un servizio di eccellenza

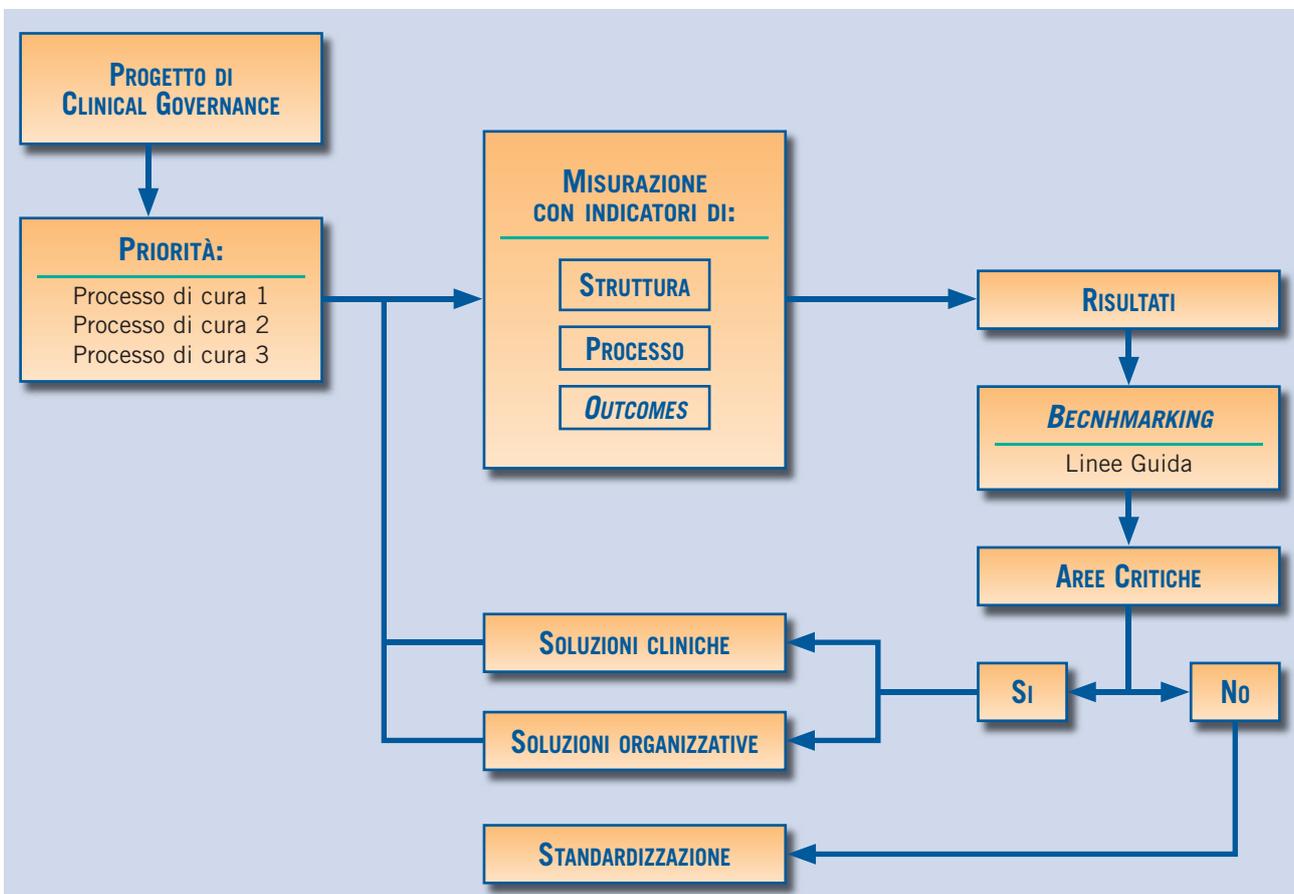
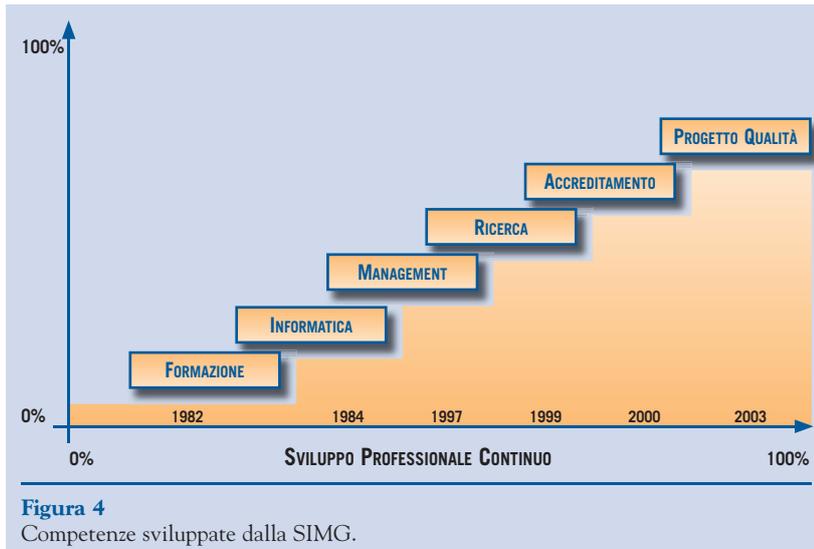


