

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù



Rapporto OASI 2005

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea



12 Alla ricerca del governo clinico: esperienze a confronto

*di Marta Barbieri, Cristina Filannino, Francesco Longo e Valeria Tozzi**

12.1 Introduzione

Il presente contributo si propone l'obiettivo di verificare in che misura il Governo Clinico (GC) rappresenti un framework culturale e operativo per manager e professionisti nelle aziende ospedaliere. A tal fine il lavoro è suddiviso nei seguenti blocchi logici:





- una discussione sintetico-interpretativa delle diverse declinazioni date al concetto di GC;
- la presentazione di un possibile modello di analisi degli strumenti di GC introdotti nelle aziende sanitarie;
- l'indagine di 4 casi aziendali;
- l'interpretazione dei casi aziendali alla luce del modello proposto.

La finalità del lavoro è soprattutto quella di analizzare esperienze concrete all'interno di ospedali e di indagare quanto la visione strategica del management sia orientata al GC e quali strumenti siano stati predisposti per supportare l'operato dei professionisti.

12.2 Il Governo Clinico: una riflessione introduttiva

Il GC rappresenta uno dei temi centrali dell'attuale dibattito sull'assistenza sanitaria. La vivacità e la numerosità dei contributi non dimostra, però, univocità sul significato anzi evidenzia una pluralità di interpretazioni. Pertanto il presente

* Il presente lavoro è frutto della collaborazione di tutti gli autori. In termini di stesura del testo possono essere attribuiti i seguenti contributi: i parr. 12.1, 12.2, 12.6 e 12.8 sono stati realizzati da Valeria Tozzi; i parr. 12.3, 12.4, 12.7 sono attribuiti a Marta Barbieri, il par. 12.5 a Cristina Filannino, il par. 12.9 a Francesco Longo.



lavoro non intende aggiungere ulteriori definizioni ma, partendo da una ricostruzione dei principi e degli strumenti presenti in letteratura, verificarne le modalità di attuazione in alcune realtà aziendali.

I principi generali possono essere ricondotti (Grilli, Taroni, 2004; Cosmi, 2004) a: condivisione multidisciplinare degli approcci all'assistenza più efficaci e appropriati; adozione di pratiche fondate sull'Evidence Based Medicine (EBM); sviluppo di conoscenza e routine cliniche e organizzative sull'esperienza di pratica clinica all'interno delle strutture di assistenza; responsabilizzazione dei medici sulla performance complessiva del processo assistenziale; miglioramento e qualificazione dello sviluppo professionale. Appropriately, integrazione e responsabilizzazione sembrano essere i cardini del GC. Le altre qualità a esso attribuibili (per esempio, gestione del rischio clinico, monitoraggio delle performance – McSherry, Pearce, 2002), pur se rilevanti e centrali, possono essere rilette come una specificazione delle precedenti. Per esempio, la riduzione del rischio non è semplicemente una delle dimensioni dell'appropriatezza clinico-organizzativa? Possono esserci processi di responsabilizzazione senza meccanismi di monitoraggio delle performance? In molti casi è la provenienza da ambiti disciplinari diversi (la medicina piuttosto che l'economia, la statistica piuttosto che l'epidemiologia) a condizionare il paradigma concettuale o il linguaggio riferito al GC (Fig. 12.1). L'appropriatezza dell'azione sanitaria, l'organizzazione del lavoro multidisciplinare, la responsabilizzazione dei professionisti sui processi tipici rappresentano, quindi, i pilastri del GC e possono essere interpretati come criteri di progettazione, oltre che di gestione e valutazione dei sistemi regionali, di quelli aziendali e del lavoro del singolo professionista.

Per l'azienda sanitaria, il contributo principale del GC sta nella costruzione

Figura 12.1 **Le dimensioni del GC**



di condizioni sia cliniche sia organizzative che sviluppino la sorveglianza, rispetto alle condizioni di rischio e il monitoraggio delle performance dei processi assistenziali, allo scopo di verificarne l'appropriatezza. Si tratta di considerare i fenomeni clinici e organizzativi, che caratterizzano tali processi, come «oggetto» della gestione; in tal senso occorre sviluppare la cultura della cogestione (dei processi assistenziali) in cui il professionista supporta il management (individuando gli standard di qualità e appropriatezza delle prestazioni da erogare) e i manager supportano i professionisti nelle scelte relative al consumo di risorse. Il GC rappresenta il tentativo di ricucire quella che è sentita come una frattura tra l'azienda e i professionisti: l'azienda utilizza gli strumenti di gestione per supportare i processi decisionali dei professionisti, nella loro autonomia clinica, e i professionisti, soprattutto medici, si assumono la responsabilità nell'utilizzo delle risorse rispetto al processo sanitario e al sistema aziendale. A fronte di ciò tre sembrano le implicazioni più rilevanti:

- il GC polarizza l'attenzione sulla relazione management – professionisti che tradizionalmente si è sviluppata in circuiti di sapere e pratiche scarsamente integrati; si pensi alla difficoltà di mettere in relazione i processi di generazione e diffusione di conoscenze mediche (gestiti da società scientifiche, università ecc.) e la loro implementazione all'interno dei processi tipici delle aziende sanitarie;
- i sistemi operativi di azienda (dalla pianificazione strategica alla programmazione e controllo, dal sistema informativo alla valutazione del personale ecc.), oltre a veicolare obiettivi e informazioni per gestire i processi economici, dovrebbero trasferire informazioni e obiettivi di carattere sanitario per supportare le decisioni dei professionisti. Da qui la necessità di arricchire gli odierni sistemi operativi con obiettivi e informazioni anche sanitarie;
- il connubio tra obiettivi di appropriatezza clinico organizzativa e responsabilità sull'utilizzo delle risorse implica non solo che i sistemi operativi forniscano informazioni di carattere economico e sanitario, ma anche che l'oggetto della gestione sia più che la struttura organizzativa (dalla semplice unità al dipartimento) il processo «produttivo» che attraversa l'organizzazione e integra professionisti con culture specialistiche diverse lungo il filo rosso dell'evoluzione della patologia (dalla diagnosi al follow up).

Ma quali strumenti introdurre per avviare il GC all'interno delle aziende sanitarie? Il set degli strumenti (vedi Riquadro 12.1) appare assai ricco (Cosmi, Del Vecchio, 2003; Grilli, Taroni, 2004; Cosmi, 2004; Tozzi, 2004): linee guida; indicatori di qualità; percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA); audit clinico; reporting su errori; carte di controllo; budget (con obiettivi di attività, con obiettivi qualitativi); accesso condiviso alle informazioni (database di linee guida, cartelle cliniche elettroniche, database su dati di attività per patologia); formazione (su contenuti clinici, su contenuti gestionali); benchmarking (su procedure dia-

gnostiche, chirurgiche, trattamento farmacologico, routine organizzative). La realizzazione di un sistema di GC peraltro non richiede necessariamente l'introduzione di ulteriori strumenti, ma la rifocalizzazione dei contenuti di alcuni tradizionali sistemi operativi d'azienda su obiettivi e variabili di contenuto assistenziale.

Riquadro 12.1 Il set degli strumenti per il GC

Linee guida – Raccomandazioni di comportamento clinico opportunamente sistematizzate per assistere medici e pazienti nelle decisioni relative all'utilizzo di specifici interventi sanitari. In concreto, l'applicazione di questo strumento risponde alla duplice esigenza di non limitare l'autonomia dei professionisti e di ribadire la responsabilità nei confronti del sistema nel quale operano. Si deve specificare che dalle raccomandazioni contenute nelle linee guida possono derivare criteri di valutazione e indicatori di performance corrispondenti.

Indicatori di qualità – Sistemi di rilevazione sintetici sulla qualità clinica, manageriale e organizzativa dei processi di cura. Possono avere come oggetto fenomeni certi (per esempio: risorse utilizzate, tempi impiegati) piuttosto che attesi (per esempio: aspettative dell'utenza).

Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali PDTA – Adozione e successiva implementazione di linee guida. Il percorso diagnostico terapeutico assistenziale rappresenta la sequenza di azioni che devono essere svolte dai diversi professionisti che potenzialmente possono intervenire nella gestione di uno specifico problema di salute; definisce per quali attività e livelli di severità si responsabilizza ciascuna figura professionale; infine identifica gli standard clinici e organizzativi da seguire nell'erogazione delle prestazioni assistenziali.

Audit clinico – Processo finalizzato a promuovere la qualità e a migliorare l'assistenza sanitaria attraverso un esame attento delle modalità di diagnosi e di terapia e dei loro relativi risultati. Lo strumento si basa sul confronto dei processi assistenziali impiegati in determinate categorie di pazienti, a fronte di specifici criteri e indicatori di riferimento. Il processo ha un andamento circolare e si articola in cinque tappe: la progettazione dell'audit, la selezione e la definizione dei criteri di misurazione, la raccolta dei dati, le azioni di miglioramento e infine il mantenimento. L'articolazione concreta delle attività di audit riguarda sia la verifica delle modalità di diagnosi e di trattamento adottate in un certo periodo per una data categoria di pazienti, sia la costruzione di database clinici specialistici che consentono la descrizione di processi assistenziali erogati attraverso flussi informativi dedicati e continui.

Reporting su errori – Documenti che rilevano la tipologia e frequenza delle azioni errate compiute dai professionisti. Le informazioni, in essi contenute, servono a: individuare l'errore, allo scopo di evitare l'incidente; promuovere lo studio e la conoscenza delle cause scatenanti; esplicitarne la responsabilità. Lo strumento è anche un supporto utile alla diffusione di una cultura capace di apprendere dai fallimenti e di collaborare nella costruzione di nuove conoscenze.

Carte di controllo – Rappresentazioni grafiche dell'evoluzione temporale di un processo di cui determinano statisticamente sia la stabilità, con riferimento ai dati storici, sia lo stato di controllo statistico (monitorano l'andamento del processo e intercettano velocemente eventuali oscillazioni fuori controllo). Tali documenti contengono informazioni sui risultati e sugli eventuali scostamenti rispetto agli standard professionali di riferimento. In questo senso, l'uso delle carte di controllo a livello di dipartimento o di più dipartimenti serve per misurare le performance di un dato processo così da migliorare la qualità di un certo prodotto o servizio e indirizzare in modo adeguato le attività di verifica sull'operato dell'équipe di professionisti.

Riquadro 12.1 (segue)

Budget – Negoziazione e definizione di obiettivi di tipo quali-quantitativo per responsabilizzare i professionisti sui livelli di attività e garantire un miglioramento delle performance assistenziali dell'azienda: rientra tra gli strumenti di programmazione e controllo di azienda che consentono di orientare il comportamento dei professionisti nel breve termine verso obiettivi definiti.

Accesso condiviso alle informazioni – Il database clinico dedicato alla generazione di un flusso informativo *ad hoc* che include non un campione di pazienti di interesse in un certo periodo di tempo, quanto piuttosto tutti i soggetti che accedono a un determinato servizio o procedura. Il database clinico consente di sistematizzare le informazioni sulle caratteristiche dei pazienti e sui loro esiti clinici, valutando gli aspetti medico-tecnici dell'assistenza e alimentando le funzioni regolatorie e amministrative dell'organizzazione.

Formazione – Sistemi di aggiornamento professionale per lo sviluppo di competenze e capacità cliniche e gestionali.

Benchmarking – Confronto strutturato su procedure diagnostiche, chirurgiche, trattamento farmacologico, routine organizzative. Esso può essere sviluppato sia tra unità operative della medesima azienda sia a livello interaziendale.

12.3 La metodologia

12.3.1 Obiettivo della ricerca e metodologia

L'assenza di una definizione puntuale e univoca di GC non impedisce di rintracciare strategie e strumenti a esso riconducibili da un punto di vista esperienziale. Se la letteratura non è unanime nel definire il concetto di GC l'intenso dibattito ne mette però in luce, quale dimensione intuitivamente condivisa, la necessità.

Pertanto è stata condotta una ricerca di tipo esplorativo, basata su un campione di «convenienza» costituito da quattro aziende (2 AO, 1 Policlinico e 1 IRCCS), volta a rilevare le strategie e gli strumenti adottati da ciascuna azienda. Più in generale, l'obiettivo del lavoro è stato l'individuazione di differenti «identità» aziendali di GC.

Operativamente, i quattro casi presi in considerazione sono stati osservati in modo da evidenziare:

- *la presenza degli strumenti di GC*: è stata rilevata la presenza o meno degli strumenti rilevati in letteratura, i principali contenuti, il livello di estensione e le principali criticità dal punto di vista sia della Direzione Sanitaria sia dei singoli medici. Scopo della ricognizione è stato una prima valutazione sul livello di diffusione degli strumenti e sulla loro gestione in termini organici e sistematici all'interno delle singole realtà;

- *il ruolo della direzione aziendale nella promozione del GC*: dato il rilevante impatto sull'appropriatezza delle prestazioni erogate e sulla qualità delle stesse, si è ritenuto interessante osservare la valenza strategica attribuita al GC da parte delle Direzioni Sanitarie. In particolare si è cercato di comprendere in che misura esse hanno sponsorizzato l'introduzione di strumenti, le finalità a essi attribuite e i principali risultati attesi dalla loro implementazione;
- *il ruolo dei medici*: se tra le finalità del GC vi è il tentativo di ricucire il rapporto tra manager e professionisti, è parso fin da subito rilevante indagare, nella varie realtà aziendali, il ruolo esercitato dai medici direttori di unità operative. Sostanzialmente è sembrato opportuno investigare in che modo essi hanno contribuito alla costruzione e alla gestione degli strumenti previsti. È importante capire se i professionisti sono stati veri e propri promotori del sistema o se, viceversa, sono stati i «destinatari» di richieste avanzate prevalentemente dalla Direzione;
- *l'integrazione multidisciplinare*: se tra i cardini dei sistemi di GC vi è l'integrazione multiprofessionale, per ogni azienda si è cercato di valutare in che misura gli strumenti introdotti hanno favorito l'integrazione tra professionisti appartenenti a distinti profili e specialità;
- *l'integrazione con gli strumenti operativi gestionali*: il tentativo di rinsaldare il rapporto tra componente medica e manageriale passa attraverso la messa in opera di strumenti operativi che non siano totalmente sbilanciati su variabili di gestione o sanitarie. Ecco allora la necessità di rilevare il grado di integrazione degli strumenti di GC con gli strumenti gestionali.

Le variabili presentate rappresentano le chiavi di lettura con cui i singoli casi aziendali sono di seguito analizzati e comparati. Il raffronto tra le singole realtà è stato condotto in termini di indagini qualitative, analizzando le caratteristiche e i contenuti degli strumenti di GC adottati, senza entrare nel merito della bontà delle decisioni veicolate.

12.3.2 La raccolta delle informazioni

La realizzazione dello studio è avvenuta tramite la costruzione e la somministrazione di un questionario, seguita da interviste semistrutturate. Per semplificare la compilazione del questionario e agevolare la realizzazione delle interviste è stato realizzato e condiviso un glossario della terminologia utilizzata.

Il questionario, articolato in diciotto domande, è stato finalizzato a rilevare gli strumenti di GC introdotti, le finalità agli stessi attribuite, gli attori coinvolti e i rispettivi ruoli, gli ostacoli e i punti di forza, le competenze chiamate in gioco, l'atteggiamento della componente medica e amministrativa e le future linee di sviluppo. La compilazione dello strumento è stata richiesta alla Direzione Sanitaria aziendale a cui, in un secondo momento, è stata rivolta un'intervista per ulteriori chiarimenti sulle informazioni raccolte. Per recuperare l'«agito», oltre al «dichia-

rato», sono state inoltre effettuate per ogni AO tre interviste a medici direttori di unità operative (di norma responsabili di strutture complesse) caratterizzate da volumi di attività rilevanti: chirurgia generale, cardiologia, diagnostica per immagini. A tal fine si è ricorso a uno schema standardizzato di indagine, focalizzato solo su alcuni degli aspetti proposti alle Direzioni: contenuti degli strumenti, soggetti promotori e vantaggi riscontrati nell'utilizzo.

