

La clinical governance nella ASL02 di Lanciano Vasto Chieti

Antonio D'Andreamatteo, Maria Bernadette Di Sciascio, Thomas Schael*

Un sistema sanitario più responsabile, efficace ed efficiente richiede la collaborazione fattiva di tutti i professionisti coinvolti, in una visione e approccio operativo che privilegi la centralità del paziente. La clinical governance, come framework, ma soprattutto nella sua implementazione, va intesa come un processo continuo che orienti il cambiamento del sistema verso condizioni che realizzino effettivamente la possibilità di eccellere nelle cure e nel servizio ai pazienti.

Il caso evidenzia come alcune delle politiche e iniziative di clinical governance siano ormai consolidate nella comunità di riferimento, altre, invece, sono state aggiunte recentemente ma stanno già contribuendo a cambiarne cultura e modalità operative. La composizione allargata del Collegio di Direzione, le iniziative quali quelle del Quality and Safety Day e lo sviluppo di un network di referenti aziendali per la qualità e il rischio clinico sono tra le pratiche più efficaci che stanno

incrementano le modalità di coinvolgimento dei clinici nella gestione dell'azienda sanitaria, realizzando la necessaria integrazione tra aspetti clinici, manageriali e di leadership.

Parole chiave: clinical governance, ASL02 Lanciano Vasto Chieti.

Clinical governance in ASL02 of Lanciano Vasto Chieti

A more accountable, effective and efficient healthcare system requires the active collaboration of all the professionals involved in a vision and operational approach that privileges the centrality of the patient. Clinical governance, as a framework, but especially in its implementation, should be understood as a continuous process that directs the change of the system towards conditions that effectively realise the possibility of excellence in patient care and service.

The case highlights how some of the clinical governance policies and initiatives are now well established in the community of reference; others, on the other hand, have been added recently but are already contributing to change its culture and operations. The enlarged composition of the Board of Management, initiatives such as those of the Quality and Safety Day and the development of a network of corporate qual-

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti
3. Gli attori della clinical governance
4. Gli strumenti e le linee di azione di clinical governance nella ASL02
5. Conclusioni

* Antonio D'Andreamatteo, Dipartimento di Economia Aziendale, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti Pescara.

Maria Bernadette Di Sciascio, Direttore UOC Qualità, accreditamento e risk management, ASL02 Lanciano Vasto Chieti.

Thomas Schael, Direttore Generale.

ity and clinical risk referents are among the most effective practices that are increasing how clinicians are involved in the management of the local health authority, achieving the necessary integration between clinical, managerial and leadership aspects.

Keywords: clinical governance, ASL02 Lanciano Vasto Chieti.

Articolo sottomesso: 19/03/2023,
accettato: 14/04/2023

1. Introduzione

La soddisfazione dei bisogni dei pazienti richiede acconci strumenti di governance che consentano la composizione degli sforzi di tutti gli attori coinvolti, in modo tale da offrire qualità e sicurezza delle cure. Anche nel contesto italiano, caratterizzato dall'applicazione dei principi e degli strumenti aziendali (Borgonovi, 2004), la clinical governance (Department of Health, 1998; Fontana, 2005), si è progressivamente diffusa come schema concettuale e *modus operandi* che consentano di contemperare gli ambiziosi obiettivi di responsabilità dei clinici, qualità e sicurezza delle cure e miglioramento degli esiti delle stesse (Braithwaite & Travaglia, 2008). Tale framework, inoltre, è stato ritenuto efficace quale possibilità di soluzione alle necessità di integrazione dei servizi sanitari e per il superamento di alcune criticità passate nell'implementazione delle riforme sanitarie, anche se esso stesso è necessario, per la sua faticosa implementazione di adeguate condizioni (Mercurio & Adinolfi, 2005): assistenza intesa come approccio integrato e multidisciplinare; responsabilizzazione degli operatori

attraverso la valutazione secondo principi professionalmente accettati; realizzazione di sistemi informativi che integrino gli aspetti clinici, economici e organizzativo-gestionali; identificazione di un ruolo integratore nel network assistenziale.

