

# Clinical governance tra passato e futuro

Elio Borgonovi, Giovanni Migliore\*

*Il tema della clinical governance è diventato centrale nel dibattito a partire dal nuovo decennio del nuovo secolo. Infatti, nel primo decennio di introduzione del servizio sanitario l'attenzione e gli interventi legislativi si sono concentrati sull'integrazione funzionale dei servizi e sulla politica di tutela della salute affidata agli enti locali. In presenza di circa 650 USL il sistema è apparso da subito estremamente frammentato e ha mostrato i limiti della presenza al vertice di un organo politico, il comitato di gestione espresso dall'assemblea dei Comuni. Di conseguenza, nel secondo decennio avviato con lo scioglimento dei comitati di gestione, l'introduzione di amministratori straordinari a partire dal 1991 e, in seguito, con l'istituzione delle aziende sanitarie con i D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993, il dibattito, la legislazione e le sperimentazioni si sono spostati sui modelli organizzativi e sul funzionamento secondo i criteri di efficacia, efficienza, economicità.*

*Anche se sarebbe superfluo ricordarlo in un editoriale di Mecosan, va ripetuto, a beneficio di coloro che ancora oggi danno una errata interpretazione del modello aziendale, che esso va inteso come insieme delle conoscenze utili e necessarie per gestire risorse limitate rispetto alle finalità. La logica aziendale non significa affatto far prevalere la ricerca del profitto (nel privato) o del pareggio di bilancio (nel pubblico), ma significa stabilire una gerarchia tra fini e mezzo. Il fine delle "aziende" del SSN è quello di "recupero, mantenimento, promozione del benessere fisico, psichico-sociale, relazionale e spirituale (in senso laico e religioso)", mentre lo strumento è rappresentato dall'organizzazione di fattori produttivi limitati secondo criteri e conoscenze che consentono di ottenere maggiori risultati a parità di risorse o di ottenere gli stessi risultati con un impiego più ridotto di persone. L'equilibrio economico deve essere considerato una condizione per mantenere l'autonomia decisionale e gestionale, perché tutte le istituzioni pubbliche o private che non riescono a mantenere l'equilibrio economico nel medio e lungo periodo perdono la loro autonomia e indipendenza in quanto devono ricorrere all'intervento di soggetti esterni, quali Regione o Stato (nel caso delle aziende pubbliche) oppure finanziatori esterni (nel caso di aziende private). Si ricorda che l'economicità è compatibile con squilibri di bilancio di breve periodo (disavanzi o perdite di esercizio) purché nel medio e lungo periodo l'equilibrio venga recuperato.*

*Peraltro, va riconosciuto che, nella seconda metà degli anni Novanta del secolo scorso e nei primi anni del nuovo secolo, vi sia stata una confusione nell'interpretazione del vincolo di bilancio e, in un certo numero di casi, un'interpretazione del ruolo del direttore generale in senso gerarchico, incompatibile con la natura professionale delle aziende di tutela della salute; invece di chiarire a medici, infermieri e altri professionisti che il perseguimento dell'equilibrio economico è condizione per mantenere l'autonomia e l'indipendenza delle decisioni e di coinvolgerli nella ricerca di soluzioni innovative per migliorare il rapporto risultati di salute-limitatezza delle risorse, un certo numero di direttori generali ha preferito trasferire vincoli del finanziamento in vincoli per le unità organizzative e per i professionisti. Lo stesso strumento del budget, che nella sua natura deve essere il risultato di un processo di "negoziazione", tra chi ha la responsabilità di rispondere ai bisogni di salute e chi ha la responsabilità di mantenere un equilibrio generale dell'azienda, è non di rado diventato uno strumento tramite cui le direzioni generali hanno imposto obiettivi e vincoli ai responsabili dei livelli organizzativi inferiori. Queste carenze nello stile di direzione e l'oggettiva*

\* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

Giovanni Migliore, Presidente FIASO.

divaricazione tra domanda (bisogni di salute cui il progresso della scienza consentiva di dare risposte soddisfacenti) e risorse (crescenti vincoli della finanza pubblica) hanno alimentato il disagio dei professionisti. All'inizio del nuovo secolo vi sono state due risposte a questa situazione: sul piano istituzionale l'approvazione della legge n. 3/2001, che ha aumentato l'autonomia delle Regioni, e sul piano funzionale la richiesta di ridare centralità al ruolo dei professionisti. Con riguardo alla seconda tendenza, oggetto di questo numero di Mecosan, si possono sottolineare tre filoni di pensiero. Il primo ha riguardato l'allargamento delle conoscenze di medici, infermieri e altri professionisti che occupavano posizioni organizzative di vario livello. Un filone che è stato alla base della legislazione nazionale e regionale che tuttora prevede per i direttori di struttura complessa l'acquisizione di conoscenze organizzative, gestionali, in generale manageriali tramite la partecipazione a corsi regionali. È il filone che può essere qualificato come la formazione di figure del medico-manager.