L'impostazione adottata ha concesso ampia libertà a intervistato e intervistatore, garantendo che tutti i temi ritenuti rilevanti fossero discussi e che tutte le informazioni necessarie fossero raccolte. Il canovaccio usato sia con la Direzione che con i medici ha definito il perimetro all'interno del quale l'intervistatore ha stabilito non solo l'ordine e la formulazione delle domande, ma anche se e quali tematiche approfondire. Il metodo di lavoro utilizzato ha permesso da un lato di rilevare delle informazioni comuni che consentissero un confronto tra i vari casi, dall'altro di far emergere le peculiarità di ogni azienda, ricostruendo le diverse identità di GC.

Infine, data la relativa novità dell'argomento e l'impiego di strumenti ancora a un livello sperimentale, si è preferito mantenere l'anonimato delle aziende.

12.4 Caso A: «Quel che conta sono gli strumenti di rilevazione»

Cosa si intende per GC – Il caso A è rappresentato da un'AO di alta specializzazione a rilievo nazionale, con circa 800 posti letto e integrata con l'Università. L'azienda già da anni dedica energie e risorse ai temi dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni rese, puntando sulla capacità propositiva e di innovazione della Struttura Qualità (SQ), che ha sviluppato un sistema di GC volto alla riduzione del rischio clinico e al più generale miglioramento della qualità. La SQ, struttura complessa in staff alla Direzione generale, ha dimostrato nel tempo un'elevata capacità di innovare e di rispondere ai fabbisogni dei professionisti sviluppando un ampio ventaglio di strumenti. Il vertice strategico valida e asseconda l'operato della SQ, che molto ha investito su strumenti operativi in grado di garantire alle singole unità aziendali un supporto informativo continuo, secondo gli standard clinici più aggiornati.

Ciò che è stato fatto – Tra gli strumenti di GC diffusi in modo capillare vi sono le linee guida: sull'*intranet* aziendale è disponibile una cospicua banca dati periodicamente aggiornata dalla SQ. La bibliografia raccolta dalla referente per la ricerca, integrata con le indicazioni fornite dai professionisti, rappresenta il «ragionamento» clinico di partenza per la stesura dei percorsi, strumento centrale nel sistema del GC perché relativo sia agli aspetti clinici sia a quelli organizzativi, e delle linee guida aziendali (che suggeriscono le indicazioni di comportamento clinico su specifici problemi di salute), elaborati da gruppi di lavoro all'uopo costituiti. Percorsi e linee guida aziendali, oltre a suggerire comportamenti clinici,

contengono criteri e indicatori su cui basare una valutazione retrospettiva dell'assistenza erogata¹.

Lo sviluppo degli strumenti descritti coinvolge in modo rilevante i medici (in particolare i responsabili di struttura complessa) chiamati ad analizzare e ri-elaborare le linee guida in percorsi e linee guida aziendali, al fine di fornire i presupposti clinici su cui poi valutare le performance di unità operativa. La SQ offre dunque un'impalcatura metodologica nella costruzione degli strumenti, ma attribuisce ai professionisti il compito di definirne i contenuti.

Interessante pare inoltre l'orientamento di alcuni responsabili che in modo autonomo, sulla scorta dell'impostazione generale, hanno promosso e accompagnato l'ulteriore arricchimento delle linee guida aziendali promuovendo l'accesso a banche dati internazionali e la stesura di propri percorsi interni (per esempio, rispetto all'ambito diagnostico). In alcune unità operative si osserva una significativa motivazione dei professionisti, ma si rilevano anche casi in cui gli strumenti di GC rappresentano una formalizzazione di prassi già in essere con un debole tasso di innovazione.

Per valorizzare e concretizzare l'attività di aggiornamento continuo, è stato introdotto uno strumento di verifica dell'apprendimento (questionario tecnico-specialistico) per verificare in prima battuta l'avvenuta consultazione della banca dati da parte dei professionisti, e dunque l'apprendimento di linee guida e percorsi aziendali e dei relativi criteri e standard di riferimento per la valutazione delle attività. Periodicamente è inviato al singolo professionista un questionario *multiple choice* di contenuto tecnico sulle linee guida, sulle linee guida aziendali e sui percorsi, che deve essere compilato e restituito. La SQ provvede a fornire un feed-back a livello di unità operativa e non di singolo operatore; ogni qualvolta una domanda riceve il cento per cento di risposte corrette, non viene più proposta. Si precisa che potendo una linea guida, una linea guida aziendale o un percorso interessare più specialisti, è stato realizzato un programma di smistamento dei documenti e dei questionari stessi.

I medici sono direttamente coinvolti anche nell'attività di audit realizzata su singoli pazienti (o meglio su singole cartelle) a partire da un'accurata analisi della documentazione clinica da parte della SQ. L'audit si articola in:

- definizione di una griglia di criteri di sospetto con aggiornamento trimestrale;
- applicazione della griglia al database delle SDO per verificarne l'appropriatezza secondo indicatori generici, specifici e relativi ai percorsi;
- raccolta e analisi delle cartelle cliniche relative alle SDO che hanno evidenziato incongruenze rispetto agli indicatori;
- selezione di alcune cartelle «particolari» (in funzione della tipologia di non conformità) e chiamata a raccolta da parte della SQ dei diversi professionisti coinvolti per comprendere le criticità e le varie tipologie di errore;

¹ Linee guida aziendali e percorsi rappresentano i PDTA del caso A.

- stesura di un report finale trimestrale per ogni UO circa il grado di appropriatezza rilevata.

Si rileva che le riunioni di audit clinico gestite dalla SQ tendono a focalizzarsi su aspetti a prevalente contenuto organizzativo piuttosto che clinico, evidenziando ancora un atteggiamento piuttosto difensivo da parte dei professionisti. Alcuni responsabili di struttura dichiarano di fare in modo formale e con cadenze periodiche riunioni per la discussione di casi particolarmente critici per individuarne il percorso ottimale *ex ante*; altri affermano che questo avviene in modo più informale. È comunque parere diffuso che lo strumento sia a oggi ancora a un livello embrionale.

In generale è possibile riscontrare come l'atteggiamento dei medici sia abbastanza variabile e come all'interno di tale variabilità si rilevi un orientamento più positivo e proattivo nelle attività di costruzione *ex ante* degli strumenti (per esempio, individuazione di criteri e standard) e più difensivo nell'applicazione dei sottosistemi che puntano al confronto clinico e alla discussione degli errori.

In merito alla formazione i contenuti sono sia di carattere clinico (anche per via delle scuole di specializzazione interne) che gestionale. Più nello specifico, l'azienda si è fatta promotrice di un'iniziativa denominata schede di addestramento: si promuove la formazione degli operatori su manovre particolarmente rischiose, per garantirne la corretta esecuzione; solo allorquando i professionisti mostrino un adeguato grado di sicurezza sono abilitati allo svolgimento delle stesse in autonomia. Da un lato questo strumento rappresenta una forma di tutela per gli operatori, dall'altro una modalità di prevenzione di incidenti.

A oggi il benchmark nasce indirettamente come sottoprodotto della messa a regime degli strumenti precedentemente descritti, in particolare l'analisi delle SDO e delle cartelle cliniche. Risulta infine recente l'adozione del budget con obiettivi di qualità in termini di diffusione di percorsi, realizzazione di schede di addestramento e standard di servizio (ovvero la definizione puntuale delle caratteristiche del servizio e delle sue principali linee di sviluppo); la negoziazione su obiettivi economici appare quella più diffusa e consolidata. In generale il processo di gestione dello strumento di programmazione è di tipo *top-down*, con l'individuazione degli obiettivi da parte della Direzione.