Date queste premesse, la clinical governance non può essere certamente intesa come un "punto discreto" di cambiamento radicale tra un prima nel quale l'attività non porrebbe realmente al centro il paziente e un dopo nel quale le modalità di intervento clinico-assistenziale sono configurate secondo i nuovi canoni, attraverso i quali si armonizzano le esigenze di autonomia professionale dei clinici con un forte orientamento alla responsabilizzazione (Borgonovi & Zangrandi, 2005). Piuttosto la clinical governance, nella sua implementazione, va intesa come un processo continuo che orienti il cambiamento del sistema verso condizioni che realizzino effettivamente la possibilità di eccellere (Department of Health, 1998) nelle cure e nel servizio ai pazienti.

Il caso indagato, l'Azienda Sanitaria Locale di Lanciano Vasto Chieti, si inserisce in tale prospettiva, per le complessità derivanti dalle peculiarità organizzative e gestionali derivanti dalla contemporanea presenza della comunità accademica, dal contesto provinciale in cui l'azienda opera, e in quanto il sistema regionale affronta ancora i vincoli (e le opportunità) derivanti dal Piano di Rientro, procedura avviata in Abruzzo nel 2007. I risultati dell'analisi, dopo una breve introduzione delle caratteristiche dell'azienda, sono organizzati nella descrizione del ruolo degli attori (strutture) coinvolti nei processi di clinical governance, e quindi degli strumenti utilizzati.

2. L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti

L'Azienda Sanitaria Locale Lanciano Vasto Chieti (ASL02) è l'azienda a più alto grado di complessità del Sistema Sanitario della Regione Abruzzo, la più grande delle quattro ASL provinciali per popolazione (373.717 abitanti, dati Istat al 1° gennaio 2022) il cui territorio corrisponde con quello della provincia di Chieti e comprende 104 comuni. L'azienda è suddivisa in n. 3 aree distrettuali, gestisce n. 5 presidi ospedalieri (DEA di II livello di Chieti funzionale con Pescara, DEA di I livello di Lanciano e Vasto, Ospedale di Base di Ortona e Ospedale di area disagiata di Atesa) con oltre 1.000 posti letto e n. 3 Presidi Territoriali di Assistenza (Casoli, Gissi, Guardiagrele). È attualmente pianificata l'attivazione di 15 Case della Comunità nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (DGR n. 263 del 24/05/2022). L'Azienda ha un bilancio annuale di €/mln 850 e 4.500 dipendenti e 700 convenzionati.

La complessità gestionale deriva anche dalle caratteristiche orografiche della Provincia servita, nella quale i cittadini delle aree interne hanno una limitata accessibilità ai servizi essenziali (DGR n. 290 del 14 aprile 2015): i comuni montani sono 62. Per questo, negli ultimi anni il management si è impegnato in una più efficace valutazione dei bisogni dei soggetti fragili ivi residenti e nella loro soddisfazione, anche con l'ausilio di tecnologie che consentano l'assistenza a domicilio. Un'area di particolare attenzione è quella del Sangro, già individuata dalla Regione Abruzzo come area prototipo nell'ambito della Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), sulla quale

insiste un'Unione Montana di 33 comuni, con una forte necessità di organizzazione e gestione di attività di integrazione socio-sanitaria.

La ASL è organizzata nei Dipartimenti medico, chirurgico, cardiologico, emergenza e urgenza, materno-infantile, salute mentale, servizi, prevenzione, tecnico, amministrativo e delle professioni sanitarie aziendali (Deliberazione n. 322 del 14/03/2018). Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale, attualmente in numero di 15, collaborano con la stessa e a supporto delle unità operative (UU.OO.) con la finalità di favorire il miglioramento continuo dei processi di prevenzione, clinico-assistenziali e tecnico-amministrativi e facilitare i processi decisionali.

