

Senza Aziende sanitarie non c'è futuro per il SSN, ma serve un approccio di sistema alla clinical governance

Antonino Cartabellotta^{1*}

¹Medico Chirurgo, Fondazione GIMBE

Secondo l'*evidence-based health care* le conoscenze scientifiche dovrebbero guidare tutte le decisioni professionali, manageriali e politiche che riguardano la salute delle persone^{1,2}. In realtà, l'inadeguato utilizzo delle evidenze da parte di professionisti, manager e policy-maker, oltre che pazienti e caregiver, è documentato sia nei paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo, a livello di cure primarie e nell'assistenza ospedaliera, in tutte le professioni sanitarie e discipline specialistiche. Questo inadeguato trasferimento delle migliori evidenze scientifiche determina asimmetrie informative e sprechi conseguenti al sovrautilizzo (*overuse*) di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci o inappropriati e al sottoutilizzo (*underuse*) di quelli efficaci e appropriati³. Di conseguenza, la sostenibilità di un sistema sanitario, indipendentemente dalla sua natura (pubblico, privato, misto) e dalla quota di PIL destinata alla sanità, non può prescindere da adeguati investimenti per migliorare la produzione delle conoscenze, il loro utilizzo da parte dei professionisti e la governance dell'intero processo di *knowledge translation* (KT)⁴. Questo si realizza soprattutto nelle Aziende sanitarie, come "processo dinamico e continuo che comprende la sintesi, la disseminazione, lo scambio e l'applicazione delle conoscenze al fine di migliorare la salute, fornire servizi, prestazioni e interventi sanitari più efficaci e appropriati e contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario"⁵.

Un modello efficace di KT deve prevedere innanzitutto un adeguato processo di generazione, sintesi e "distillazione" delle evidenze, sino a ottenere per gli utilizzatori finali (professionisti sanitari, decisori e pazienti) prodotti fruibili e utili quali linee guida, health-technology assessment (HTA) report, strumenti di supporto decisionale per i pazienti (*patient decision aids*). Successivamente, ciascuna Azienda sanitaria è chiamata ad attivare il "ciclo delle azioni"⁶:

- definire le priorità clinico-assistenziali organizzative
- identificare le evidenze da implementare, generalmente sotto forma di linee guida o HTA reports
- adattare le evidenze al contesto locale in percorsi assistenziali che tengano conto degli ostacoli strutturali, tecnologici, organizzativi e professionali
- identificare barriere e fattori facilitanti all'utilizzo delle evidenze
- pianificare e monitorare una strategia multifattoriale per implementare e sostenere il cambiamento

- monitorare l'impatto delle evidenze sui processi (appropriatezza) e sugli esiti assistenziali (efficacia).

Di conseguenza, piuttosto che affidarsi con ragionevole insuccesso alle capacità di aggiornamento continuo dei singoli professionisti⁷, il management delle Aziende sanitarie, attraverso processi di innovazione e adeguati investimenti, deve governare l'intero processo di KT che prevede l'utilizzo sinergico di vari strumenti di clinical governance: EBM, linee guida e percorsi assistenziali, audit clinico, indicatori di performance, gestione del rischio, HTA, formazione e sviluppo professionale continui, coinvolgimento di cittadini e pazienti, ricerca e sviluppo, staff management, etc. La rilevanza di tali strumenti⁸, oggi richiamati in vari articoli del Patto per la Salute 2014-2016 e dal "Regolamento sugli standard qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", è ulteriormente confermata dalla logica interpretazione di alcune affermazioni contenute nel Patto stesso. Infatti, se⁹:

- i "risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole Regioni per finalità sanitarie"
- le performance delle Aziende Sanitarie, in termini di erogazione dei LEA e di equilibrio finanziario, contribuiscono al risultato complessivo della propria Regione
- la legge di Stabilità ha confermato che "il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali da parte dei direttori generali costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del SSN e comporta la loro decadenza automatica in caso di inadempimento"

Citazione. Cartabellotta A. Senza Aziende sanitarie non c'è futuro per il SSN, ma serve un approccio di sistema alla Clinical Governance. Evidence 2014;6(12): e1000097.