Una valutazione su quanto fatto per il GC – Da un punto di vista temporale l'azienda è impegnata ormai da più di cinque anni nell'introduzione di un accesso condiviso alle informazioni, dell'audit clinico, degli indicatori di qualità, della formazione e del reporting su errori; da tre a cinque anni dei percorsi; da meno di tre anni del benchmarking e del budget. Indubbiamente a far da traino nello sviluppo del GC è la SQ, che a fronte di un appoggio da parte della Direzione provvede alla costruzione e all'implementazione del sistema. A favorire e accelerare lo sviluppo dello stesso è intervenuta indirettamente la Regione attraverso la promozione di PDTA considerati quali pre-requisito obbligatorio per l'accreditamento istituzionale. Inoltre, hanno influenzato in senso positivo la diffusione del GC

la collaborazione costruttiva con la componente amministrativa, il supporto degli strumenti di gestione e i singoli sforzi individuali. Il contributo più rilevante è arrivato dal sistema informativo e dalla reportistica aziendale. Il sistema incentivante e i percorsi di carriera non hanno invece svolto alcun ruolo nella promozione del sistema di GC. A incidere negativamente sulla diffusione e consolidamento del GC sono annoverati l'eccessiva innovatività degli strumenti, la conflittualità tra management e dirigenti medici, la scarsa ricaduta sull'operatività di questi ultimi e l'assorbimento di tempo. Abbastanza influente è la difficoltà di misurare i risultati, poco influente l'assenza di informazioni su cosa sia il GC e l'autoreferenzialità professionale, infine ininfluente la scarsità di risorse economiche, la distanza fisica e il rischio di ledere il rapporto medico-paziente.

Peculiarità del caso A è l'elevato investimento per la costruzione dell'assetto strumentale a supporto del GC. È chiaro che per come il sistema si è configurato richiede un rilevante sforzo di mantenimento e alimentazione che sebbene necessario e imprescindibile in questa fase, è da valutare nel lungo periodo. In sostanza, rimane da capire se da qui a dieci anni i costi dei controlli di appropriatezza o dell'audit saranno commisurati ai benefici concretamente ottenuti in termini di miglioramento delle performance (laddove eventuali vantaggi limitati possano essere riconducibile o a una sempre più ridotta presenza di errori o a uno scarso coinvolgimento della componente professionale) e di utilizzo dei dati per la concreta ri-definizione delle attività delle singole unità operative e più in generale delle strategie dell'azienda.

12.5 Caso B: «Una questione di visione strategica»

Cosa si intende per GC – Il Caso B è rappresentato da una grande AO plurispecialistica, di alta specializzazione, a rilievo nazionale, situata in una metropoli. Essa ha oltre 4.000 dipendenti e più di 1.000 posti letto.

L'AO ha tradizione nel campo della «qualità» e dei suoi strumenti, con un impiego degli stessi finalizzato al GC e a un utilizzo strategico delle informazioni che ne derivano. L'Ospedale si caratterizza per una forte tensione al tema sia sul fronte della Direzione aziendale, supportata nella gestione e nel coordinamento dalla funzione di Risk Management, che sul fronte dei professionisti medici. In generale, coloro che hanno accettato l'uso di strumenti finalizzati a coniugare la dimensione clinica con quella gestionale-organizzativa hanno poi valutato positivamente tale presenza, incoraggiandone la diffusione tra il personale.

Il GC per la Direzione aziendale rappresenta un fattore critico di successo e un elemento distintivo di qualità sia per l'utente che per l'operatore. L'impulso maggiore allo sviluppo di politiche di GC è giunto quindi dalla Direzione stessa che ha organizzato non solo strumenti e «funzioni aziendali» dedicate (per esempio, Risk Management, Formazione e Qualità), ma anche un'intensa attività di sensibilizzazione dei professionisti. Naturalmente la disponibilità ad aderire a un pro-

getto strategico per la Direzione, ha attecchito maggiormente nelle U.O. in cui la presenza di leader «professionali» carismatici ha generato consenso rispetto agli strumenti proposti. Non sono di certo mancati anche coloro che hanno assunto un atteggiamento più critico, non tanto rispetto alle finalità e ai contenuti del sistema quanto piuttosto alle condizioni di fattibilità.

I principali vantaggi percepiti dalla Direzione aziendale nell'introduzione del GC sono essenzialmente raggruppabili in tre tipologie: per il clinico, per l'équipe di professionisti «colleghi», per l'utente. È fortemente evidente il desiderio della Direzione aziendale di utilizzare il GC da un lato come momento di coinvolgimento della funzione medica nell'ambito dei processi clinico – organizzativi, ribadendo come la dimensione clinica e la dimensione gestionale difficilmente possano essere disgiunte, dall'altro come momento di coesione tra i professionisti nell'ambito di un'équipe che deve garantire un risultato di salute grazie al lavoro congiunto. Da ultimo si possono annoverare tutti i vantaggi che, incidendo sull'analisi e sul confronto degli aspetti clinici da parte dei professionisti, comportano maggior fruibilità del servizio per l'utente (come la maggior e miglior informazione sui servizi offerti, il miglioramento dell'accesso alle strutture ecc.).

La visione del professionista medico si colloca invece a due opposti estremi. C'è chi vede come finalità degli strumenti la creazione di fluidità nei processi di erogazione delle prestazioni, le agevolazioni per l'utenza, lo snellimento dell'attività, ponendo il monitoraggio del contenuto specialistico in secondo piano, quasi fosse già una costante nella pratica medica. Al contrario la posizione di altri è volta al miglioramento della qualità della prestazione e alla minor variabilità dei risultati, percependo tutto ciò che concerne lo snellimento dei processi in posizione secondaria. L'attenzione è rivolta più al contenuto tecnico specialistico e meno alla modalità di «passaggio» tra fornitore (medico) e cliente (utente) nell'erogazione del servizio. La conferma di questi due approcci si ritrova anche in come è intesa l'integrazione tra figure professionali diverse: alta nel primo caso in quanto il GC aiuta la «buona organizzazione», bassa nel secondo se rappresenta elemento di «distrazione» dalla prestazione come «cuore» dell'attività.

Ciò che è stato fatto – Gli strumenti principalmente in uso ai fini del GC fanno riferimento alle seguenti tipologie: linee guida di reparto e aziendali, accesso condiviso alle informazioni mediante portale aziendale, audit clinico, momenti formativi di contenuto clinico e di contenuto manageriale, report su errori, budget. Si annoverano inoltre alcuni PDTA con esclusivo riferimento alla parte ospedaliera².

Nel 2003 sono stati introdotti indicatori di «outcome clinico» su proposta delle

² È opinione del Direttore Sanitario Aziendale, per altro pienamente condivisa da chi scrive, che il percorso completo deve necessariamente comprendere anche la parte del territorio: il PDTA ha contenuto reale solo se riguarda l'intero percorso assistenziale, per cui il «gestore» del PDTA è un soggetto che nel sistema ha una prospettiva completa di controllo sui servizi previsti dal processo di cura (il disease manager è l'ASL).

unità operative. La bontà degli stessi rispetto allo scopo ha fatto sì che la Direzione li abbia ritenuti obiettivi di qualità da incentivare economicamente al fine di garantirne il monitoraggio continuo.

Il reporting su errori è stato sviluppato attraverso: l'istituzione dell'Unità Risk management con incontri periodici di revisione dei casi esistenti; l'introduzione di un sistema di rilevazione dei quasi errori accessibile dal portale di reparto (strumento operativo standard per le attività cliniche), i cui dati aggregati sono periodicamente revisionati.

Da circa due anni è stata creata nell'intranet aziendale: una banca dati nazionale e internazionale, periodicamente aggiornata, per la consultazione on-line dei testi da parte del personale.

La presenza di strumenti di GC è generalmente riconosciuta e accettata dal corpo medico; la mancanza di approfondite conoscenze su cosa sia il GC ha però portato a un uso autonomo di alcuni degli strumenti succitati. Tra i «primari» dell'azienda non sempre è evidente come strumenti innovativi, o già consolidati nelle unità operative, siano la leva su cui agire per integrare efficacia clinica ed efficacia organizzativa.