L'Azienda Sanitaria Lanciano Vasto Chieti è inoltre convenzionata con l'Università G. d'Annunzio di Chieti-Pescara nel rispetto delle rispettive autonomie e delle specifiche finalità istituzionali. Le due istituzioni si impegnano a uniformare i propri rapporti al principio di leale collaborazione nel perseguire un modello di relazioni basato sul principio della integrazione tra attività assistenziali, didattico-formative e di ricerca.

Ciascuna nell'ambito delle proprie competenze, si impegna a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, nonché il costante miglioramento della qualità dell'attività di assistenza, didattica e ricerca, la qualità e appropriatezza delle attività assistenziali, la promozione dell'innovazione organizzativa e tecnologica della ASL e, quindi, del Servizio Sanitario Regionale, il potenziamento della ricerca biomedica, traslazionale e clinica, nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività e della funzione formativa e di ricerca.

3. Gli attori della clinical governance

Le attività di clinical governance sono responsabilità comune dell'intera comunità aziendale, sia dell'alta direzione e del *middle management*, ma anche dei singoli professionisti della salute, dei tecnici e amministrativi. Tra essi le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione e della UOC "Qualità, accreditamento e risk management" sono di particolare interesse nel caso analizzato.

3.1. Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è organo dell'azienda ai sensi del D.Lgs. n. 502/1992 e concorre con gli altri organi al governo delle attività cliniche. In aderenza alla norma, il Collegio di Direzione è composto in modo da rappresentare le figure professionali coinvolte nell'attività aziendale.

Alle riunioni del Collegio di Direzione partecipano oltre che i componenti titolari (Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttori di Dipartimento, un Direttore medico di presidio ospedaliero, i direttori di area distrettuale, il direttore del Servizio Aziendale Professioni Sanitarie, un Dirigente dell'area Servizi Professionali Tecnici Amministrativi – art. 10, Atto Aziendale ASL02) anche altri professionisti.

Il Collegio assume solitamente una configurazione di tipo "allargata" prevedendo il coinvolgimento di altri componenti che, seppure non titolari, sono invitati stabilmente a partecipare alle riunioni quali i Direttori delle unità operative tecniche e amministrative, delle unità in staff alla direzione e il Preside della Scuola di Medicina dell'Università G. d'Annunzio di

Chieti e Pescara, in funzione della rilevante quota di personale universitario che, in forza della convenzione, esercita attività clinica nella ASL.

Per alcuni temi, estremamente rilevanti per l'intera comunità aziendale, il Collegio in composizione allargata si riunisce con la presenza di ulteriori professionisti "non titolari".

Per la discussione e approvazione definitiva del "Piano industriale aziendale per la riduzione delle Liste d'Attesa e recupero Mobilità Passiva 2023-2025", per esempio, la Direzione aziendale ha invitato, in occasione di uno degli incontri del collegio, i direttori e/o responsabili di specifici servizi clinici (clinica oftalmologica, anestesia e terapia intensiva, ostetricia e ginecologia, radioterapia oncologica) e di supporto (patologia clinica, farmacia territoriale, servizio trasfusionale e CRS) determinando una composizione allargata per lo specifico tema di complessivi 41 componenti, rispetto ai 12 titolari.

L'iniziativa di una composizione allargata rispetto a quella prevista da atto aziendale si è configurata durante la pandemia da Covid-19, quale necessità operativa per fronteggiare l'emergenza in atto, ma poi è diventata un *modus operandi* stabile, per favorire una maggiore circolazione di idee e facilitare il cambiamento organizzativo oltre che la resilienza di strutture e persone.

3.2. La UOC "Qualità, accreditamento e risk management"

In questo network la UOC "Qualità, accreditamento e risk management" ha la funzione di promuovere e coordinare le attività volte a garantire il miglioramento continuo della qualità dei servizi aziendali e assistenziali. Le

aree prioritarie di intervento del Servizio sono le aree della qualità organizzativa, della qualità tecnico-professionale, della qualità percepita e della sicurezza del paziente. Il servizio sostiene le unità operative nello sviluppo di progetti aziendali sul miglioramento della qualità avendo come riferimento le indicazioni ministeriali/regionali in tema di accreditamento, rischio clinico e governo clinico e le norme internazionali ISO. L'unità operativa si pone come interlocutore "fisiologico" e proattivo della Direzione per lo sviluppo delle relazioni con Uffici, funzioni e gruppi di lavoro attivati dalla Regione/Azienda sui suddetti argomenti d'interesse. L'attività del servizio viene supportata dalle fonti e dai flussi informativi già consolidati a livello aziendale (sistema informativo ospedaliero, controllo di gestione ecc.), nonché dallo sviluppo del sistema informativo aziendale.