Pubblicato 12 dicembre 2014

Copyright. 2014 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti di interesse. AC è il Presidente della Fondazione GIMBE, organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nell'articolo.

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

Le Aziende Sanitarie per il futuro del SSN: competenze manageriali e professionali per una Sanità ad *high value*. Bologna, 21-22 novembre

Direttori generali, sanitari e amministrativi rappresentativi di 30 Aziende sanitarie hanno partecipato alla Convention nazionale, organizzata dalla Fondazione GIMBE in partnership con la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO). Nella sessione inaugurale Nino Cartabello, presidente della Fondazione GIMBE, ha ribadito che la sostenibilità del SSN è strettamente legata al processo di disinvestimento e riallocazione, che non può fare a meno degli strumenti della clinical governance per favorire il trasferimento delle migliori evidenze all'assistenza sanitaria, riducendo asimmetrie informative, diseguaglianze e sprechi conseguenti al sovra- e sotto-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie. Francesco Ripa di Meana, presidente della FIASO, ripercorrendo la storia dell'aziendalizzazione, ha quantificato la "perdita di valore" conseguente al processo di sterilizzazione/abolizione delle Aziende sanitarie e identificato il fenotipo dell'Azienda sanitaria del futuro: una organizzazione "liquida", caratterizzata da nuovi rapporti con l'esterno, nuovi assetti organizzativi, nuove responsabilità e forte enfasi sulla trasversalità. Due sessioni interattive hanno permesso di sondare le opinioni dei partecipanti su tematiche di estrema attualità. Massimo Annicchiarico (Azienda USL Bologna) e Angelo Tanese (ASL Roma E) hanno discusso degli strumenti necessari per garantire equità distributiva e allocativa di servizi e prestazioni sanitarie, illustrato le innovazioni organizzative che legano sostenibilità e governo clinico e affrontato il delicato tema della fusione delle Aziende sanitarie. Fausto Nicolini (Azienda USL Reggio Emilia) e Francesco Longo (SDA Bocconi), hanno approfondito rilevanti aspetti di gestione del capitale umano delle organizzazioni sanitarie, la misurazione e rendicontazione delle performance e le strategie per aumentare efficienza e produttività, mantenendo la qualità dei servizi.

Il report integrale dell'evento è disponibile a:
www.gimbe.org/DG2014

è inevitabile per le Regioni avviare e mantenere un virtuoso processo di disinvestimento (da sprechi e inefficienze) e riallocazione (in servizi essenziali e innovazioni), responsabilizzando e coinvolgendo attivamente le Aziende sanitarie e queste, a cascata, tutti i professionisti. In questo processo di disinvestimento e riallocazione si affermano come indiscussi protagonisti tutti gli strumenti della clinical governance, perché per garantire la sostenibilità del SSN il denaro pubblico oggi può solo finanziare servizi, prestazioni e interventi sanitari efficaci, appropriati e dall'*high value*.

Questo è stato il tema portante della Convention "Le Aziende Sanitarie per il futuro del SSN: competenze manageriali e professionali per una Sanità ad *high value*"

(box) dove, dalla survey anonima (appendice) è emerso un notevole consenso sulle tematiche affrontate.