Gli strumenti di GC sono stati introdotti nella pratica aziendale e professionale in momenti diversi. Con esclusione della formazione clinica e/o manageriale, da sempre presente in azienda, gli strumenti più tradizionali quali linee guida, audit clinico, indicatori di qualità sono consolidati da circa 3 – 5 anni. Modalità più innovative, come strumenti informatici per l'accesso condiviso alle informazioni, monitoraggio di errori, budget nella sua accezione più evoluta sono invece presenti da minor tempo (da 1 a 3 anni). Il recente cambio della Direzione Generale ha infatti sostenuto e dunque accelerato l'introduzione degli strumenti più evoluti che si sono diffusi grazie anche alla pregressa cultura aziendale verso la qualità dell'assistenza.

I principali fattori che invece hanno reso difficoltoso lo sviluppo sono da imputare all'autoreferenzialità intraprofessionale e alla più generale difficoltà di misurazione dei risultati con una conseguente scarsa ricaduta sull'operatività dei medici in termini di contestualizzazione delle azioni e dei comportamenti clinici raccomandati.

Una valutazione di quanto è stato fatto per il GC – Tendenzialmente si può affermare che gli strumenti di GC sono progettati e promossi dalla Direzione e sono generalmente recepiti all'interno delle U.O., soprattutto attraverso il coinvolgimento dei primari, responsabili delle performance realizzate sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo. Si nota però che se il vertice strategico evidenzia una logica di «sistema» nella progettazione degli strumenti, i professionisti ne lamentano un utilizzo ancora disomogeneo, in funzione della scarsità di tempo e di risorse dedicate.

Dal punto di vista dei risultati rilevati si possono osservare le seguenti evidenze: le linee guida hanno consentito di ridurre la variabilità prescrittiva per alcune

tipologie di farmaco; l'accesso condiviso alle informazioni ha prodotto una maggiore integrazione tra le diverse specialità nella gestione del paziente, sviluppando il confronto tra professionisti sia all'interno sia all'esterno dell'AO e la riduzione dei tempi di intervento; la diffusione dell'audit clinico ha consentito la revisione degli errori e dei comportamenti inappropriati nella gestione del caso clinico; la formazione ha puntato su contenuti di Evidence Based Medicine (EBM) e di Evidence Based Nursing (EBN) specialistici in riferimento alla casistica trattata nell'unità operativa.

La rilevanza del tema all'interno del dibattito manageriale e le indicazioni regionali sono da considerare elementi di scarso rilievo per il consolidamento degli strumenti, a dimostrazione del fatto che l'attenzione all'efficacia e all'appropriatezza clinica e organizzativa dell'assistenza diventa parte integrante dell'attività istituzionale solamente quanto vi è una presa di coscienza da parte del corpo medico che autonomamente, o su spinta della Direzione, assume l'onere di attivarla e sostenerla nel tempo a dispetto delle difficoltà organizzative quali la carenza di risorse. Si osserva una consapevolezza culturale rispetto al fatto che gli strumenti di GC indirizzano l'azienda al raggiungimento dei propri obiettivi istituzionali e, alla luce di ciò, alcuni dei sistemi operativi aziendali hanno contribuito in modo significativo al supporto di quelli di GC. Il datawarehouse aziendale ha consentito l'accesso condiviso alle informazioni; il reporting aziendale ha consentito lo sviluppo di indicatori di qualità; il budget d'azienda ha supportato la definizione di obiettivi sulla base del monitoraggio degli errori e degli indicatori di outcome.

Relativamente alle politiche del personale, si evince una scarsa correlazione tra strumenti di GC e strumenti di gestione del personale: sistemi incentivanti, percorsi di carriera integrabili con la formazione, processo di budget.

Le competenze che hanno aiutato a sviluppare gli strumenti di CG fanno riferimento, in primo luogo, a comportamenti volti a una maggior consapevolezza del medico quale professionista che si adopera «scientificamente» per trovare l'approccio migliore al caso clinico; in secondo luogo a comportamenti che evidenziano il ruolo del medico «a tutto tondo» nell'organizzazione e nell'utilizzo di strumenti che gli consentano di esercitare pienamente e coscientemente tale ruolo. Da ultimo sono contemplate tutte quelle competenze che consentono al medico nella vita lavorativa quotidiana di attivare comportamenti utili a «importare» nuove modalità di affrontare il binomio «responsabilità verso l'organizzazione» – «responsabilità verso il paziente», sia nella veste di professionista sia nella veste di responsabile di struttura.

12.6 Caso C: «Il primato dei professionisti»

Cosa si intende per GC – Il caso C rappresenta un'Azienda Ospedaliero-Universitaria con una dotazione di circa 1000 posti letto. La Direzione sanitaria ha una sua

precisa visione sulla promozione del GC a seconda della natura dell'azienda: in caso di presidi o piccole AO, istituzionalmente meno complesse di quella in oggetto, è possibile che la Direzione proponga e promuova in modo attivo gli strumenti di GC; nel caso in cui la realtà ospedaliera sia istituzionalmente complessa e/o abbia al suo interno poli specialistici di riferimento per la rete regionale e/o professionisti di visibilità nazionale, la Direzione sanitaria non può far altro che supportare le spinte all'innovazione promosse dai professionisti, soprattutto in presenza di forte commistione tra assistenza, didattica e ricerca, presidiando soprattutto la dimensione economica. Il contributo della Direzione sanitaria al GC in contesti complessi significa:

- sensibilizzare i professionisti alle esigenze economiche dell'intero sistema aziendale, poiché anche i professionisti medici che hanno sviluppato competenze manageriali difficilmente riescono a percepire la complessità dell'equilibrio dell'intera azienda;
 - identificare i «fermenti di innovazione» che la ricerca induce nell'assistenza, sviluppando progetti che consentano ricadute positive per l'organizzazione dell'unità, del dipartimento e dell'intera azienda;
 - individuare responsabilità organizzative o strutture che si occupino di far uscire il «dibattito sulla qualità» dalle unità operative e lo estendano all'intera azienda;
 - spingere sull'integrazione tra i professionisti, creando condizioni che agevolino la pratica di lavoro multispecialistica e la riduzione della variabilità.
- Da ciò si evince che per la Direzione è importante:
- costruire e preservare un clima di proficua collaborazione tra il management e i professionisti;
 - puntare sul consolidamento di sistemi operativi quali il budget, il reporting, la misurazione delle performance, il sistema informativo, da arricchire di variabili sanitarie oltre a quelle economiche.

In altri termini, sono i professionisti a introdurre innovazioni nei processi assistenziali: la Direzione per gestire con logiche di GC l'azienda deve saperle identificare, promuoverne la valutazione e spingerne la diffusione all'interno dei dipartimenti e tra dipartimenti. Per sostenere tale operazione servono relazioni dirette tra la Direzione e i professionisti attraverso strumenti di management consolidati e capillari. All'interno di questa azienda si ha la sensazione che esista un ottimo humus per il GC, quasi inconsapevole da parte dei professionisti, e che la Direzione stia facendo sforzi significativi per creare un sistema «aziendale» (e quindi non semplicemente di specialità o di dipartimento) di GC in cui le buone pratiche cliniche, le fonti delle informazioni per l'assistenza, la verifica delle performance diventino processi strutturati e consolidati.

Ciò che è stato fatto – L'AO è al suo secondo ciclo di budget negoziato tra Direzione sanitaria e dipartimenti e annovera sia obiettivi di volume sia sulla qualità. È da poco stata istituita un'unità di valutazione di risk management e sono in fase di

definizione percorsi di GC (percorsi sviluppati con particolare attenzione al rischio clinico) in oncologia e chirurgia. Entrambe le iniziative nascono dal fatto che l'analisi degli errori rappresenta un'urgenza sentita sia dai professionisti che dal management.

La logica della gestione per processi viene promossa anche attraverso l'identificazione di hospitalist (professionisti responsabili dell'applicazione di standard di appropriatezza clinica e organizzative dei processi assistenziali), secondo l'esperienza anglosassone; per alcuni DAI (dipartimenti ad attività integrata) la presenza di tale figura è obiettivo di budget.