La Direzione della UOC ritenendo indispensabile il contributo di ciascuna unità presente nel proprio organico, ai fini della costruzione e del mantenimento del proprio sistema di gestione e per il raggiungimento degli obiettivi, ha definito le competenze operative e i requisiti minimi di ciascun professionista definendo le responsabilità e gli orientamenti necessari: a) visione organizzativa basata sul miglioramento continuo; b) approccio multidisciplinare e interdisciplinare; c) confronto continuo e non autoreferenzialità delle parti interessate e coinvolte nelle attività; d) disponibilità all'innovazione; e) mentalità non ispettiva e di controllo, ma di servizio, di collaborazione e sostegno.

La Direzione della UOC ha voluto caratterizzare in modo multiprofessionio-

nale e multidisciplinare l'assetto dell'Unità operativa, caratteristica da sempre ritenuta come punto di forza su cui fare leva per garantire la mission aziendale. L'organigramma nel corso del tempo ha di conseguenza subito una evoluzione e rimodulazione frutto della volontà da parte della direzione stessa che le attività vengano svolte nel modo corretto, grazie a competenze personali commisurate al livello di responsabilità e ai compiti assegnati a ciascuno. Attualmente l'organico è costituito da 3 medici, 1 ingegnere biomedico, 1 biologo e 2 infermieri. Al fine di integrare le molteplici componenti che agiscono nel sistema, la UOC Qualità, accreditamento e risk management coordina la rete dei Referenti Qualità e Rischio Clinico delle varie articolazioni organizzative aziendali (Presidi Ospedalieri, UU.OO., Distretti Sanitari e strutture aziendali eroganti prestazioni sanitarie) che hanno il compito di diffondere la cultura del rischio e della qualità all'interno delle proprie strutture di afferenza. Alla prevenzione e gestione del rischio si provvede mediante l'implementazione di veri e propri modelli organizzativi improntati ai principi aziendali di risk management e con il concorso di ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione ed erogazione dei servizi, con l'obiettivo di creare una rete di "follower" che non può prescindere dall'alta direzione, dalle istituzioni, dalle associazioni dei pazienti e dal paziente stesso.

Al fine di rafforzare la rete dei referenti, la UOC predispone annualmente degli incontri formativi dedicati su ogni sede aziendale, occasione di crescita e soprattutto di incontro per confrontarsi costantemente sul livello di qualità e sicurezza delle prestazioni

sanitarie, di mettere in luce eventuali criticità riscontrate dagli operatori nella propria quotidianità e di rimanere in continuo aggiornamento sullo stato dei lavori, sia a livello progettuale sia attuativo. Diversi i lavori portati avanti nel corso del tempo che hanno riguardato principalmente attività di verifica della corretta applicazione delle principali procedure e che hanno determinato per esempio la realizzazione, in concerto con i referenti, di una check-list per l'autoverifica del processo di gestione farmaci.

Tali incontri sono stati inoltre occasione per approfondire alcuni degli obiettivi assegnati dalla UOC qualità e rischio clinico e inseriti nelle schede di budget delle unità operative cliniche come, per esempio, quello sulla prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza avente come indicatore la "predisposizione di un report di monitoraggio dei bundle" e che ha quindi portato i referenti a effettuare una analisi documentale/osservazionale sulle cartelle cliniche utilizzando apposita check-list e a redarre un report analitico con eventuale ulteriore piano di miglioramento.