- Oltre il 90% ritiene che le ASL possono essere "produttori" di welfare, sia definendo un'autonoma politica di azione sul territorio (36%), sia su mandato regionale e di politica socio-sanitaria integrata con i comuni (57%).
- Secondo l'86% gli strumenti della clinical governance costituiscono, anche se non da soli, l'ancora di salvezza per garantire l'universalismo del SSN.
- Se il 43% ritiene che le fusioni di Aziende sanitarie servano solo alla politica per dimostrare capacità di riforma, per il 31% incrementano la governance delle reti di offerta, mentre per il 21% indeboliscono la capacità di risposta del sistema, meglio garantita da Aziende più piccole.
- Il 73% pensa che la holding regionale sia l'unica strada per la sopravvivenza dell'autonomia aziendale, mentre il rimanente 27% teme che costituisca la premessa alla perdita di autonomia.
- Per il 90% il sistema di finanziamento può favorire l'integrazione delle Aziende sanitarie, in particolare vincendo la remunerazione delle Aziende ospedaliere a obiettivi di esito.
- L'80% concorda che l'elemento che condiziona maggiormente l'attuazione delle innovazioni organizzative è la capacità della direzione aziendale di guidare e orientare il cambiamento, rispetto all'attitudine/disponibilità dei professionisti al cambiamento (13%) e alla presenza di linee di indirizzo regionali (7%).
- Il 97% ritiene che la concentrazione delle prestazioni ad elevata complessità, secondo le modalità definite dal regolamento sugli standard ospedalieri, è una riorganizzazione necessaria per mantenere la qualità dei servizi.
- La totalità dei partecipanti riconosce che i percorsi assistenziali permettono di conciliare garanzia, sostenibilità, appropriatezza e medicina centrata sul paziente.
- L'ospedale di comunità per il 26% è economicamente vantaggioso solo se gestito interamente dalle cure primarie; per il 19% è l'unica possibilità per riconvertire strutture esistenti; per il 33% è indispensabile per attuare il *chronic care model*; mentre per il 22% è un modello organizzativo inapplicabile.
- Nell'attuale quadro economico e contrattuale, le leve di gestione del personale più efficaci sono la valorizzazione professionale (56%) e il riconoscimento esplicito non economico (30%). Rimangono al palo avanzamenti di carriera e riconoscimenti economici (entrambi al 7%), verosimilmente per la non fattibilità.
- L'integrazione tra le diverse professioni sanitarie è ostacolata in maggior misura dalla resistenza al cambiamento (66%), quindi da conoscenze e skills (21%) e dalle normative vigenti (10%).
- Oltre il 60% ritiene che gli standard di competenze professionali per valutare conoscenze, skills e attitudini dei professionisti sanitari devono essere definiti dalle istitu-

zioni centrali o regionali, in particolare attraverso i requisiti di accreditamento regionali (43%); per il 21% il compito deve essere affidato a società scientifiche/Ordini e Collegi Professionali; mentre il 20% lo ritiene superfluo anche per il rischio di una eccessiva burocratizzazione.

- Tutti ritengono che nel budget debbano essere integrati indicatori di qualità tecnico-professionale, in particolare di appropriatezza (64%).
- Grande disponibilità alla trasparenza, considerato che oltre il 90% ritiene che le performance professionali e dei team devono essere rese pubbliche: 46% anche all'esterno dell'Azienda, 31% solo all'interno dell'Azienda e 15% solo all'interno del team.
- Secondo l'81% la compatibilità tra appropriatezza e produttività è un obiettivo realistico in tutte le Aziende sanitarie; per coniugare produttività e appropriatezza nettamente preferiti gli strumenti di governo clinico (58%) rispetto al *lean management* (7%).
- L'efficacia del processo di disinvestimento e riallocazione sarà condizionato in prevalenza da direttive regionali (20%), strategie manageriali (44%) e adeguato coinvolgimento e responsabilizzazione dei professionisti (36%).