La Direzione sanitaria dichiara di aver introdotto tutti gli strumenti di GC a eccezione della carta di controllo. La presenza di tali strumenti, però, è «a macchia di leopardo», nella misura in cui è la sensibilità dei professionisti a indurne l'introduzione che l'azienda supporta. Si tratta inoltre di strumenti giovani, avviati da 1 a 3 anni, così come di recente istituzione (un anno) sono i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI).

Di solito il processo di avvio di uno strumento di GC quale la linea guida o il reporting su errori nasce da alcune condizioni positive, quali la presenza di un leader scientifico, l'investimento individuale di tempo ed energie, la proficua collaborazione con l'azienda e il reale fabbisogno di integrazione con altri professionisti. Inoltre, valutando ex post, molto importante è stata la motivazione del personale amministrativo che ha risposto con un visibile coinvolgimento.

I tentativi di estendere le innovazioni di GC nate in un'unità operativa specifica ad altre attigue ha spesso incontrato atteggiamenti di diffidenza, a conferma della natura «endogena», di specialità degli strumenti di GC.

Una valutazione di quanto fatto per il GC – Dal punto di vista della Direzione Sanitaria, fenomeni quali la scarsità di risorse economiche e il rischio di ledere il rapporto con l'utenza non sembrano aver in alcun modo condizionato l'avvio dei strumenti di GC. Altri invece hanno prodotto resistenze: l'assenza di conoscenza diffusa su cosa sia GC, l'autoreferenzialità dei professionisti, la scarsa propensione alla misurazione delle performance e l'innovatività di alcuni strumenti.

Un elemento interessante da osservare è la discrepanza tra l'opinione della Direzione sanitaria e quella dei professionisti in merito alle linee guida: se la prima è convinta che siano stati fatti sforzi per contestualizzare all'interno delle unità operative le indicazioni di appropriatezza nazionali e internazionali, i secondi sottolineano che la qualità degli standard assistenziali derivi dal coinvolgimento nell'attività di ricerca e di didattica la quale naturalmente spinge all'adozione di comportamenti che rispettino le indicazioni di appropriatezza nazionali e internazionali. L'adattamento di tali indicazioni rispetto alle caratteristiche dell'azienda e dei fabbisogni dei pazienti non avviene in modo «strutturato» all'interno di gruppi aziendali di lavoro e di studio (all'interno dei DAI, per esempio), ma è lasciato al singolo professionista.

L'audit clinico appare una pratica consolidata volta soprattutto a gestire casi

«eccezionali» o a elevata complessità. Si sottolinea come esso sia fatto con un certo metodo e frequenza all'interno della medesima équipe specialistica, mentre risulta saltuario e informale a livello multidisciplinare.

Il processo di budget è sviluppato sia su variabili di consumo sia su obiettivi qualitativi e i professionisti ne lamentano l'approccio top down.

Il fatto che l'attività di ricerca sia una «tradizione» per l'azienda e che, quindi, abbia prodotto specifici strumenti di rilevazione su popolazioni di pazienti trattate e studiate si scontra con la «giovinanza» degli strumenti di gestione (il budget, il sistema informativo aziendale, la reportistica ecc.). Questo ultimo aspetto condiziona la possibilità di integrare gli strumenti di GC (molto spesso denominati in altro modo ma già presenti nell'attività di ricerca) con i sistemi operativi d'azienda. Al proposito si osservi quanto segue. Il 90 per cento dell'attività di formazione è a contenuto clinico e sviluppata all'interno delle attività istituzionali dell'Università. Infatti, la presenza di moltissime scuole di specializzazione all'interno dell'azienda determina positivamente tale fenomeno. Le iniziative di formazione promosse a livello aziendale sono relative ad alcune procedure organizzative (per esempio, sugli standard di sicurezza). La singolarità di tale contesto aziendale sta nel fatto che la presenza dell'Università induce la continua attenzione sull'appropriatezza clinica e la ricerca, sviluppata al suo interno, prevedendo specifici strumenti di rilevazione delle informazioni cliniche. Se l'azienda non presenta sistemi di management maturi e quelli esistenti non sono integrati con quelli propri della ricerca e della didattica (dalla formazione al flusso informativo e al budget ecc.), non si sfruttano tutte le potenzialità per praticare il GC, nell'accezione adottata nel paragrafo 11.2.

12.7 Caso D: «Il GC c'è sempre stato»

Cosa si intende per GC – Il quarto caso è costituito da un IRCCS sede di attività formativa universitaria e di diverse scuole di specializzazione, dotato di circa 1200 posti letto. L'azienda si distingue per una forte connotazione universitaria e per la valorizzazione del contenuto clinico delle attività svolte. La componente manageriale è volontariamente poco sviluppata e culturalmente subordinata a quella clinica. A titolo esemplificativo, a processi quali la dipartimentalizzazione e l'introduzione del budget è attribuita un'attenzione limitata.

La Direzione aziendale ritiene che il contesto universitario e di ricerca, la presenza di centri di eccellenza e la visibilità di alcuni progetti sviluppati all'interno degli istituti, di per sé contribuiscano ad alimentare una cultura professionale coerente al GC. Confida quindi nella presenza di professionisti «culturalmente robusti» che vadano a definire le migliori modalità di GC nel proprio contesto.

Che cosa è stato fatto – All'interno dell'azienda gli strumenti presentano diversi gradi di sviluppo, delineando una situazione «a isole».

Gli strumenti più diffusi risultano le linee guida. Tendenzialmente vengono prese a riferimento le linee guida di Società scientifiche nazionali e internazionali, successivamente discusse all'interno dell'unità e alla stessa adattate. In altri casi le linee guida costituiscono oggetto di formazione e discussione critica all'interno di incontri periodici delle scuole di specialità. Esse rappresentano un importante punto di riferimento per lo svolgimento di attività e hanno il pregio di favorire un'omogeneizzazione dei comportamenti, ma al momento non vengono impiegate per una valutazione *ex post* degli stessi. L'introduzione delle linee guida sia a livello di unità operativa che di scuola è in linea di massima promossa dai responsabili di unità.

In un'ottica maggiormente organizzativa, alcune unità presentano una ricca disponibilità di procedure, derivanti da processi di certificazione ISO.

I singoli responsabili hanno promosso l'introduzione di alcuni percorsi clinici, alcuni interni all'unità operativa, altri a valenza multidisciplinare. La Direzione sanitaria ha nel tempo sollecitato l'introduzione e il consolidamento di detti percorsi.

L'audit a oggi non è un'attività particolarmente sviluppata, anche se non mancano riunioni giornalieri o settimanali di contenuto organizzativo o clinico sulla casistica più complessa. È però importante rilevare come la presenza dell'Università solleciti e alimenti per alcuni ambiti l'attività di ricerca e dunque la realizzazione di studi che prevedono la raccolta e l'elaborazione di dati clinici con codificate metodologie scientifiche.

La reportistica su errori non è sviluppata in modo continuo e sistematico: ci si concentra prevalentemente sui casi clinici ad alto impatto. Qualche professionista evidenzia come tali strumenti vengano vissuti in una logica prevalentemente di controllo, suscitando una sorta di resistenza alla loro implementazione da parte di alcuni medici. La Direzione aziendale punta sulla prevenzione degli errori a partire dalla definizione *ex ante* di adeguati assetti clinici e organizzativi.

Con riguardo alla condivisione di informazioni l'azienda e i singoli istituti vantano biblioteche particolarmente ricche e aggiornate e l'accesso a banche dati internazionali. Alcune unità hanno propri software gestionali per esempio, per le elaborazioni di dati sull'attività di sala operatoria (numero di interventi, tipologia, durata media, operatori impiegati ecc.).

La formazione avviene tramite canali interni (organizzazione di propri corsi) o esterni. Sono disponibili diverse alternative di finanziamento: quella universitaria, quella ospedaliera, sponsorizzazioni esterne. Le richieste vengono inoltrate ai responsabili di unità operativa che ne autorizzano o meno la partecipazione.

Infine il budget, introdotto per sensibilizzare i professionisti all'utilizzo delle risorse, è a contenuto gestionale ed è stato implementato prevalentemente con una logica top-down.

