

EDITORIALE

L'approccio di sistema alla Clinical Governance

Il Piano Sanitario Nazionale chiama, la Conferenza Nazionale GIMBE risponde

Una conferenza gratuita senza sponsor per quasi 600 partecipanti provenienti da tutte le regioni italiane e rappresentativi di tutte le professioni sanitarie?

Non è utopia... ma la ricetta della Conferenza Nazionale GIMBE! No agli sponsor, un solo intervento preordinato e 16 contributi rigorosamente selezionati tra i 74 abstract pervenuti, nessun compenso né rimborsi spese per i relatori, un caffè di benvenuto e... *no free lunch!*

Il filo conduttore della Conferenza – tracciato dalla lettura inaugurale – è stato “l'approccio di sistema alla Clinical Governance”, previsto anche dal Piano Sanitario 2011-2013. Si è quindi articolata una variopinta kermesse di progetti realizzati nelle organizzazioni sanitarie italiane, integrando vari strumenti di Governo Clinico.

Il GIMBE Award individuale è stato assegnato *ex aequo* ai progetti presentati da Marco Masina (Azienda USL di Bologna) e da Paola Ferri (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena): al primo perché “configura l'approccio di sistema alla *Clinical Governance* integrando numerosi strumenti nei processi di governo aziendale”; al secondo perché “dimostra che gli esiti assistenziali non sono condizionati solo dall'appropriatezza dei processi (fare le cose giuste), ma anche dalla conformità delle procedure operative (fare le cose bene)”. L'Azienda Ospedaliera di Perugia si è aggiudicata il GIMBE Award aziendale per aver contribuito alla Conferenza con ben cinque progetti di elevata qualità. Considerato il successo dell'iniziativa lanciata nella scorsa edizione, i migliori contributi saranno pubblicati nella sezione “Progetti Aziendali” di GIMBEnews.

Nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, approvato lo scorso 21 gennaio, si legge che «La politica di attuazione del governo clinico richiede un approccio di “sistema” e viene realizzata tramite l'integrazione di numerosi fattori tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, la medicina basata sull'Evidenza, le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale. Tutte queste tematiche sono oggetto di analisi e di iniziative condivise tra lo Stato e le Regioni, ai fini del miglioramento continuo

dell'equità, dell'appropriatezza e della qualità del sistema nel rispetto del vincolo delle risorse programmate». Questo approccio legittima in maniera definitiva il “Position Statement GIMBE: Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie” pubblicato nel febbraio 2006 che, descrivendo tutti gli strumenti di Governo Clinico citati dal PSN 2011-2013, afferma che “non possono essere utilizzati in maniera occasionale, afinalistica e/o confinati esclusivamente all'ambito professionale, ma devono essere integrati in tutti i processi di governo aziendale: strutturali, organizzativi, finanziari e professionali”.

Lo scorso 11 febbraio la vetrina dei progetti presentati alla Conferenza ha permesso di “tastare il polso” all'attuazione del Governo Clinico nelle aziende sanitarie italiane.

Evidence-based Practice. I pochi contributi ricevuti e le due survey selezionate dimostrano sia che la diffusione dell'EBP nella pratica professionale è ancora insufficiente, sia che la ricerca educativa sull'impatto dell'EBP è assolutamente ipotrofica. Lo studio di Daniela Scacchetti documenta che l'uso delle risorse online per la ricerca di informazioni clinico-assistenziali da parte degli infermieri è ancora limitato: oltre un terzo dei profes-

IN QUESTO NUMERO

Pillole di Metodologia della Ricerca 63 Trial controllato randomizzato: un disegno, numerose varianti

Guida metodologica all'articolato linguaggio dei trial (II)

Pillole di Governo Clinico 65 Modificare i comportamenti professionali? Yes... we can!

Prove di efficacia e zone grigie della *Implementation Science* (II)

Progetti Aziendali 67 Il catetere vescicale a permanenza nei pazienti ospedalizzati

Appropriatezza e gestione del rischio

Letti per voi 70

Glossario 71

Appuntamenti 72

nisti intervistati non hanno accesso alla rete sul posto di lavoro, il 60% non utilizza banche dati biomediche (ma solo motori di ricerca e siti specializzati) e appena il 14% accede giornalmente a tali strumenti. Gabriele Maritati riporta i risultati di una survey patrocinata dalla Società Polispecialistica Italiana dei Giovani Chirurghi. Storicamente più distanti dall'EBM e dalla *clinical governance* rispetto all'area medica, i giovani chirurghi dichiarano poca dimestichezza con le definizioni e soprattutto con gli strumenti, ma ritengono che tali metodologie condizioneranno profondamente la loro professione nel prossimo decennio. Messaggio chiaro e forte alle Scuole di Specializzazione: le esigenze e le aspirazioni delle nuove generazioni di chirurghi richiedono un adeguamento del modello formativo.