BIBLIOGRAFIA

1. Muir Gray JA. Evidence-based Health Care. How to make Health Policy and Management Decisions, Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
2. Muir Gray JA. Evidence-Based Health Care and Public Health: How to Make Decisions About Health Services and Public Health. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2014.
3. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academies Press, 2001.
4. Straus SE, Tetroe JM, Graham ID. Knowledge translation is the use of knowledge in health care decision making. *J Clin Epidemiol* 2011;64:6-10.
5. Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Knowledge Translation. About Knowledge Translation. Disponibile a: www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html. Ultimo accesso: 12 dicembre 2014.
6. Straus SE, Tetroe J, Graham ID. Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice. London: BMJ Books, 2013.
7. Glasziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. *ACP J Club*. 2005 Mar-Apr;142(2):A8-10.
8. Cartabellotta A. Con il nuovo Patto per la salute rinasce la Clinical Governance? *Il Sole 24 Ore Sanità* 2014;5 agosto-15 settembre 2014: 16-7
9. Cartabellotta A. Quell'instabile equilibrio del Patto per la salute. *Il Sole 24 Ore Sanità* 2014;28 ottobre-3 novembre 2014:9.

Appendice. I risultati della survey

A. VERSO UN NUOVO UNIVERSALISMO: GLI STRUMENTI PER GARANTIRE EQUITÀ DISTRIBUTIVA E ALLOCATIVA

A1. Quali criteri dovrebbero utilizzare le Aziende sanitarie per garantire equità distributiva e allocativa?

Rigorosa analisi dei bisogni	25%
Profili di salute della popolazione	11%
Appropriatezza sia per la dimensione orizzontale (tra eguali) che verticale (tra diversi)	64%

A2. Le Aziende Sanitarie Locali possono essere “produttori di welfare”?

No, perché sono essenzialmente erogatori di servizi	7%
Sì, definendo un'autonoma politica di azione sul territorio	36%
Sì, solo su mandato regionale e di politica socio-sanitaria integrata con i Comuni	57%

A3. Gli strumenti della clinical governance sono l'ancora di salvezza per l'universalismo del SSN?

Sì	7%
Sì, ma con minore rilevanza rispetto ad altri strumenti di governo	7%
Sì, ma non da soli	86%
No	0%

B. NUOVI CONFINI TRA LE AZIENDE SANITARIE: INTEGRAZIONI, COMBINAZIONI, FUSIONI

B1. Gli accorpamenti e le fusioni tra Aziende Sanitarie:

Incrementano la governance delle reti di offerta	36%
Indeboliscono la capacità di risposta, meglio garantita da aziende più piccole	21%
Servono solo alla politica per dimostrare capacità di riforma	43%

B2. A tuo avviso, qual è la “dimensione” massima di una ASL per garantirne un adeguato governo?

< 1.500.000 abitanti	6%
< 1.500.000 abitanti solo in presenza di una Azienda Ospedaliera nel territorio	26%
Due province	0%
< 10.000 dipendenti	10%
Nessuna delle precedenti	58%

B3. Holding regionale e Aziende Sanitarie: quale salvaguardia per l'autonomia aziendale?

L'unica strada per la sopravvivenza dell'autonomia aziendale	73%
La premessa alla perdita di autonomia aziendale	27%

B4. Il sistema di finanziamento può favorire l'integrazione delle Aziende sanitarie?

Sì, sempre	23%
Sì, se la quota capitaria include tutte le funzioni, comprese quelle hub	13%
Sì, se viene "sterilizzata" la mobilità intraregionale	7%
Sì, se la remunerazione delle Aziende ospedaliere é vincolata a obiettivi di esito	47%
No	10%

Appendice. I risultati della survey

C. INNOVAZIONI ORGANIZZATIVE: ULTIMA OPPORTUNITÀ PER LEGARE SOSTENIBILITÀ E GOVERNO CLINICO

C1. L'elemento che condiziona maggiormente l'attuazione delle innovazioni organizzative è:

La capacità della direzione aziendale di guidare e orientare il cambiamento	80%
L'attitudine e la disponibilità dei professionisti al cambiamento	13%
La presenza di linee di indirizzo regionale	7%

C2. La concentrazione delle prestazioni ad elevata complessità, secondo le modalità definite dal regolamento sugli standard ospedalieri:

È una riorganizzazione necessaria per mantenere la qualità dei servizi	97%
È un approccio "contabile" irrealistico	0%
Non potrà essere applicata a causa della resistenza dei clinici	0%
Rischia di limitare l'accessibilità ai servizi	3%