4. Gli strumenti e le linee di azione di clinical governance nella ASL02

La clinical governance richiede, per la sua implementazione, una molteplicità di politiche e pratiche che concorrono a sviluppare un'attitudine positiva verso la qualità e la sicurezza, un effettivo sistema di management e il focus sul paziente (Braithwaite & Travaglia, 2008). Di seguito le linee di azione sviluppate dalla ASL02 ai fini di attuare un processo virtuoso di miglioramento continuo.

4.1. Clinical Risk Management

La sicurezza dei pazienti (Ministero della Salute, 2007) è, nell'ambito della clinical governance, un obiettivo imprescindibile, oltre a rappresentare specifico obiettivo assegnato dall'Assessorato Regionale della Salute alle Aziende Sanitarie nell'ambito dei Piani Attuativi Interaziendali.

La ASL Lanciano Vasto Chieti ha scelto un sistema di gestione integrato rischio clinico/governo clinico/gestione qualità, ritenuto strategico per l'azienda per il raggiungimento di obiettivi quali la qualità e la sicurezza delle cure. La gestione del rischio clinico, inteso come processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali, riveste un ruolo decisivo nell'ambito del governo clinico, e significativo sia per la sicurezza dei cittadini sia per la corretta erogazione dei servizi sanitari di qualità. La ASL Lanciano Vasto Chieti già da diversi anni ha implementato, nel quadro del sistema qualità aziendale, misure per il monitoraggio, l'analisi e la gestione del rischio clinico.

A partire dall'anno 2011, è stato introdotto in Azienda un sistema di *incident reporting* attraverso il quale gli operatori, anche in forma anonima e confidenziale, segnalano gli eventi avversi e i near miss. Accanto al sistema di *incident reporting*, l'azienda ha attivato, in ragione di quanto previsto dal Ministero della Salute, il programma per la segnalazione degli eventi sentinella (SIMES) attivo dal 2011. I due sistemi sopra citati, *incident reporting* e segnalazione degli eventi sentinella, come tutti i sistemi di segnalazione che hanno una base prevalentemente volontaria, risento-

no del livello di collaborazione e della sensibilità degli operatori sui temi della sicurezza.

Più dettagliatamente, l'*incident reporting* è una modalità di raccolta strutturata delle segnalazioni che gli operatori sanitari fanno, in maniera anonima e volontaria, degli eventi indesiderati e dei near miss. Questo strumento è uno dei sistemi che ha permesso alla UOC Qualità, accreditamento e risk management di raccogliere nel tempo dati ed eseguire analisi su una serie di eventi avversi e near miss per la programmazione di strategie volte a creare un ambiente più sicuro.

Per rendere effettivamente efficace ed efficiente il sistema è stato necessario lavorare nel tempo a contatto con gli operatori sanitari al fine di, attraverso la realizzazione sistematica di eventi formativi, sensibilizzarli sempre di più sulle tematiche del rischio clinico e sull'importanza della segnalazione. L'obiettivo è stato quello di produrre una "cultura aziendale" connotata da senso di appartenenza e orientata al miglioramento continuo, per modificare i comportamenti individuali e collettivi verso livelli di maggiore responsabilizzazione e condizionare in modo significativo il grado di rischiosità aziendale.

Va sottolineato come il modo di programmare ed effettuare eventi formativi sia cambiato negli anni, passando da una formazione solo frontale e teorica all'applicazione di metodologie didattiche che vanno dalle esercitazioni in gruppo, all'utilizzo di filmati, case study, role playing fino alla realizzazione di corsi ad alta simulazione. Sono stati introdotti inoltre, a seconda delle esigenze aziendali e a seguito della pandemia da Covid-19 che ha comportato un elevato turnover di

personale, nuovi corsi dedicati al personale neoassunto.

4.2. Percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e qualità

La ASL Lanciano Vasto Chieti aveva, già nel Piano strategico 2011-2013, identificato nella propria mission, tra i principi fondamentali e i valori fondanti che avrebbero guidato la scelta degli obiettivi di crescita e sviluppo, la centralità del paziente, l'approccio professionale multidisciplinare, la trasparenza come garanzia della circolazione delle informazioni di tutti i processi sia clinico-assistenziali sia organizzativo-gestionali, l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie.

