

Convegno: “L’approccio strategico in sanità: ruolo manageriale del personale sanitario”

Milano 20 aprile 2007

“Clinical governance: l’esperienza dell’Azienda Usl di Perugia”

Autore: **Dott. Aviano Rossi** (Dirigente infermieristico – Azienda Usl di Perugia)

Il presente contributo tende ad essere non una trattazione teorica sulla clinical governance, ma se mai una esperienza di adozione ed applicazione della stessa a tutti i contesti del management aziendale, soffermandomi particolarmente sulle componenti che interessano prevalentemente la professione infermieristica. L’esperienza viene maturata nella regione in cui vivo e lavoro, che è l’Umbria, che esprime peculiarità diverse da quelle che si possono riscontrare in un’area metropolitana. Non è evidentemente la realtà dei grandi numeri in quanto in tutta la regione risiedono circa 800.000 abitanti, equivalenti ad un quartiere di una metropoli come Milano.

Può essere questo l’elemento facilitante alla base di una tradizione innovativa nella pianificazione sanitaria regionale, anche se il dato deve essere letto pure in termini di complessità organizzativa per la difficoltà a raggiungere nel proprio contesto di vita e di lavoro i residenti distribuiti in un territorio vasto ed a bassa densità di popolazione, con la necessità di una fitta rete di servizi territoriali ed ospedalieri.

In questo contesto si inserisce la maggior azienda della regione per territorio e popolazione: la ASL di Perugia. Una azienda in buona salute dal punto di vista economico, che raggiunge i propri residenti a domicilio con Infermieri dipendenti dell’azienda e sette giorni su sette per tutto l’anno. Coerentemente con i principi regionali di “Sanità Servizio”, erogato a forte impronta pubblica e quindi con una scarsa esternalizzazione delle prestazioni, il problema che si pone oggi l’azienda è quello della sostenibilità dei propri servizi.

Un problema che non è solo del contesto locale, ma che parte dalle risorse investite per l’intero Servizio Sanitario Nazionale, che se alla fine degli anni ’70 aveva affermato la salute come diritto e come valore, richiamando peraltro principi costituzionali e diritti umani, ha dovuto poi fare i conti con il fatto che le risorse economiche non sono illimitate. La speranza si è poi riposta nell’aziendalizzazione, ma è risultata presto disattesa con un paradossale aumento della spesa, pur se con benefici in termini di responsabilizzazione nella gestione dei servizi.

L’ultima grande novità è quella dei livelli essenziali di assistenza (D.lgs 229/1999) che però per essere applicata necessita di strumenti gestionali a sostegno sia della qualità, che della buona amministrazione. È per questo che negli ultimi anni ha avuto ed ha successo la “clinical governance” che ha ispirato gran parte di piani sanitari regionali e dei documenti di programmazione sanitaria delle relative aziende. Anche la nostra azienda non si è sottratta a questo principio, interpretando la clinical governance in sette punti essenziali che andrò a descrivere.

Information Technology

Qualsiasi strumento di management non può oggi prescindere dal contributo della tecnologia e dell’informatica, non solo in termini di strumento di lavoro, ma soprattutto come scienza dell’informazione. Nella nostra azienda le applicazioni in termini di telemedicina sono ormai ad un buon livello, soprattutto nei settori della diagnostica per immagini e della cardiologia. Il progetto più

ambizioso è però quello di creare una sorta di anagrafica sanitaria dei residenti, che si alimenta di tutte le prestazioni sanitarie erogate agli stessi.

L'applicazione più avanzata è una rete territoriale realizzata attraverso un software denominato as.ter (assistenza territoriale integrata) acquistata dalla ditta Caribel di Pisa. Questo software consente di alimentare una banca dati sanitaria dove vengono registrati i piani di assistenza di ogni presa in carico domiciliare, nonché ogni prestazione erogata nei centri di salute territoriali. Il sistema permette non solo di supportare le prestazioni singolarmente, ma di dare continuità alle prestazioni assistenziali erogate ai pazienti/residenti nei diversi accessi nel tempo ai servizi aziendali.