C3. L'organizzazione dell'assistenza attraverso i PDTA:

È solo una moda	0%
Permette di conciliare garanzia, sostenibilità, appropriatezza e medicina centrata sul paziente	97%
Serve principalmente a contenere i costi	3%

C4. Il modello dell'ospedale di comunità:

È economicamente vantaggioso solo se gestito interamente dalle cure primarie	26%
È l'unica possibilità per riconvertire strutture esistenti	19%
È indispensabile per attuare il Chronic Care Model	33%
È inapplicabile nella nostra realtà	22%

C5. Gli ospedali organizzati per piattaforme produttive comuni garantiscono maggiore efficienza:

Sì, solo se di grandi dimensioni	59%
Sì, solo per le attività chirurgiche	23%
Sì, solo per i servizi ad elevata automazione	18%
No	0%

Appendice. I risultati della survey

D. COME GESTIRE IL CAPITALE UMANO IN UN CONTESTO MULTIPROFESSIONALE

D1. Nell'attuale quadro economico e contrattuale quale leva di gestione del personale ritieni più efficace?

Carriera	7%
Riconoscimento economico	7%
Riconoscimento esplicito non economico	30%
Valorizzazione professionale	56%
Altro	0%

D2. Quali azioni per contenere l'impatto negativo del blocco del turn-over?

Revisione modello di offerta	53%
Concentrazione delle attività ad alto costo e più radicale trasferimento delle attività ad alta diffusione nell'ambito dell'assistenza primaria	32%
Esternalizzazione delle attività	4%
Razionamento dell'offerta	11%

D3. Quale tra i seguenti fattori ostacola maggiormente l'integrazione tra le diverse professioni sanitarie?

Conoscenze e skills	21%
Normative	10%
Resistenza al cambiamento	66%
Altro	3%

D4. A chi spetta definire gli standard di competenza professionale per valutare conoscenze, skills e attitudini dei professionisti sanitari?

Stato	18%
Regioni (requisiti di accreditamento)	43%
Società scientifiche	14%
Ordini e Collegi professionali	7%
Non deve essere fatta per rischio burocratizzazione	18%

Appendice. I risultati della survey

E. ACCOUNTABILITY E PERFORMANCE MANAGEMENT: COSA MISURARE E COME RENDICONTARE

E1. Quali indicatori di qualità tecnico-professionale è indispensabile integrare nel processo di budget?

Sicurezza	0%
Efficacia	14%
Appropriatezza	65%
Prevalenza epidemiologica reclutata e stabilizzata	21%

E2. Le performance professionali e dei team, sia ospedalieri che territoriali, devono essere rese pubbliche?

Sì, anche all'esterno dell'Azienda	46%
Sì, solo all'interno dell'Azienda	31%
Sì, solo all'interno del team	15%
No	8%

E3. Quali responsabilità nel perseguimento degli obiettivi di budget?

Individuale	19%
Equipe	26%
Filiera disciplinare	7%
1+2+3	48%

F. VALUE FOR MONEY: AUMENTARE EFFICIENZA E PRODUTTIVITÀ, MANTENENDO LA QUALITÀ DEI SERVIZI

F1. La compatibilità tra appropriatezza e produttività è un obiettivo realistico?

Sì, in tutte le aziende sanitarie	80%
Sì, solo nelle aziende finanziate a quota capitaria	12%
No	8%

F2. Quali strumenti per coniugare produttività e appropriatezza?

Ridurre l'offerta	4%
Migliorare l'appropriatezza con gli strumenti del governo clinico	57%
Lean management	8%
Specificare meglio setting assistenziale per stadio di malattia	31%

F4. Quale tra i seguenti fattori condiziona in maggior misura l'efficacia del processo di disinvestimento e riallocazione?

Direttive regionali	20%
Strategie manageriali	44%
Adeguate coinvolgimento e responsabilizzazione dei professionisti	36%
Altro	0%