

Clinical governance: il dibattito continua

Nel nostro Paese, nella declinazione della Clinical governance, gli aspetti di government sembrano continuare a prevalere soprattutto in riferimento alla medicina generale. Di recente un convegno, organizzato a Milano da Snam, ha di nuovo cercato di far luce su questa materia dibattuta e controversa.

Nella definizione di Scally e Donaldson, pubblicata sul *British Medical Journal* nel 1998 la "Clinical governance (Cg) è caratterizzata dai riferimenti entro i quali le organizzazioni sanitarie sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti livelli di assistenza, creando l'ambiente nel quale si sviluppa l'eccellenza dell'assistenza clinica". Tale definizione ha portato però a varie interpretazioni; l'unico punto chiaro è che la Clinical governance si presta a facili errori interpretativi perché il significato muta a secondo del differente target al quale ci si riferisce. Il Clinical governance support team raffigura la Cg come un ombrello sotto il quale sono compresi diversi aspetti: il coinvolgimento di pazienti e operatori, la comunicazione, il risk management, lo sviluppo professionale degli operatori sanitari, l'efficacia delle cure cliniche e molto altro. Si può anche accennare che cosa non è la Cg, ovvero non è "il governo dei clinici" e neppure il "governo da parte dei clinici". Le varie ambiguità interpretative e attuative hanno creato ancora più difficoltà quando si è cercato di applicare il concetto di Clinical governance alla medicina generale sia per la sua peculiarità disciplinare, sia per il rapporto convenzionale con il Ssn inerente ai medici che nel nostro Paese esercitano tale disciplina. Il dibattito sulla questione è ancora aperto e di recente il convegno "Clinical governance e appropriatezza prescrittiva", orga-

nizzato a Milano da Snam, ha di nuovo cercato di far luce su una materia controversa.

■ Cos'è il governo clinico

Roberto Carlo Rossi, di Snam Lombardia ha inquadrato il problema partendo dal testo di **Roberto Grillo** "Governo clinico" (Pensiero Scientifico Editore, 2004) e in particolare dalla domanda che l'autore si fa e dalle risposte che dà. "Cos'è il governo clinico (Gc)? Si chiede Grillo. È forse un modo per istituire il controllo dei manager sull'operato dei clinici o un'occasione per questi ultimi per riaffermare le ragioni del proprio primato sulle organizzazioni sanitarie, contro le presunte degenerazioni dell'aziendalizzazione"? "Potremmo dire - sostiene Grillo - che parlare di governo clinico è diventato di moda, esattamente come il fare riferimenti (per la verità molto generici e meramente evocativi), all'appropriatezza e all'efficacia delle prestazioni sanitarie". Al riguardo è il caso di fare riferimento alla definizione della Asl di Ravenna: "Il governo clinico è l'insieme di strumenti con i quali l'organizzazione assicura l'erogazione di assistenza sanitaria di alta qualità, responsabilizzando i professionisti sanitari sulla definizione, il mantenimento e il monitoraggio di livelli ottimali di assistenza". Secondo il Gimbe (Gruppo italiano Medicina basata sulle evidenze), "il governo clinico è una strategia di politica sanitaria che, contestualizzando nelle organizzazioni sanitarie gli strumenti metodologici del-

l'Ebm (Medicina basata sulle evidenze) e dell'Ebhc (assistenza sanitaria basata sulle evidenze), si affida alla componente professionale per definire, mantenere e verificare gli standard di qualità clinica, guidati dai principi dell'efficacia-appropriatezza degli interventi sanitari".

■ Problemi e opportunità

"Gli a priori del governo clinico - ha quindi sostenuto Rossi - sono dunque l'Ebm e l'Ebhc, che a loro volta si fondano sulla ricerca clinica e scientifica di buon livello, sulla sussistenza di trial validi e scientificamente controllati, sulle metanalisi e le revisioni sistematiche dei lavori scientifici che possono essere giudicati di buon livello". Secondo Rossi i punti di forza di Ebm ed Ebhc sono:

- strumenti sistematici e rigorosi; riproducibilità vs aneddotica;
- uso appropriato delle risorse umane ed economiche.