Gestione e Sviluppo Risorse

Considerando che il 60% del personale dipendente dell'azienda appartiene alle professioni sanitarie, è possibile dichiarare che una vera affermazione della *clinical governance* passa soprattutto attraverso un coinvolgimento ed una valorizzazione delle stesse, presenti in tutti i contesti assistenziali e spesso uniche figure presenti 24 ore su 24 a fianco degli assistiti. Dal 2003 è operativo un servizio delle professioni sanitarie che dall'1/1/2004 si avvale della *dirigenza* ai sensi della legge 251/2000. Dall'1/1/2005 il servizio ha acquisito lo status di *unità operativa complessa* ed è in corso una riflessione tra l'azienda, le professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali per la costituzione di un *dipartimento delle professioni sanitarie*.

Il modello adottato è di tipo multidisciplinare, con un *ufficio di direzione* dove sono presenti i responsabili delle aree disciplinari previste dalla legge 42/1999 e successiva 251/2000. È un assetto che permette alle professioni sanitarie di condividere non solo l'approccio gestionale, ma anche gli strumenti ed il percorso che rendono la risposta ai bisogni degli assistiti globale e multiprofessionale.

Durante il 2005 sono stati numerosi i progetti implementati in coerenza con il percorso di "clinical governance", tra i quali quelli sui percorsi assistenziali multidisciplinari, sulla continuità ospedale-territorio, sull'ottimizzazione dei percorsi diagnostici, sull'igiene ospedaliera (disinfezione, sterilizzazione, procedure di sala operatoria) ed altri. Con il consenso della direzione aziendale, si è puntato ad una forte sinergia tra il percorso qualitativo e quello amministrativo, facendo convergere i progetti sia nel sistema di budget aziendale che nel sistema premiante.

Audit Clinico Assistenziale

Una importante esperienza è stata avviata nel 2005 con un progetto aziendale dal titolo: *dal confronto non si può che migliorare*. L'iniziativa è iniziata con un contributo formativo rivolto a più di 500 dipendenti, sia dei servizi territoriali che dei dipartimenti ospedalieri. Un percorso formativo implementato per conseguire i seguenti obiettivi:

- condividere i principi della "clinical governance" e l'utilità dell'audit;
- fornire gli strumenti operativi del clinical governance;
- raggiungere un elevato numero di operatori;
- conseguire risultati concreti in tempi brevi.

Dopo il percorso formativo, sono stati implementati 25 progetti sulle seguenti tematiche:

- procedure e risultati terapeutici, in particolare su appropriatezza prescrittiva farmacologica,
- appropriatezza ricoveri ipertensione e diabete;
- promozione della salute e prevenzione, in particolare su allattamento al seno, vaccinazioni,

- ricoveri impropri ipertensione e diabete;
- procedure e risultati diagnostici, in particolare su esami di laboratorio e diagnostica per
- immagini.

I risultati più importanti di questa esperienza possono essere sintetizzati nei seguenti punti:

- consapevolezza dell'importanza di un approccio multidisciplinare ai bisogni assistenziali,
- acquisizione dell'approccio evidence-based;
- necessità di imparare dall'esperienza,
- responsabilizzazione nel documentare la qualità delle prestazioni e dei servizi,
- acquisizione della capacità di misurarsi con criteri di valutazione, indicatori e standard.

Formazione

Concluderò questo contributo affermando la clinical governance in chiave culturale. Un processo culturale si sostiene solo grazie ad un consistente investimento formativo dell'azienda verso i suoi dipendenti.

Non mi soffermo sui temi scontati relativi all'importanza della formazione per l'intero processo, ma mi limito a sintetizzare l'investimento aziendale in tale direzione, citando l'impegno economico relativo all'anno 2005 pari ad € 373.500,00 (circa 185,00 € per dipendente) relativamente ai soli costi variabili, ai quali si aggiungono i costi di esercizio del settore formazione che opera con aule ed uffici di proprietà dell'Azienda e personale ivi assegnato con incarico esclusivo.

Il risultato più importante dell'investimento formativo è quello qualitativo, anche se da un punto di vista meramente utilitaristico non è da sottovalutare il contributo offerto ai professionisti nella copertura complessiva di tutti i crediti ECM.