Linee Guida, Percorsi Assistenziali, Procedure e Protocolli. Grazie a un audit condotto sulla somministrazione sottocutanea di eparina, Paola Ferri dimostra sia che una semplice procedura presenta numerose variabilità, sia che vengono utilizzate numerose manovre potenzialmente dannose per i pazienti. Da qui la necessità di "fare le cose bene", oltre a "fare le cose giuste" che, come documenta lo studio di Donatella Bogni non sempre avviene. Infatti, nel 60% dei casi i professionisti non seguono le raccomandazioni delle linee guida nazionali sulla profilassi antibiotica in chirurgia: timing di somministrazione inadeguato, prolungamento della profilassi, antibiotici inappropriati e dosaggi inadeguati. Gian Maria Fantuzzi riporta luci e ombre dell'applicazione di un protocollo aziendale per la gestione del dolore post-operatorio in chirurgia maggiore: l'86% dei pazienti viene dimesso con un dolore di debole intensità, ma quasi nel 20% dei casi il protocollo non viene applicato per mancata condivisione del medico!

Audit Clinico e Indicatori di Qualità. L'inappropriatezza delle prestazioni diagnostiche allunga le liste d'attesa: Matteo Marcosignori riporta che, rispetto alle raccomandazioni delle linee guida, circa il 60% delle colonscopie prescritte nella zona di Ancona sono inappropriate. La causa principale di inappropriatezza è la colonscopia nel follow-up post-polipectomia e i prescrittori meno appropriati sono i gastroenterologi, anche per la notevole variabilità di opinioni sul timing del follow-up endoscopico. Marco Masina presenta i risultati di un audit nella gestione dello stroke acuto, confrontando le performance su processi ed esiti di un periodo *before*, dove i pazienti con stroke erano assistiti nella UO di Geriatria, con quelli di un periodo *after*, conseguente all'attivazione della Stroke Care. Notevole il miglioramento dei processi clinici e organizzativi, con qualche residua criticità: il timing di esecuzione dell'ecodoppler e la prescrizione degli anticoagulanti orali.

Formazione e Sviluppo Professionale Continui. Cosa percepiscono i professionisti dopo un corso ECM rispetto ai cambiamenti professionali e organizzativi? Secondo una survey condotta dall'Istituto Superiore di Sa-

nità, Daniela Coclite riporta che la formazione continua non determina modifiche organizzative che richiedono il coinvolgimento di più attori e non possono derivare dal cambiamento di un singolo professionista. La formazione continua dovrebbe aumentare la competenza professionale: ma è davvero possibile misurarla? Nell'esperienza preliminare del Laboratorio Unico Area Vasta Romagna, presentata da Luca Baldrati, gli strumenti di valutazione utilizzati hanno consentito sia di valutare la competenza professionale, sia di individuare i bisogni formativi e programmare la formazione continua.

Gestione del Rischio e Sicurezza dei Pazienti. I numerosi contributi pervenuti, testimoniano il notevole interesse per questo strumento di governo clinico. Giuseppina Bianchi dimostra che l'applicazione degli strumenti FMECA e *incident reporting* permettono di identificare le maggiori criticità nel processo di gestione clinica dei farmaci. Matteo Buccioli e Donata Dal Monte descrivono un innovativo sistema informatizzato per la completa tracciabilità del percorso chirurgico del paziente dall'uscita al rientro nella UO di degenza: *barcode*, braccialetto e palmare permettono sia di dettagliare le procedure eseguite, sia di ricostruire l'intero processo.

Valutazione delle Tecnologie Sanitarie. In un progetto aziendale sulla prescrizione dei markers di danno miocardico, Filippo Bartoccioni dimostra che l'impatto più significativo viene ottenuto sulle prescrizioni inappropriate di mioglobina, "abbattute" di oltre il 90%.

Strategie e Modelli Organizzativi. Il contributo di **Claudia Canu** descrive i risultati del week-hospital, sperimentato in un centro di riferimento regionale oncologico in Sardegna. Questa modalità di erogazione delle cure è destinata a pazienti che necessitano di chemioterapia non eseguibile in day-hospital, in buone condizioni cliniche con dimissione programmabile e senza necessità di cure domiciliari. Ornella Casati dimostra che l'indice di complessità assistenziale (ICA) è uno strumento accurato per valutare l'appropriatezza dell'assistenza domiciliare. Rilevante il dato che nei pazienti terminali l'ICA è elevato solo nel 28% dei casi, confermando che la gravità non sempre coincide con una elevata complessità assistenziale.

Coinvolgimento degli Utenti. *Last but not least*, rimane ancora lo strumento di governo clinico meno utilizzato. La qualità di vita (QdV) è un esito rilevante e poco misurato: Luca Giuseppe Re dimostra che, dopo un ricovero ospedaliero, i pazienti percepiscono un miglioramento della propria QdV. Infine, Davide Minniti e Maurizio Dore riportano i risultati di un audit civico condotto nell'ASL TO3, dimostrando che questo strumento, oltre a rendere più trasparente la gestione delle Aziende Sanitarie nei confronti dei cittadini, permette loro di interloquire con le direzioni aziendali.

Nino Cartabellotta
Direttore Scientifico GIMBE