Una valutazione di quanto è stato fatto – La Direzione aziendale avoca il compito principale di sponsorizzare l'introduzione di strumenti di GC attraverso la

creazione un clima organizzativo favorevole, agevolato da un continuo dialogo con la componente medica che deve essere lasciata libera di auto-gestirsi. L'introduzione e il consolidamento dell'attuale sistema è dunque da attribuirsi in egual misura alla Direzione aziendale e ai medici, che in modo per così dire automatico sono alla continua ricerca di modalità di miglioramento.

Le variabili che condizionano negativamente l'adozione di strumenti di GC fanno riferimento all'autoreferenzialità professionale e alla difficoltà di misurare i risultati. Influiscono poco le risorse a disposizione, la conflittualità tra manager e dirigenti medici, la scarsa ricaduta in termini di operatività e l'assorbimento di tempo. Del tutto ininfluenti sono considerati il rischio di ledere il rapporto medico-paziente, l'assenza di informazioni su che cosa sia il governo clinico e l'eccessiva innovatività degli strumenti.

Per quanto concerne i medici, l'atteggiamento osservato da parte della Direzione è di generale coinvolgimento, derivato da professionisti «culturalmente robusti» e di per se stessi inclini alla diffusione di una logica di GC.

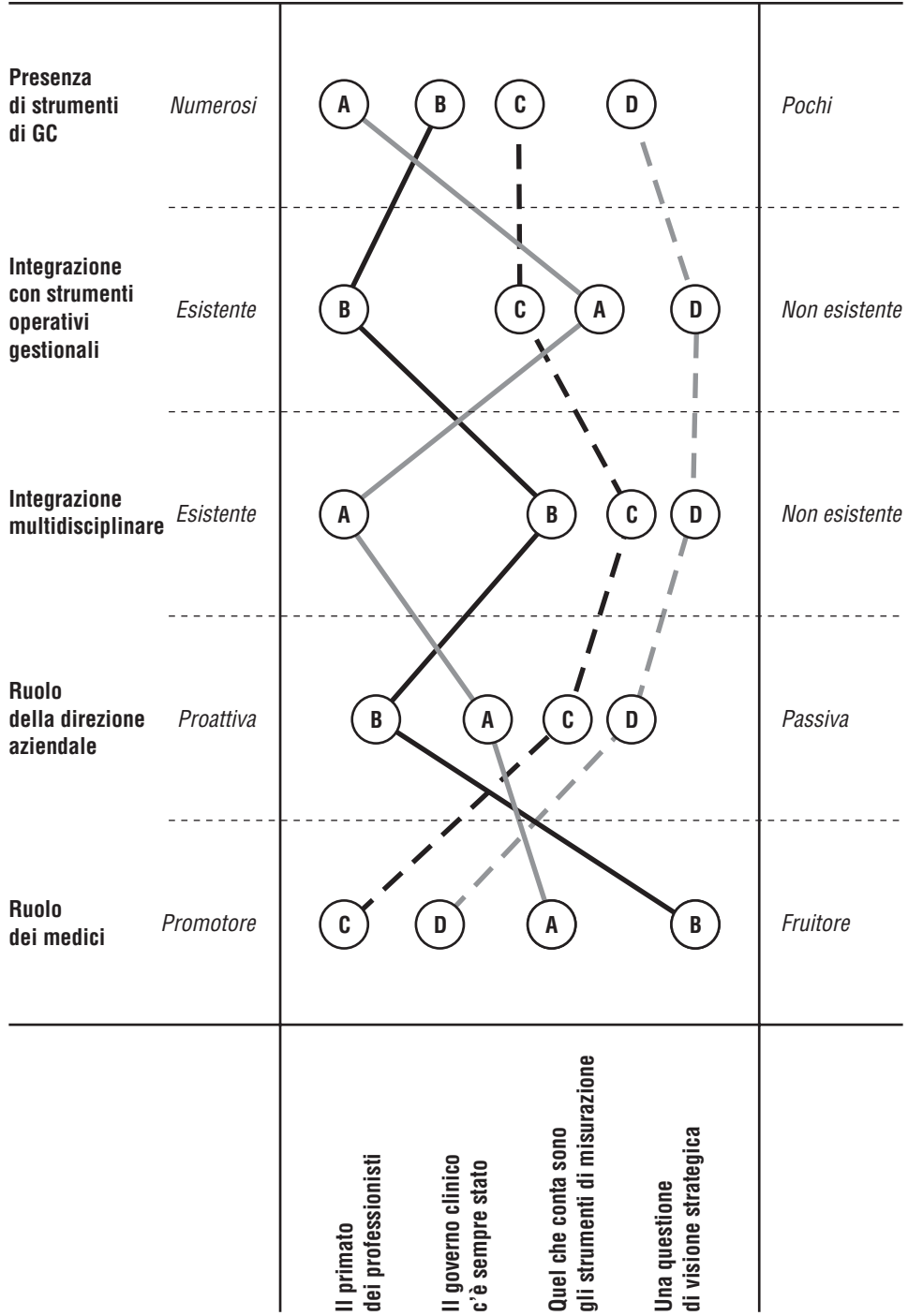
12.8 I modi del GC: il confronto tra casi

Dalle esperienze sopra descritte è possibile rintracciare il peso che i tre cardini del GC, presentati nel modello interpretativo, hanno nei quattro casi analizzati. La relazione tra tali cardini consente di individuare quattro distinte visioni per il GC (Fig. 12.2) che rappresentano il modo con cui le aziende perseguono questa politica.

Il caso A evidenzia la molteplicità di strumenti di GC, non tutti e non completamente integrati con i sistemi operativi aziendali. Si pensi al fatto che il processo di definizione degli obiettivi sanitari è sganciato dalla fase di negoziazione e allocazione delle risorse; i responsabili di struttura complessa concordano i primi con la SQ e i secondi con la Direzione aziendale. La stessa SQ è particolarmente attiva nel promuovere momenti di confronto tra professionisti diversi attraverso la progettazione di PDTA per patologia, unitamente a momenti di formazione opportunamente costruiti a fronte di buone rilevazioni del fabbisogno formativo nelle Unità Operative. Pur in presenza di molti strumenti di GC non è stato possibile rintracciare una strategia esplicita da parte della Direzione aziendale: è forse questa la motivazione di un'ancora limitata integrazione tra i sistemi operativi d'azienda e quelli di GC³. I medici assumono prevalentemente un ruolo di fruitori degli strumenti di GC e meno di promotori degli stessi. Concludendo, si può sintetizzare che nella fase di introduzione il GC è stato circoscritto all'attività e alla propositività della SQ.

³ È però opportuno sottolineare come la Direzione aziendale e la SQ stiano lavorando per l'introduzione di un ulteriore strumento: la Balance Scorecard. Quest'ultimo nelle aspettative della Direzione dovrebbe colmare il distacco a oggi rilevato tra sistemi gestionali e di GC.

Figura 12.2 I modi del GC osservati attraverso i casi



Lo sforzo d'integrare i sistemi operativi aziendali con quelli di GC è ben evidente nel caso B, nel quale si osserva un buon numero di strumenti, tra loro coesi, di qualità clinica e di verifica delle performance. Oltre all'integrazione degli strumenti l'azienda ha investito anche sulla loro multidisciplinarietà da intendersi non solo come il frutto del lavoro integrato d'équipe, ma anche come conoscenza e consapevolezza di come si opera all'interno della propria e delle altre U.O. Il modello risultante ha una connotazione fortemente culturale: emerge chiaramente come il GC e i suoi strumenti trovino possibilità di diffusione solo se i medici ne percepiscono il valore per la professione. In tal senso si spiega l'impegno della Direzione aziendale nel coinvolgere e motivare i professionisti sul tema del GC, a oggi «consumatori attivi» di metodologie e di strumenti di lavoro.

