## → Le basi per una clinical governance

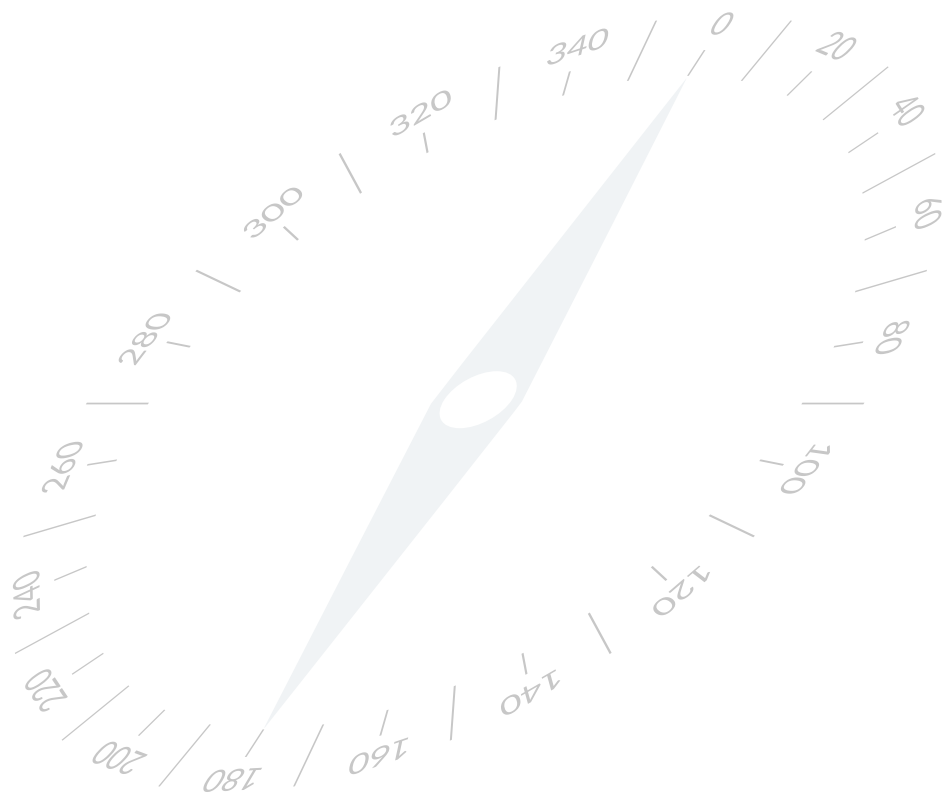
Che cosa serve ora perché tutte le strutture sanitarie possano sistematizzare in "cassette degli attrezzi"[3] buone pratiche, linee guida, Pdta/Pca, metodologie di audit & feedback per i team assistenziali? Perché siano superate le resistenze al cambiamento, i vincoli burocratici, le autoreferenzialità e quella medicina difensiva che sono il vero nemico di un'assistenza di qualità realmente centrata sulla persona e per svincolare il singolo medico che creda nella qualità dalla discrezionalità e dall'isolamento?

La mia esperienza sul versante dell'assistenza e della ricerca dimostra come lo sforzo organizzativo potrà essere sostenibile se saremo anche capaci di:

- fluidificare con le regole dei Pdta/Pca gli snodi delle reti assistenziali. Questo, nel beneficio di sistema, serve anche a ridurre il rischio di insostenibilità organizzativa e finanziaria della gestione di problemi di salute complessi e non innescare/ingigantire diseguaglianze nell'accesso e negli esiti delle cure nei macrolivelli della governance (prevenzione, territorio, ospedale) o tra le Regioni;
- combinare la patient centerdness con la personalized care, grazie alla profilazione genomica, che arricchisce l'efficacia decisionale del team multidisciplinare nell'integrazione con il molecular board;
- nella continuità territorio-ospedale, applicare la stratificazione del rischio di popolazione/progetto di salute nelle nuove modalità di presa in carico, da una medicina di attesa ad una medicina di iniziativa;
- sul versante delle risorse umane, supportare i (sempre più ridotti e demotivati) organici medici ed infermieristici con esperti di informatica e Ict, logistica/operations, case manager, risk manager, economisti sanitari;
- sviluppare i sistemi informativi e con essi la digitalizzazione dei percorsi e delle reti;
- nell'ottica value based, includere la prospettiva del paziente tra le dimensioni da monitorare nella qualità dell'assistenza. Questo vuol dire arricchire nel monitoraggio dei Pdta/Pca gli indicatori di processo ed esito con i Prems (Patient reported experience measures) e i Proms (Patient reported outcome measures). Per il nostro sistema sanitario, centrare ancora di più sulla prospettiva della persona i sistemi di tariffazione e rimborso – ormai inadeguati – può favorire il perseguimento sostenibile della clinical governance in tutte le organizzazioni sanitarie, a partire dal Gemelli.


1. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new Nhs in England. BMJ. 1998;317:61-5.
2. Cacace M, Geraedts M, Berger E. Public reporting as a quality strategy. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D et al. (Editors). Improving healthcare quality in Europe: characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2019.
3. de Belvis AG, Bucci S. Come organizzare l'assistenza del paziente per percorsi di cura. L'esperienza presso la Fondazione Policlinico universitario Agostino Gemelli. Milano: Casa Editrice Vita e Pensiero, 2018.


# LA BUSSOLA




**Come viene vissuto il Programma nazionale esiti (Pne) da un'azienda sanitaria: come una spinta a migliorare l'offerta e la qualità dei servizi per i cittadini e a superare le criticità, oppure c'è il rischio che sia percepito come un "esame da superare"?**

Il Pne è uno degli strumenti più potenti a disposizione dei professionisti e delle aziende. Lo definirei una misura di grande civiltà sanitaria perché induce il management a veicolare una spinta verso tutto il mondo professionale che, devo dire, negli anni è diventato sempre più consapevole della potenza di questo strumento verso soluzioni organizzative che migliorano le performance aziendali, ma anche la vita dei pazienti. Due sono gli esempi a sostegno che forse possono sembrare banali, ma che in realtà hanno avuto un impatto nel mondo sanitario incredibile. Personalmente ritengo che una delle più efficaci indicazioni inserite all'interno del Dm 70 sia stato il modello trasferito dalle linee guida della European society of breast cancer specialists in materia di breast unit. Lo ritengo un dato fondante perché è proprio sul modello della breast unit che si stanno impostando le modalità di presa in carico dei pazienti oncologici e non solo. Il fatto che si tratti di un tipo di approccio multidisciplinare con specialisti dedicati rispetto a un fattor comune – che è il volume del numero di patologie neoplastiche prese in carico per poter sviluppare una expertise specifica e anche di alcuni indicatori di qualità relativi alla performance – ha contribuito sì al calo in Italia della mortalità per cancro al seno del 20 per cento ma anche, per l'appunto, alla messa a punto di un modello organizzativo. Un altro esempio è quello relativo alla frattura del collo del femore nell'anziano ultrasessantacinquenne entro le 48 ore. Chi sta sul campo sa bene che questa è una misura organizzativa dove occorre allineare una serie di professionisti: innanzitutto l'anestesista, unitamente al cardiologo, al chirurgo, al personale di sala. Questi sono i due esempi più eclatanti per mostrare quanto il Pne governi l'organizzazione aziendale. Il Pne è la nostra bussola ma è anche un sistema di ingaggio dei nostri professionisti, tanto più che oggi noi siamo in grado di monitorare gli indicatori del Pne per i singoli professionisti. Occorre però fare un salto di qualità e di appropriatezza organizzativa.

*Intervista a*

**Tiziana Frittelli**
*Presidente*
*Federsanità*
*Direttrice generale*
*Azienza ospedaliera*
*San Giovanni*
*Addolorata di Roma*

# CHE INDICA *la via maestra*

## GLI ESITI COME GUIDA AL MANAGEMENT SANITARIO

**In riferimento al ruolo cruciale che ha delineato del Pne, cosa serve per poter fare questo salto di qualità nell'organizzazione e programmazione sanitaria?**

Innanzitutto, le Regioni devono iniziare a utilizzare questi indicatori per orientare l'intera programmazione delle reti ospedaliere e fare scelte allocate illuminate per garantire eguale accesso alle cure. Un secondo elemento di cruciale importanza riguarda la necessità di affrontare risultati non brillanti attraverso audit clinici e risk management: l'intera nostra attività deve orientarsi verso l'individuazione e la prevenzione dei rischi. Quando vediamo, ad esempio, che in un determinato contesto la mortalità supera i 30 giorni ed è superiore alla media regionale e nazionale, è essenziale capire le cause sottostanti dei problemi. L'altra funzione importante del Pne è quella di aiutarci a capire quale sia l'andamento di settori come quello delle innovazioni tecnologiche. Per esempio, è utile monitorare il livello di trattamento del cancro del colon attraverso la laparoscopia, che prevede minor invasività e una convalescenza più veloce. In Italia, la percentuale di interventi eseguiti con questa modalità si attesta intorno al 50 per cento. Il Paese più avanzato è la Gran Bretagna, con una percentuale pari al 70 per cento – il restante 30 per cento è riservato agli interventi in urgenza che presumibilmente si effettuano in open anche per ragioni legate al paziente, che spesso non è adeguatamente preparato. In realtà, la Gran Bretagna è arrivata a questo risultato grazie a un'intensa attività di formazione. Sapere che c'è una grossa quota, soprattutto in alcune Regioni, in cui il cancro del colon viene trattato open anziché in laparoscopia ci dice molto sugli interventi organizzativi e formativi da mettere in campo e sul tipo di competenze professionali carenti. È qui che comincia ad emergere il doppio ruolo della valutazione del Pne: il primo legato al management aziendale, il secondo al professionista. In questa ottica occorre agganciare il sistema di valutazione Pne a quello di valutazione sia del singolo professionista sia dell'azienda che, tuttavia, non ha strumenti di transizione della valutazione Pne a quella individuale che possano incidere su vere scelte di cambiamento di sistema. Infatti, i sistemi di valutazione individuale dei professionisti sono lunghi e farraginosi e mal si conciliano con scelte tempestive di qualità assistenziale, da assicurare non appena emergano situazioni di criticità. Un altro esempio riguarda la separazione rispetto agli esiti delle valvole cardiache, sia tradizionali che transcateterali. In questo caso il Pne è in grado di darci gli esiti rispetto all'utilizzo delle innovazioni tecnologiche su una certa popolazione.