Centralità dell'Utente

Prima di parlare delle iniziative aziendali in tale direzione, riporto una sintesi delle riflessioni operate in azienda prima di intraprendere iniziative a sostegno di questo principio. Con l'aziendalizzazione e quindi la competizione dei servizi sanitari, si erano maturate aspettative di miglioramento della qualità assistenziale che invece sono andate deluse per effetto della logica tendenza del mercato libero: mantenere la qualità riducendo i costi per produrla. Questo evidentemente avviene di più quando i servizi sono irrinunciabili, quando coloro che diventano "pazienti" accettano la risposta qualsiasi essa sia, senza un potere di controllo come avviene per altri tipi di servizi non sanitari.

Molte aziende hanno comunque avviato iniziative su questo fronte, tra le quali sicuramente quelle indirizzate ad indagare la qualità percepita, nonché a monitorare i reclami. Anche la ASL di Perugia ha manifestato questa sensibilità, riscontrando però la scarsa utilità di questi strumenti che tendono sempre a privilegiare la soddisfazione piuttosto che i pochi casi di insoddisfazione che si nascondono pericolosamente tra i grandi numeri. Altrettanto scarso il contributo che viene dai reclami, scarsamente prodotti per una logica condizione di subordinazione del paziente rispetto al "sistema" e che quindi, nella migliore delle ipotesi, non rappresentano altro che la nota punta dell'iceberg.

Nel piano qualità 2006 si è così pensato di curare questo aspetto della centralità dell'utente attraverso il recupero del consenso informato, non come procedura da espletare, ma come costante di ogni atto assistenziale. Un processo finalizzato a mettere a proprio agio il paziente in ogni momento della presa

in carico assistenziale, ricercando ogni momento di dubbio, insicurezza ed insoddisfazione per applicare ogni procedura con la piena condivisione e se possibile collaborazione del paziente.

Gestione del Rischio

La sensibilità verso il rischio ha portato l'azienda alla costituzione di un gruppo di lavoro aziendale sul *risk management*. La prima iniziativa intrapresa dal gruppo, del quale sono peraltro componente, è stata quella di trovare una definizione di rischio, individuata nella seguente: probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso (un danno o disagio) imputabile, anche se in modo involontario, alle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali e in grado di causare un prolungamento della presa in carico, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte.

Una definizione non cambia gli eventi, ma rende consapevoli che il rischio fa parte dell'assistenza, è una componente del nostro agire. Questo a significare la necessità di parlarne e di non oscurarne gli eventi perché è solo dagli stessi che è possibile imparare e migliorarsi. Altra affermazione importante è che comunque tutti gli studi che la letteratura ci propone dimostrano come alla base degli eventi avversi ci sia sempre una responsabilità prevalente dell'organizzazione piuttosto che dei singoli. Questo non a sminuire le responsabilità personali nella gestione del rischio, ma per perseguire la prevenzione dello stesso attraverso un approccio "di sistema".

Il gruppo di lavoro è operativo dal dicembre 2004 ed in questo anno ha lavorato prevalentemente per le attività di monitoraggio del rischio.

Modello Assistenziale

È questa la parte centrale del mio contributo, non perché più importante delle altre rispetto alla clinical governance, ma perché quella ad interesse esclusivo delle professioni sanitarie e quindi tra le stesse prevalentemente dell'Infermiere.

Il nostro lavoro, nel periodo dal 2003 ad oggi, è stato quello di definire con chiarezza la "titolarità" dell'assistenza da parte delle professioni sanitarie. Nella risposta sanitaria sono infatti riconoscibili:

- la parte "clinica" (diagnostica e terapeutica), di competenza del Medico;
- la parte "assistenziale", di competenza delle professioni sanitarie e prevalentemente dell'Infermiere.

Condiviso questo assunto, si sono definite le qualità che dovrebbe avere l'assistenza, soprattutto dopo l'investimento in chiave culturale operato verso la professione nell'ultimo decennio (profilo, laurea, master, dirigenza, laurea specialistica, ecc.). Abbiamo così chiarito a livello aziendale come le qualità dell'assistenza "nell'epoca della laurea" devono essere almeno le seguenti: personalizzata, scientifica e multidisciplinare.