La seconda linea di pensiero riguarda la clinical governance intesa come esigenza di maggiore coinvolgimento di medici (e in varie sperimentazioni di altre figure professionali) negli organi decisionali. Si fa riferimento alla valorizzazione del ruolo del consiglio dei sanitari, all'allargamento dei comitati di direzione a rappresentanti dei professionisti, alla costituzione di appositi organi decisionali per decidere su temi specifici quali investimenti in strutture di diagnosi e cura, prevenzione di rischi sanitari.

Una terza linea di riflessione può essere definita come l'insieme degli strumenti idonei a orientare i comportamenti di professionisti verso il miglioramento dei risultati di salute. Nel primo caso si può parlare di "governance dei medici" (e più in generale dei professionisti), condivisa con le direzioni generali/strategiche, nel secondo caso è più corretto parlare di "governance per facilitare/responsabilizzare i professionisti". Questo secondo approccio è inevitabilmente più complesso perché deve essere articolato in più strumenti tra loro coerenti che devono avere le seguenti finalità:

- privilegiare nei sistemi di valutazione i risultati invece di porre l'accento sulle risorse;
- aumentare il peso di indicatori di output, e ancor meglio di outcome di salute rispetto a indicatori di prestazioni, produttività, efficienza;
- stimolare e incentivare i professionisti a migliorare i processi assistenziali quali, per esempio, controllo dei rischi, innovazione dell'approccio al paziente, lavoro interdisciplinare;
- introdurre sistemi organizzativi idonei ad aumentare il valore in termini di salute per il paziente e anche per i professionisti, quali, per esempio, sistemi logistici che consentono di ridurre i tempi non dedicati ai pazienti, semplificazioni delle procedure amministrative, modalità di acquisto di beni e servizi e attrezzature coerenti con i modelli assistenziali.

L'efficacia della clinical governance nella duplice prospettiva sopra indicata (partecipazione agli organi decisionali e orientamento dei comportamenti) dipende da molteplici fattori, il primo riguarda interventi sulla logica decisionale in quanto i professionisti tendono a privilegiare il criterio di "ottimalità" rispetto alle conoscenze esistenti. I professionisti fanno riferimento a "Gold Standard" per le diagnosi e le cure, alle linee guida di società scientifiche o di organismi internazionali, PDTA e altri strumenti. È difficile convincere il professionista che spesso la realtà è caratterizzata da condizioni che non consentono di perseguire le soluzioni ottimali e che è necessario uno spostamento sulla logica della "fattibilità".

La seconda condizione di efficacia può essere ricondotta al principio di unitarietà della gestione. È difficile convincere il professionista, che persegue l'ottimo per i propri pazienti, ad accettare soluzioni considerate sub-ottimali perché l'azienda deve rispondere a bisogni di tanti altri pazienti. In termini logici, e anche matematici, l'ottimo di un sistema complesso non è dato dalla "somma degli ottimi parziali", ma va perseguito con difficili processi di aggiustamento. Si può dire che la clinical governance consiste nella ricerca di un equilibrio tra le esigenze di diversi gruppi di pazienti che fanno riferimento a un'unità organizzativa o a diverse unità organizzative dell'azienda.

Una terza condizione di efficacia della clinical governance consiste nel coinvolgimento dei professionisti nell'elaborazione e nella condivisione di una visione e di una strategia di lungo periodo, accompagnata da continui processi di

reciproco adattamento alle condizioni di fattibilità. Se non esiste una visione o una strategia riferita alla finalità di miglioramento dei risultati di salute, le decisioni e i processi di adattamento alle condizioni reali diventano puro confronto di interessi particolari (per esempio, influenza anche mediatica di alcuni gruppi di pazienti, obiettivi e interessi di singoli professionisti o gruppi influenti di essi, pressioni di venditori di tecnologie, farmaci ecc.). In presenza di una visione o di una strategia condivisa è più facile ottenere dai professionisti l'accettazione di soluzioni sub-ottimali per sé e per i propri pazienti nel breve periodo.

Una quarta condizione di efficacia riguarda gli aspetti qualitativi. Gli output e gli outcome di salute devono tenere conto anche della percezione e delle valutazioni dei pazienti e nell'ambito professionale si è affermata la logica secondo cui "il tempo di ascolto e delle relazioni è tempo di cura". Ciò implica che gli strumenti della clinical governance devono interiorizzare anche questi elementi di cui è appena il caso di sottolineare le difficoltà. Spesso è difficile definire il confine tra dimensione soggettiva che caratterizza il passaggio dalla semplice cura alla "presa in carico del paziente", che vale per i processi di diagnosi e cura e a maggior ragione per i casi di cronicità, disabilità e fragilità. La clinical governance significa il passaggio da sistemi di valutazione basati su input, produttività dei processi, indicatori quantitativi e funzionali, a indicatori di output che includono anche aspetti qualitativi e, soprattutto, indicatori di outcome. Per distinguere l'adattamento positivo alle condizioni soggettive dei pazienti, dalla discrezionalità non controllata da parte dei professionisti, è necessario definire sistemi di misurazione degli output e degli outcome più sofisticati rispetto a quelli attuali, basati principalmente sul principio di standardizzazione.