Da questi valori si è partiti per elaborare delle strategie specifiche:

- l'impegno nella realizzazione di una rete integrata di servizi sanitari e socio-assistenziali, in grado di fornire risposte adeguate ai bisogni di salute e di qualità della vita;
- il ricorso a modelli di erogazione dei servizi basati sulla specializzazione e sull'eccellenza professionale e organizzativa e, ancor più, orientati all'umanizzazione e alla presa in carico dell'utente, che è costantemente al centro delle nostre attenzioni;
- la promozione dello sviluppo delle competenze e la valorizzazione di tutti gli operatori, coniugando la ricerca scientifica con la sperimentazione di modelli clinico-assistenziali e organizzativi innovativi, connotati da una forte integrazione ospedale-territorio.

In ambito oncologico dunque è stata creata una vera e propria "rete integrata di servizi": il concetto di rete presuppone un processo di condivisione a livello aziendale di protocolli, pro-

cedure e metodi che devono sfociare in una reale integrazione fra i vari livelli aziendali (territorio, ospedale, prevenzione). Nello specifico si è passati all'identificazione di una rete oncologica, che per natura deve offrire servizi di alta specializzazione ospedalizzando il paziente per il minor tempo possibile.

L'obiettivo è stato quello di creare un percorso assistenziale, un modello basato sulla presa in carico del paziente attraverso una sequenza di atti clinici e assistenziali fondato su metodi e protocolli condivisi a livello aziendale e non sulla dotazione di mezzi e professionalità di una particolare struttura.

Il primo percorso assistenziale a essere stato realizzato è stato quello senologico nato dall'esigenza di garantire la maggiore attenzione possibile in termini di diagnosi e offrire un trattamento adeguato e omogeneo su tutto il territorio della ASL. La definizione del percorso clinico ha consentito di riprogettare l'approccio diagnostico-terapeutico al problema di salute secondo le più recenti evidenze scientifiche e fornite da più settori disciplinari in un'ottica di miglioramento continuo.

In seguito alla costituzione della ASL02 Abruzzo Lanciano Vasto Chieti si è venuta a creare una realtà più complessa con maggiori possibilità organizzative, dovuta alla presenza sul territorio di ben sei ospedali dotati di diagnostica clinica, quattro ambulatori oncologici e una radioterapia che ha portato alla realizzazione del Centro Senologico Specialistico della ASL02 Abruzzo (Breast Centre Aziendale), a oggi certificato secondo le Linee Guida EUSOMA.

L'attivazione del GICO (Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche) del carcinoma della mammella costi-

tuisce il fulcro della riprogettazione organizzativa, è elemento di eccellenza e modello di riferimento per il futuro sviluppo del trattamento delle patologie oncologiche di elevata complessità. Durante il GICO vengono stabilite le terapie più adeguate per le pazienti con diagnosi di tumore, le quali, dopo intervento chirurgico, possono essere avviate alle varie oncologie del territorio. Questo schema organizzativo è la base essenziale per il riconoscimento EUSOMA ma soprattutto per poter offrire una sempre migliore risposta alle esigenze della nostra utenza. Il percorso di certificazione, avviato nel 2014, ha necessitato dell'applicazione di una metodologia basata sul processo di miglioramento continuo (PDCA o ciclo di Deming), ovvero basata sull'identificazione dei problemi, grazie a un'analisi puntuale dei dati, e dunque la definizione di possibili azione correttive, l'attuazione del progetto di miglioramento, mediante applicazione delle azioni correttive e quindi verifica dei risultati delle azioni intraprese e infine standardizzazione delle soluzioni trovate. Si tratta di un processo dinamico, utilizzato per perseguire il miglioramento continuo, attraverso la continua ricerca di nuove soluzioni per rendere il processo o il sistema sempre migliore e più efficiente.