Per concretizzare queste qualità, si è pensato di ricorrere a tre strumenti di lavoro tradizionali come il *processo di nursing*, le *evidenze scientifiche* ed i *percorsi assistenziali*.

Il processo di nursing è uno strumento di lavoro ormai consolidato in termini teorici, ma non sempre sistematicamente applicato nella pratica. Evidentemente oggi non è semplice per l'Infermiere poter pianificare in maniera puntuale l'assistenza, dovendo in tal senso dedicare del tempo all'assistenza indiretta che non sempre può permettersi di sottrarre a quella diretta. Una riflessione è stata analogamente prodotta in relazione alle evidenze scientifiche, strumento di affrancamento della professione dalla logica del "così ho sempre fatto" verso quella della scelta di assistere secondo criteri di "efficacia provata". Paradossalmente però questo strumento consegue una assistenza scientifica, ma non necessariamente personalizzata, come peraltro il processo di nursing consegue una

assistenza personalizzata, ma non necessariamente scientifica. L'idea, che poi si concretizza nel modello assistenziale, è che i due strumenti di lavoro (evidenze scientifiche e processo di nursing), hanno veramente ragione di esistere solo se in combinazione tra di loro e cioè applicando le evidenze scientifiche solo se veramente necessarie alla persona che abbiamo di fronte, intendendo per "necessarie" anche il fatto che siano accettate dalla persona stessa.

In altre parole, le evidenze da intendere non come imperativo cieco perché il nursing presuppone anche un rapporto empatico. L'EBN deve essere una metodologia applicata, ma anche coniugata all'esperienza, all'etica, alla valutazione di appropriatezza, alla saggezza professionale. Questo è possibile solo se le informazioni sulla persona sono complete e pertinenti e ciò è riscontrabile solo dopo una adeguata "raccolta dati", intendendo per questa proprio la prima fase del processo di nursing. In sintesi, abbiamo convenuto che una vera appropriatezza della risposta assistenziale la si consegue quando i due strumenti di lavoro vengono impiegati contestualmente e quando nel processo di nursing, nel momento della definizione del piano assistenziale, si tiene conto delle evidenze scientifiche piuttosto che della sola esperienza.

Passaggio più complesso è quello che porta alla applicazione dei percorsi assistenziali, sia come strumento di ottimizzazione d'impiego delle risorse sanitarie, sia come strumento finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi resi. I percorsi assistenziali vengono proposti non come strumento alternativo, ma applicativo nella pratica quotidiana sia delle *linee guida* scientifiche, sia delle emergenti metodologie assistenziali *evidence based*. La necessità riscontrata era quella di trovare una strategia di adozione graduale delle linee guida, ormai prodotte dalla comunità scientifica a livello internazionale, ai contesti operativi quotidiani dove l'applicazione delle stesse non sempre è sostenibile per problemi culturali, di competenze, strumentali.

L'adozione dei percorsi assistenziali prende avvio dalla rilevazione delle azioni, attività e prestazioni prodotte da strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, rispetto a uno specifico quadro clinico, al fine di operare un confronto, non necessariamente sul singolo caso trattato, tra percorsi effettivi e linee guida. La fase successiva è data dalla definizione, da parte dei professionisti coinvolti, del "percorso assistenziale di riferimento". Il percorso di riferimento non rappresenta un processo statico per la gestione del paziente in oggetto, ma un prodotto oggetto di una continua valutazione e confronto tra realtà e nuove linee guida, a configurare un percorso di miglioramento continuo.

L'adozione dei tre strumenti di lavoro (processo di nursing, evidenze scientifiche e percorsi assistenziali), deve necessariamente confluire in un modello di sintesi, che in ambito aziendale abbiamo denominato appunto "modello assistenziale". La sintesi operativa del modello assistenziale è la seguente:

- al momento della presa in carico del paziente si effettua una raccolta dati;
- in base alla raccolta dati si comprende se per quel caso clinico esistono percorsi assistenziali strutturati;
- se ci sono e coprono l'intero quadro clinico-assistenziale, non sarà necessario il piano assistenziale personalizzato;
- se al contrario questi non ci sono, si ricorre al tradizionale piano assistenziale personalizzato;
- se ci sono, ma sono insufficienti a "coprire" l'intero caso clinico, il percorso assistenziale viene supportato dal piano di assistenza personalizzato;
- in ogni caso il "collante" del sistema è una buona documentazione assistenziale;

- in ogni caso il sistema è “condizionato” positivamente dalle evidenze scientifiche che sono servite per produrre i percorsi assistenziali, oppure sono considerate nella fase centrale di pianificazione nel processo assistenziale.