I punti di debolezza sono:

- anche il trial più serio è stato finanziato da qualcuno;
- anche i risultati degli studi seri e ben costruiti sono influenzati dalle aspettative dello sperimentatore;
- se la tesi è confermata lo studio verrà pubblicato;
- le metanalisi sono uno strumento potente, ma che mette insieme dati a volte non perfettamente confrontabili;
- la medicina non è e non deve essere solo aridamente utile per sconfiggere le malattie, ma piuttosto è una scienza che dovrebbe innanzitutto curare i malati.

"Per sapere come governare il sistema - ha continuato Rossi - si deve conoscere quanto si ha a disposizione: è quindi opportuna una ricognizione delle risorse economiche, strutturali e tecniche effettivamente a disposizione di una determinata realtà. Inoltre, i dati non devono essere approssimativi ma completi e rispondenti alla realtà che si dovrà governare, fornendo una fotografia il più possibile fedele". Ciò che occorre è individuare, da un lato, linee guida e percorsi assistenziali condivisi e compatibili con ciò che i clini-

ci hanno realmente a disposizione in una determinata area geografica. Dall'altro, scegliere indicatori condivisi (con gli operatori e i cittadini-pazienti) strutturali, di performance, di soddisfazione e di risultato. Vi sono poi strumenti di monitoraggio fra cui clinical audit e risk management. Sul primo, processo di revisione tra pari dei processi assistenziali e dei loro risultati, possono però intervenire indebitamente autorità esterne, come sta accadendo di recente nel mondo anglosassone. Attraverso il risk management il clinico impara dal suo stesso errore, non lo nasconde, ma lo utilizza per migliorare se stesso e gli altri. Fondamentale è poi la formazione del personale medico e amministrativo, che non dovrà limitarsi a singoli momenti, ma essere continua e ripetuta lungo tutto l'arco della carriera professionale.

■ Implicazioni sindacali

La Clinical governance presenta anche importanti implicazioni di carattere sindacale. In tal senso va interpretato il progetto Me.di.co. (Medicina distrettuale di continuità). "Compito dell'assistenza primaria - ha affermato **Mauro Martini**, presidente nazionale Snami - è prendersi carico degli assistiti mediante la riappropriazione della gestione delle patologie croniche, in un'ottica di governance clinica, tesa il più possibile a ottimizzare l'uso delle risorse disponibili. Riducendo progressivamente il carico burocratico, accorciando le liste d'attesa, rafforzando la prevenzione". Secondo Martini, questo compito è attuabile senza modificare l'attuale strutturazione e disposizione degli studi dei Mmg sul territorio che, con la loro parcelizzazione, offrono già un ottimo servizio vicino al paziente/cittadino, ma semplicemente condividendo e mettendo "in rete" i dati sanitari. Per Martini il medico dovrà inoltre riappropriarsi dell'educazione e dell'informazione sanitaria e gestire la formazione pre e post universitaria della medicina generale. Ben si inserisce in tale contesto la

proposta firmata Snami della continuità assistenziale h. 24: "La presa in carico h. 24 del paziente è un punto cruciale per permettere la giusta programmazione e allocazione delle risorse" prosegue Martini. "Snami ha individuato nel sistema della continuità assistenziale (CA), organizzata sull'intero arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana, il cardine sul quale far ruotare il sistema delle h. 24, rivalutando professionalmente, economicamente e funzionalmente questo servizio, prevedendo comunque l'integrazione con i medici di assistenza primaria, per quanto di loro competenza su un piano di collaborazione fra pari, pur con ruoli distinti". Secondo Martini, la CA h. 24 assicura le prestazioni sanitarie urgenti differibili in favore dei cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla sede di servizio per l'intero arco delle 24 ore, per tutti i giorni della settimana, nonché le prestazioni

ambulatoriali più impegnative (codici bianchi e verdi) in accordo con la programmazione regionale e aziendale. "Gli accordi regionali fisseranno le modalità tecnico-organizzative della partecipazione del medico di continuità assistenziale alle attività di Assistenza domiciliare programmata e integrata, alle attività territoriali e alle prestazioni aggiuntive, finalizzate a garantire una più immediata adeguatezza dell'assistenza e un minor ricorso all'intervento specialistico e/o ospedaliero".

Ma c'è di più. Secondo Martini, si assiste a una variazione sul tema della medicina difensiva: da un'iperprescrizione per difesa dalle denunce dei pazienti, si è passati a un'ipoprescrizione per difesa dalle denunce della Corte dei Conti. "Come il chirurgo deve avere piena libertà nell'uso del bisturi, così il medico deve avere piena libertà nell'uso del farmaco".