Figura 3
Fasi della realizzazione di un progetto di Clinical Governance.



agli utenti. Perché ciò possa avvenire è indispensabile restituire al clinico ruolo, autonomia e responsabilità e creare una forte collaborazione ed integrazione tra medici e *management* sanitario affinché condividano scelte e cultura orientate alla qualità.

Cogliere questa opportunità è per la Medicina Generale oggi possibile. Oggi il Medico di Medicina Generale è in grado di acquisire queste competenze anche grazie alla produzione scientifica che ha caratterizzato vent'anni di lavoro della Società Italiana di Medicina Generale (Fig. 4). La *mission* della SIMG non poteva essere che quella di fornire gli strumenti al medico affinché potesse diventare preparato, competente e responsabilmente pronto alla scommessa del terzo millennio.

Bibliografia

- Baker R, Lakhani M, Fraser R, Cheater F. *A model for clinical governance in primary care groups*. BMJ 1999;318:779-83.
- 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.
- Campbell S, Roland M, Wilkin D. *Primary care groups: improving the quality of care through clinical governance*. BMJ 2001;322:1580-2.
- Casolari L, Grilli R. *Il governo clinico del sistema sanitario*. In: *La gestione del rischio*. Il Pensiero Scientifico Editore 2004.
- Commission for Health Improvement. *A guide to clinical governance reviews*. Primary Care Trust 2003.
- Donaldson LJ. *Clinical governance: a statutory duty for quality improvement*. J Epidemiology Community Health 1998;52:73-4.
- Donaldson LJ, Gray JAM. *Clinical governance: a quality duty for health organisations*. Quality in Health Care 1998;7(Suppl)S37-S44.
- Kimberley JR. *Clinical governance and professional autonomy*. In: *Atti del Convegno Luiss, Roma 2004*.
- Lugon M, Secker-Walker J. *Clinical governance: making it happen*. London: The Royal Society of Medicine Press Ltd. 1999.
- Institute of Medicine. *To err is human*. Washington: National Academy Press 2000.
- McSherry R, Pearce P. *Clinical governance. A guide to implementation for healthcare professionals*. Oxford, UK: Blackwell Science 2002.
- Monti GC. *Il governo clinico tra domanda di salute ed erogazione*

delle cure. In: *Atti Convegno Formazione in Medicina Generale, Varese 2004*.

Monti GC. *Dall'atto medico al governo clinico*. In: *Atti del XX Congresso Nazionale SIMG, Firenze 2003*.

O'Brien JO, Dean P, McCulloch I. *A clinical governance matrix for primary care trust: a framework to support quality development in general practice*. Clinical Governance Bulletin 2003;3:4-6.

OECD *Principles of Corporate Governance*. OECD Publishing 2004.

Perraro F. *Clinical Governance*. *Decidere in Medicina* 2002;II,6.

Poletti P. *Empowerment del cittadino utente*. *Care* 2005;2:24-7.

Pringle M. *Participating in clinical governance*. BMJ 2000;321:737-40.

Roland M, Baker R. *Clinical governance: a practical guide for primary care teams*. University of Manchester 1999.

Secretary of State for Health. *A first class service*. London, UK: Department of Health 1998.

Walshe K. *Baseline Assessment for clinical governance: issues, methods and results*. Journal of Clinical Governance 1999;7:166-71.

