Centralità della persona e sostenibilità del sistema

Undici anni di clinical governance al Gemelli

Un anniversario sta passando sotto silenzio in questo 2023 così cruciale per il nostro sistema sanitario: i 25 anni da quando Scally e Donaldson definivano la clinical governance come un sistema di responsabilizzazione e di miglioramento continuo della qualità (clinical excellence), grazie alla creazione di un favorevole ambiente organizzativo (operational excellence)[1]. Nel 2012 venni chiamato, credo tra i primi in Italia, ad applicare al Gemelli la clinical governance progettando un modello organizzativo centrato sulla persona assistita, che ribaltava di novanta gradi i silos tradizionali dei dipartimenti assistenziali verso un approccio "*a filiera*" attorno alle fasi del processo di cura, grazie ai percorsi clinico assistenziali (Pdta/Pca).

In undici anni abbiamo prodotto oltre sessanta Pdta/Pca, alcuni realizzati e rivisti con le associazioni di pazienti, integrati nelle nascenti reti di patologia, per supportare le decisioni dei team multidisciplinari sulle linee guida e introdurre regole di accountability sulle performance. Tra mille difficoltà, come dicevano Scally e Donaldson, abbiamo provato a creare un "ambiente organizzativo che facesse fiorire l'eccellenza clinica". Questo sforzo organizzativo conta oggi su una squadra di oltre sessanta champions, autorevoli, e preferibilmente giovani, coordinatori clinici di percorso che sempre più lavorano fianco a fianco con i care managers, facilitatori nella realizzazione integrata ed evidence based dei processi assistenziali.

Tutto facile? Undici anni fa mi sentivo un regista del cambiamento organizzativo dalle armi un po' spuntate, poiché scarsi o deboli erano allora gli strumenti utili a rendere responsabili, *accountable*, i team assistenziali e il management aziendale su: qualità dell'assistenza; centralità logistica, informativa e relazionale del paziente; sostenibilità organizzativa ed economica. Ed oggi? Dobbiamo ad alcuni provvidenziali "segnali di sistema" se la clinical governance non è più solo uno sforzo culturale di cambiamento promosso da clinici e manager illuminati. E se il suo destino è ormai positivamente ineludibile, non solo, auspicabilmente, al Gemelli.

Antonio Giulio de Belvis
Direttore Uoc Percorsi e valutazione outcome clinici, Fondazione Policlinico Agostino Gemelli – Irccs
Responsabile Gov→Value Lab, Facoltà di economia Università Cattolica del Sacro Cuore
Direttore comitato scientifico – Asiquas

Fluidificare con le regole dei Pdta/Pca gli snodi delle reti assistenziali serve a ridurre il rischio di insostenibilità organizzativa e finanziaria della gestione di problemi di salute complessi e non innescare/ingigantire le diseguaglianze.

I cinque segnali di sistema provvidenziali

1. Il dm 70/2015 prescrive che le strutture ospedaliere, per essere accreditate, debbano "promuovere e attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico" (traduzione inesatta e culturalmente fuorviante di clinical governance) con una documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici; valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche; misurazione della performance clinica e degli esiti; audit clinico, percorsi clinico assistenziali. Strumenti che sono anche il collante organizzativo delle reti assistenziali, rilanciate proprio dal dm 70/2015.
2. La legge 208/2015 (legge di stabilità 2016) ha disposto che tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie si debbano dotare di percorsi di: audit o altri processi finalizzati allo studio dei processi interni e delle criticità più frequenti; rilevazione del rischio di inappropriatezza nei Pdta/Pca, fino a prevedere la messa in Piano di rientro delle organizzazioni sanitarie pubbliche che non rispettino oltre criteri di buona gestione economica, anche standard di qualità adeguati.
3. La legge Bianco-Gelli 24/2017 sulla responsabilità medica e la sicurezza delle cure tutela in sede di giudizio l'operatore sanitario che abbia rispettato linee guida o buone pratiche assistenziali. Quindi, se ha applicato lo strumento cardine della clinical governance, i Pdta/Pca.
4. E soprattutto, in piena epidemia covid-19 – era il marzo 2021 – l'effetto dirompente di un atto di democrazia e trasparenza: aver reso di libero accesso – public reporting – a tutti, cittadini, erogatori, professionisti, regolatori, mass-media i dati del Programma nazionale esiti (Pne) di Agenas, cosa che il PReValE del Lazio, in verità, aveva già realizzato mesi prima. Sebbene l'uso delle informazioni rese pubbliche da parte dei pazienti sia (ancora) relativamente basso, il public reporting, in quanto sistema di rendicontazione pubblica, ha dimostrato di ottimizzare la qualità dell'assistenza incentivando strutture e professionisti a migliorare la loro pratica, anche se, per essere efficaci, le informazioni devono essere facilmente accessibili e basate su indicatori validi e affidabili[2]. Il nostro Paese, leader in questo in Europa, ha costruito negli anni intorno all'esperienza del Pne uno strumento formidabile di miglioramento della qualità perché è diventato metro di reputazione di manager e professionisti, inoltre condiziona i comportamenti di decisori e regolatori e responsabilizza le singole aziende ospedaliere e territoriali promuovendo con la pubblicazione dei dati percorsi interni di audit. →