**Il Pne è la nostra bussola ma è anche un sistema di ingaggio dei nostri professionisti, tanto più che oggi noi siamo in grado di monitorare gli indicatori del Pne per i singoli professionisti. Occorre però fare un salto di qualità e di appropriatezza organizzativa.**

**Qual è invece l'impatto del nuovo sistema di garanzia che il Ministero della salute utilizza per monitorare l'adesione da parte delle Regioni all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea)?**

Credo che sia un po' limitativo che dei 22 indicatori core del nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dei Lea solo quattro riguardino il Pne; trovo, altresì, sconveniente che rispetto al nuovo sistema di garanzia solo l'1 per cento del fondo sanitario nazionale sia vincolato a quegli esiti – perché il Pne dovrebbe avere sull'ospedaliero un peso molto maggiore, anche in termini di finanziamento. Infine, ritengo che uno dei motivi per i quali non si è sviluppato il territorio è anche il sistema di finanziamento per quota capitaria che, a mio avviso, non spinge verso situazioni performanti, almeno laddove non ci siano i sistemi di valutazione adeguati sul territorio. Quindi è urgente che il Pne si sviluppi rispetto ad indicatori di performance e di qualità del territorio.

**Come evolve, o dovrebbe evolvere, la misurazione degli esiti di un'azienda sanitaria in un'ottica di medicina territoriale e di gestione delle cronicità?**

Accanto ad alcuni indicatori già presenti, per esempio il ricorso alle acuzie rispetto a chi è paziente cronico, in realtà dovremmo individuare altri indicatori che ci dicano assolutamente qual è il livello di presa in carico visti i problemi di sostenibilità del sistema in generale e visti i problemi di presa in carico della cronicità. Sarà, quindi, fondamentale agganciare una serie di indicatori a quella che è la presa in carico attraverso l'assistenza domiciliare, visto che una delle direttrici fondamentali del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) è proprio quello della casa come principale luogo di cura. Anche sull'aspetto prevenzione vanno sviluppati alcuni indicatori, soprattutto per la promozione di sani stili di vita. Se devo fare un raffronto col nuovo sistema di garanzia, sull'aspetto della sanità distrettuale ci sono indicatori rispetto alle vaccinazioni obbligatorie e agli screening oncologici; in realtà ci dovremmo inoltrare su indicatori che ci dicano quanto i dipartimenti di prevenzione stiano lavorando sui sani stili di vita e sulla salute one health. Occorrerebbe sviluppare tanto l'aspetto della prevenzione, al di là degli indicatori già contenuti all'interno del nuovo sistema di garanzia, quanto quello della presa in carico territoriale. Esistono già strumenti innovativi molto importanti del Pnrr sul territorio: le centrali operative territoriali, il 116 117 come coordinamento delle cure non urgenti, la valutazione multidimensionale che viene fatta per il paziente cronico presso i punti unici di accesso delle case di comunità, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata. A questi strumenti noi dovremmo connettere degli indicatori che siano in grado di dirci come si comporta il territorio, compreso qualche indicatore che ci dica quale aggancio c'è tra i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e gli specialisti presenti sul territorio. Occorre, con urgenza, progettare un set di indicatori che monitori lo sviluppo della sanità territoriale, come prevista dal Pnrr e che ci dia più strumenti per correlare le liste di attesa con l'appropriatezza prescrittiva, augurandoci, poi, che le Regioni facciano le loro scelte allocative e programmatorie sulla base di questi strumenti.

A cura di **Giada Savini**