4.3. Quality and Safety Day

Sempre rispetto a questo tema è l'iniziativa avviata nell'anno 2014 del Quality and Safety Day, una giornata completamente dedicata alla qualità e sicurezza delle cure con l'obiettivo di diffondere le buone pratiche implementate a livello aziendale e mostrare ai professionisti sanitari, alle istituzioni e agli utenti esterni il lavoro e i risultati rag-

giunti dalla ASL per prevenire gli eventi avversi e promuovere un ambiente più sicuro. L'incontro, che è diventato un appuntamento annuale, diventa quindi occasione per condividere esperienze e progetti che hanno avuto un grande impatto organizzativo o rilevanza scientifica e che contribuiscono a produrre, come effetto corollario, un rafforzamento del senso di appartenenza da parte delle unità operative e del personale all'azienda stessa.

Delle tante best practice che rispondono alla call di inizio anno, vengono selezionati per essere presentati al pubblico i progetti che si sono distinti per avere contribuito ad aumentare la qualità dell'offerta sanitaria e che hanno previsto l'individuazione e attuazione di strategie concrete per la riduzione del rischio di errore. Tra essi vengono poi individuati i progetti con maggiore rilevanza strategica, innovatività ed efficacia, ai quali vengono conferiti riconoscimenti per l'impegno profuso e i risultati raggiunti. Nella giornata vengono coinvolte anche le associazioni di volontariato che compongono una giuria apposita con l'assegnazione di un "premio speciale giuria delle associazioni".

Diversi i temi alla base dei progetti presentati nel corso degli anni, dal controllo delle infezioni ospedaliere, allo sviluppo di una rete Hospice-Cure Palliative che ha ideato attività innovative per una risposta integrata ai pazienti e ai loro familiari, allo screening prenatale della sindrome di Down mediante test sierologici non invasivi. Di particolare impatto, per esempio, è stato il progetto presentato al quality 2019 che ha previsto l'implementazione di un percorso di cure odontoiatriche in sedazione cosciente o anestesia generale per il trattamento di pazienti non

collaboranti e con disabilità grave, implementato presso il Presidio Ospedaliero di Lanciano con l'obiettivo di incrementare il numero di disabili non collaboranti trattati e migliorare la qualità e il grado di soddisfazione e benessere di pazienti e caregiver, evitando così la mobilità verso strutture extraregionali. Grazie a questo progetto, i pazienti trattati in sala operatoria dalla UO di Odontostomatologia in collaborazione con l'UO di Anestesia e Rianimazione e che presentano gravi disabilità, grave deficit della collaborazione, affetti da disturbo dello spettro autistico, sindromi genetiche rare, sindrome di Down, Alzheimer e altre malattie rare che comportano comunque una scarsa o spesso assente collaborazione, di età compresa tra i 3 e gli 89 anni, sono passati da 28 nel 2018 a 92 nel 2022, comportando un aumento della mobilità attiva dalle altre province abruzzesi e dalle regioni del Centro Italia e un numero totale di circa 25.000 trattamenti. Altri progetti hanno visto i propri risultati pubblicati su riviste scientifiche internazionali come quello riguardante l'implementazione di nuove tecniche per il calcolo della risposta al trattamento radioterapico o il progetto inerente la valutazione della percezione da parte del paziente della qualità del trattamento al fine di migliorare le procedure cliniche attraverso implementazione di azioni correttive.

4.4. Il Piano industriale aziendale e il processo di budget

4.4.1. Il Piano industriale aziendale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero mobilità passiva

Uno degli ultimi documenti di tipo programmatico adottati dalla ASL02 Lanciano Vasto Chieti è il Piano indu-