La quinta condizione di efficacia riguarda i sistemi di motivazione e incentivazione dei professionisti. I comportamenti dei professionisti, come quelli di tutte le persone, sono influenzati da valori individuali ma anche da incentivi. La cultura di management che si è sviluppata nel XX secolo con riferimento principalmente alle imprese che operano sul mercato con obiettivi di tipo economico ha privilegiato gli incentivi di carattere economico, quali per esempio premi di produttività, progressioni di carriera ed economiche legate al merito, bonus di vario tipo. Incentivi espliciti di carattere economico sono presenti anche nelle aziende di tutela della salute pubblica, ma sono indubbiamente di dimensioni assai più ridotte rispetto a quelle delle analoghe aziende private di tutela della salute. Quindi, la clinical governance si qualifica anche per il contributo positivo a tenere elevata la motivazione intrinseca dei professionisti. Il coinvolgimento, la condivisione delle scelte, la delega di autonomia professionale sono elementi che rispondono al bisogno di professionisti che hanno un elevato contenuto vocazionale e/o di valori. Più che per molte altre professioni, la scelta di diventare medico, infermiere o tecnico di salute è influenzata dal desiderio di contribuire al benessere di altre persone. Clinical governance significa anche dare spazio e alimentare questa dimensione e non penalizzarla con regole, procedure, vincoli che sono percepiti come ostacoli al perseguimento del fine.

Nei casi di clinical governance presentati in questo numero, l'analisi dei diversi strumenti e delle diverse esperienze mette in evidenza che la clinical governance nella sua accezione più ampia si basa su quattro pilastri: riduzione del rischio per il paziente e per gli operatori, qualità dell'assistenza, responsabilizzazione, trasparenza. Essi costituiscono il perimetro dei comportamenti virtuosi che si intendono promuovere per generare il più elevato beneficio/valore per i pazienti. Un perimetro che è destinato a cambiare radicalmente con l'avvento delle nuove tecnologie. Oltre a riflettere sulle esperienze considerate buone pratiche di clinical governance, oggi occorre porsi una domanda di fondo: quale impatto avranno sulla clinical governance tecnologie quali robotica per la clinica e l'assistenza, sistemi di intelligenze artificiali che già oggi in molti campi hanno un'efficacia diagnostica e prognostica superiore a quella del migliore clinico o della migliore équipe multidisciplinare. In effetti si tratta non di semplici tecnologie, ma di tecnologie che determinano una discontinuità nella relazione persona-macchina. Discontinuità che agisce in tre direzioni: sostitutiva nei confronti di attività oggi svolte da professionisti, aumentativa delle loro capacità e collaborativa nel senso che i sistemi di intelligenza artificiale e di machine learning devono essere allenati e migliorati da input che vengono dalle persone. Oggi esiste un forte dibattito e confronto su due possibili prospettive del futuro, quella secondo cui le tecnologie generate dall'uomo potranno diventare autosufficienti, ossia capaci di autosvilupparsi e autocorreggersi; quella secondo cui i sistemi di intelligenza artificiale anche più avanzati potranno sostituire la dimensione razionale della conoscenza ma non riusciranno mai a sostituire l'intelligenza emotiva, l'intuito, la creatività, l'empatia e le attitudini relazionali della

## ● PUNTO DI VISTA

*persona umana. Per mettere in evidenza la differenza tra queste due prospettive uno degli autori di questo editoriale presenta una sua recente esperienza. Un giovane medico specializzato in psichiatria figlio di amici di famiglia, svolgendo l'attività diagnostica in un ambulatorio ospedaliero, si è trovato di fronte a una paziente che mostrava il suo malessere psichico nella forma di incomunicabilità. Si era chiusa in se stessa e non parlava con nessuno. Di fronte alla madre che cercava di chiarirgli la situazione in cui si è trovata la famiglia, il medico si è ricordato che, mentre passava nella sala di attesa, aveva notato che la ragazza stava disegnando qualcosa su un foglio. Chiese alla ragazza "Disegnami come ti senti" e immediatamente la ragazza ha incominciato a fare un disegno e, su continui stimoli del medico, ha continuato a disegnare il proprio stato d'animo e poi progressivamente si è sbloccata e ha iniziato anche a parlare. Riuscirà mai un sistema di intelligenza artificiale ad avere questo intuito? Lasciando al lettore la scelta rispetto al dilemma del rapporto professionista della salute-tecnologie di intelligenza artificiale, si può certamente dire che dovranno cambiare gli stili di direzione e gli approcci di clinical governance nelle aziende di tutela della salute.*