Nel caso C si osserva la presenza di gran numero di strumenti di qualità clinica, ma solo alcuni sono fortemente integrati con i sistemi di gestione aziendale (per esempio gli obiettivi qualitativi del sistema di budget al suo secondo ciclo di negoziazione) e quindi in grado di divenire «reali» strumenti di GC. L'essere una struttura a gestione diretta dell'Università condiziona il ruolo della Direzione aziendale, che insegue le innovazioni proposte dai professionisti, e spiega la ridotta integrazione multispecialistica. In tale contesto il vertice dell'azienda funge da «radar» delle spinte all'innovazione, provenienti soprattutto dall'attività di ricerca e didattica (miglioramento della qualità delle prestazioni, modelli organizzativi multispecialistici ecc.) e valorizza quelle che possono produrre valore rispetto ai processi assistenziali. In tal senso si spiegano i «percorsi di GC di specialità» (chirurgia e oncologia). I leader nella promozione del GC sono gli stessi professionisti, che si aspettano il supporto dell'azienda per introdurre gli standard nazionali e internazionali emersi dalle ricerche scientifiche. Anche questa esperienza esplicita un sistema «a isole» di GC, fiorito in quelle culture specialistiche (tendenzialmente l'équipe di unità operativa o di dipartimento) con un fabbisogno maturo.

Il caso D evidenzia la convinzione della Direzione sanitaria che il GC è una dimensione «naturale» dell'agire del medico nella pratica assistenziale, a prescindere dal supporto di specifici strumenti operativi messi a disposizione dall'azienda. Il medico conosce il proprio fabbisogno informativo di contenuto sia clinico che organizzativo ed è capace di gestirlo autonomamente all'interno dell'U.O. e/o del dipartimento. In un'azienda in cui vi è la presenza istituzionale dell'Università il non governo della dimensione qualitativa da parte dell'azienda può comportare il rischio di «cedere» le strategie di GC all'Università e di scaricare sui professionisti l'onere del miglioramento della qualità dell'assistenza e del monitoraggio delle performance. In quest'ottica il GC rappresenta una «moda manageriale» per le aziende sanitarie e non un obiettivo del vertice strategico o un'esigenza dei professionisti. Il caso preso in esame, al pari del caso C, si distingue dunque per un'ampia autonomia in capo ai singoli responsabili di unità; tale approccio se da un lato presenta l'indubbio vantaggio di valorizzare e coinvolgere appieno la componente medica, dall'altro non è detto garantisca un livello omogeneo di sviluppo minimo degli strumenti.

12.9 Quale lezione dai casi studiati?

La lettura dei «modi» di GC presenti nei casi ci consente di osservare quanto esposto nei punti che seguono.

1. Lo sviluppo di logiche e strumenti di GC appare oggi in una fase iniziale, di prima introduzione, e fisiologicamente registra:

- grande eterogeneità di visioni tra le aziende;
- significativi differenziali nel grado di implementazione tra aziende;
- diffusione a macchia di leopardo dentro le stesse aziende.

Nella maggior parte dei casi indagati il modello di GC che progressivamente si sta costruendo appare come un'utile e progressiva sistematizzazione e razionalizzazione ex post di alcune logiche e prassi che si sono stratificate nel tempo, rilette a sistema. Da questo discende una visione che lentamente si costruisce attorno al concetto di GC.

Pertanto questa fase iniziale del processo di diffusione di modelli di GC è una grande finestra di opportunità per le aziende, che possono sperimentare liberamente nuove logiche di governo e nuovi strumenti manageriali, non essendoci ancora un modello consolidato e non essendo ancora emersa la «fatica» del cambiamento.

2. Il GC non propone un portafoglio di strumenti del tutto estranei ai sistemi operativi fino a oggi adottati dalle aziende, ma li rilegge e li rifocalizza su obiettivi clinici, sanitari e di qualità.

Propone un nuovo e diverso equilibrio tra obiettivi di efficacia e appropriatezza e obiettivi di efficienza. Questo garantisce il superamento di alcune resistenze all'introduzione di logiche manageriali da parte dei professionisti sanitari. Infatti in nessuno dei casi indagati si osservano rilevanti resistenze dei clinici all'introduzione del GC. In realtà da sempre il modello manageriale propone un equilibrio tra gli obiettivi di efficacia e quelli di efficienza, ma così non era percepito dai professionisti e, forse, talvolta non era praticato dalle aziende.

Da questo punto di vista l'introduzione del GC costituisce una grande opportunità per il rilancio del processo di innovazione o «aziendalizzazione» del sistema, senza più fraintendimenti o ambiguità sui reali obiettivi del medesimo.

3. Tutti i casi indagati mostrano come nella cultura medica vi sia una consolidata sensibilità e prassi verso un approccio scientifico e quindi verso il governo clinico. Talvolta questa sensibilità si concentra su alcuni limitati segmenti dell'attività: il singolo paziente multiproblematico o *outstanding* e la specifica innovazione clinica o di processo. Si osserva così una rilevante carenza di completezza (monitoraggio e valutazione di tutti i casi trattati) e di sistematicità (il GC non è solo un

atteggiamento culturale o una sensibilità, ma è anche un insieme di strumenti e prassi operative). Pertanto il cambiamento richiesto non è di radicale modifica della cultura esistente, ma, al contrario, di un suo sviluppo e strutturazione.

4. Nei casi analizzati il focus degli strumenti introdotti è concentrato sulla costruzione di un sistema capace di rilevare e analizzare le informazioni. È ancora invece debole la capacità di utilizzare queste informazioni in un processo sistematico di confronto tra pari, o tra responsabili di unità operative e Direzione. Questo è fisiologico nella fase di introduzione di uno strumento (prevale la misurazione sull'uso gestionale dei dati) e può essere considerato accettabile se accompagnato da un progressivo sviluppo dell'utilizzo dei dati.

5. Nel GC, ancora più che nelle logiche di controllo dei costi, emerge il timore di invadere impropriamente l'autonomia dei professionisti, la sola capace di analizzare le informazioni raccolte ed elaborate e di utilizzarle per migliorare i processi di cura. Questo è facilmente comprensibile. La Direzione aziendale ha però un ruolo importante: stimolare e verificare la diffusione di sistematiche prassi di GC, promuovendo il confronto tra pari e con le *best practice* esterne. La direzione stimola e controlla lo sviluppo degli strumenti e dei processi e verifica il miglioramento dei trend nelle performance cliniche rispetto agli standard che gli stessi clinici indicano.

6. Nei casi studiati il GC appare ancora molto legato:

- alla relazione tra top management dell'azienda e responsabili delle unità operative;
- alla disponibilità per i singoli professionisti di percorsi di aggiornamento e di reperimento di dati e informazioni.

È invece ancora da sviluppare il processo sistematico di confronto tra pari dentro le singole unità operative a partire da dati raccolti sistematicamente. Più in generale gli strumenti aziendali (e quindi anche quelli di GC) assolvono ancora prevalentemente la funzione di raccordo e negoziazione fra unità organizzative dell'azienda, piuttosto che tra professionisti all'interno delle unità operative; il GC dovrebbe proprio contribuire a modificare le prassi e le procedure micro-organizzative dentro le équipes.

7. Dai casi studiati emerge una genesi degli strumenti di GC autonoma rispetto ad altri sistemi aziendali, in parte quasi contrapposta («se il budget ha un focus sui costi», allora il GC deve averlo sulla qualità).

Distinti fabbisogni aziendali necessitano di distinti strumenti di governo e specifici sistemi operativi. La loro sommatoria deve però riuscire a creare un quadro coerente di stimoli, indirizzi e incentivi per i professionisti e le loro

équipe. Da questo punto di vista il completamento dei sistemi di budget con obiettivi mutuati da logiche di GC (come emerge in tutti i casi analizzati) sembra una prospettiva incoraggiante.

Bibliografia

- Cosmi L., Del Vecchio M. (a cura di) (2003) *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw Hill.
- Cosmi L. (2004) «Introduzione alla clinical governance: definizione, sviluppo e contenuti operativi», in V. Tozzi e P. Tedeschi (a cura di), *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, Milano, McGraw-Hill.
- Grilli R., Taroni F. (2004), *Governo clinico*, Roma, Il Pensiero Scientifico.
- McSherry R., Pearce P. (2002) «What is Clinical Governance?», in *Clinical Governance. A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*, Blackwell Science, pp. 12-27.
- Tozzi V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, n. 50.