Per agevolare la formulazione dei percorsi assistenziali, si è strutturato un progetto formativo accreditato E.C.M. (con copertura di tutti i crediti previsti per l'anno 2006 per singolo professionista), che andrà ad attivarsi nella fase didattica a partire dal mese di febbraio. La prima fase è dedicata alla descrizione ed insegnamento della metodologia dei percorsi assistenziali. Successivamente (seconda fase) vengono descritti gli eventi clinici interessati dal progetto, recuperando tutte le conoscenze possibili dal punto di vista fisio-patologico, ma non andando a definire la componente assistenziale che sarà oggetto di trattazione nella fase successiva. Nella terza fase vengono costituiti gruppi di lavoro con un preciso mandato: sviluppare i percorsi assistenziali di massima e da questi, attraverso il confronto con le linee guida e le evidenze scientifiche disponibili, definire i percorsi assistenziali di riferimento relativamente alle situazioni cliniche individuate.

Una volta definiti i percorsi assistenziali, questi saranno sottoposti alla direzione sanitaria (quarta fase), che potrà avvalersi degli esperti di fiducia per “validarli” e per renderli così adottabili nei contesti assistenziali. A questo punto inizia la quinta fase, dove i tutor dei gruppi di lavoro vanno ad “insegnare” i percorsi a tutto il personale. La sesta fase consiste infine nell'applicazione dei percorsi assistenziali, coerentemente con una fase di monitoraggio delle attività per valutare, dopo tre mesi sperimentali di adozione, la rispondenza delle attività assistenziali rispetto ai percorsi stabiliti (valutazione di processo) e l'efficacia degli stessi rispetto ai bisogni assistenziali degli utenti (valutazione di esito).

Conclusioni

L'Azienda U.S.L. di Perugia, dall'anno 2003, ha intrapreso un cammino di adozione ed applicazione della clinical governance. In sintesi estrema, si può affermare che la clinical governance produce i suoi effetti quando la gestione delle risorse disponibili avviene nell'ottica di prestazioni cliniche ed assistenziali erogate:

- solo in caso di una motivazione, di una giustificazione scientifica;
- secondo una sequenza dettata da linee guida scientifiche;
- nei contesti assistenziali più adeguati per la tipologia di utente.

Un modello che non è conseguibile attraverso un approccio normativo, ma attraverso un percorso culturale che consegue risultati solo attraverso una crescita ed uno sviluppo culturale e professionale di ogni professionista. È un percorso che si compie a piccoli passi che i professionisti devono compiere mettendosi costantemente in discussione.

L'augurio che rivolgo a tutti gli Infermieri motivati verso uno sviluppo di carriera in chiave organizzativa e gestionale è quello di trovare in questo cammino le giuste gratificazioni personali e professionali. L'esperienza mi ha sino ad oggi insegnato che questo è possibile interpretando il proprio mandato non verso una mera gestione “numerica” delle risorse assegnate, ma rivolgendo le proprie attenzioni alla qualità dell'assistenza conseguita con e dalle stesse.

Bibliografia

R.Grilli, F.Taroni – *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza* – Il Pensiero Scientifico Editore – Roma 2004

M.Plebani, T.Trenti - *Praticare il governo clinico: qualità, efficacia e professionalità in medicina* - Centro Scientifico editore – Torino 2002

F.Fontana – *Clinical governance: una prospettiva organizzativa e gestionale* – Franco Angeli Editore – Milano 2005

G.Casati, M.C.Vichi – *Il percorso assistenziale del paziente* – Casa Editrice McGraw-Hill – Milano 2002

G.Casati – *Il percorso del paziente. La gestione per processi in sanità* – Casa editrice EGEA – Milano 1999