striale aziendale per la riduzione delle liste di attesa e recupero mobilità passiva che comprende, per gli anni 2023 e 2024, le misure per il contenimento delle liste d'attesa per le attività ambulatoriali, nonché per le prestazioni di ricovero per interventi chirurgici in elezione. Il programma prevede inoltre azioni per le prestazioni di specialistica ambulatoriale per il potenziamento della Medicina Territoriale, secondo le indicazioni del PNRR. Per la stesura del documento è stato individuato un gruppo di lavoro composto da Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo, dalla UOC Programmazione e controllo di gestione, dalla UOC Governo Liste di attesa e dei servizi di prenotazione, dalla UOC Investimenti, patrimonio e manutenzione, dalla UOC Ingegneria clinica, dalla UOC Qualità, accreditamento e risk management. Il piano è stato oggetto di discussione alla commissione consultiva paritetica ASL02 Lanciano Vasto Chieti/Università "G. d'Annunzio" nonché al Collegio di Direzione in composizione allargata. Le modalità di lavoro poste in essere dall'attuale Direzione Strategica e che prevedono un pieno coinvolgimento degli organi istituzionali aziendali e delle Strutture Complesse e di Staff che compongono l'organizzazione aziendale, sono state attuate al fine di rendere più efficace, efficiente e trasparente l'attività sanitaria attraverso la condivisione degli obiettivi e delle scelte di indirizzo strategico e la declinazione delle stesse nell'ambito dell'organizzazione. Quanto sopra anche al fine di garantire la massima diffusione a tutti i livelli organizzativi e gestionali delle decisioni assunte dalla Direzione Strategica, rappresentare le istanze, le problematiche e le

proposte provenienti dai diversi ambiti aziendali.

4.5. Il processo di budget

Il processo di budget prevede l'assegnazione da parte della direzione aziendale di obiettivi la cui composizione è per circa 2/3 di natura clinica, compresi obiettivi di qualità e rischio clinico e governo delle liste d'attesa, mentre 1/3 sono obiettivi di tipo economico. In linea generale l'attenzione è quella di rendere coerente il processo di budget con le linee strategiche individuate nei documenti di programmazione strategica e nel piano industriale. Uno degli obiettivi assegnati durante l'ultimo processo di budget costituisce, per esempio, il ribaltamento di uno degli indirizzi strategici dell'Agenzia Sanitaria Regionale e che prevede la *Redazione e attuazione del PAGS (Piano Aziendale Gestione del sovrappollamento)* mediante partecipazione da parte delle unità operative coinvolte alla redazione di tale piano. Altri obiettivi assegnati hanno un respiro più orientato alla qualità e prevenzione del rischio clinico e hanno riguardato, per esempio, il miglioramento della gestione dei casi clinici in area critica neonatale o la prevenzione della ritenzione di corpo estraneo.

L'assegnazione degli obiettivi prevede la programmazione da parte della Direzione di specifici incontri per Dipartimento, con la partecipazione delle UU.OO. coinvolte, nel corso dei quali è stato illustrato il processo di budget e la composizione degli obiettivi e degli indicatori. La novità recente è stata lo sforzo di favorire un approccio trasversale ai vari Dipartimenti. Un esempio è l'incontro tenutosi con le unità operative chirurgiche

(afferenti al Dipartimento chirurgico) e le anestesie e rianimazioni (appartenti al Dipartimento di Emergenza e Urgenza) affinché venissero valutate delle soluzioni condivise per il raggiungimento del budget relativamente all'applicazione del piano industriale. Sono stati dunque condivisi obiettivi volti a migliorare i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti e al potenziamento delle principali linee di produzione (ortopedia, cuore, urologia ecc.) mediante ottimizzazione delle liste di attesa degli interventi chirurgici e promuovendo il principio di efficienza del processo organizzativo. Uno degli obiettivi assegnati alle anestesie e rianimazioni riguarda, per esempio, l'utilizzo efficiente degli slot di sala operatoria con relativa analisi del numero di interventi eseguiti rispetto a quelli programmati.

Il Dipartimento cardiologico è stato invece coinvolto in concerto con le aree distrettuali per lo sviluppo di progetti di telemedicina di responsabilità anche territoriale (obiettivo: *Migliorare la gestione del paziente cardiologico mediante lo sviluppo di sistemi di telemedicina*): la riorganizzazione territoriale, infatti, prevede l'implementazione di modelli di telemedicina, aspetto altresì incluso nel Piano industriale e nel processo di budget delle unità operative ospedaliere e territoriali. È stato quindi chiesto lo sviluppo di una progettualità che integrasse funzionalmente i setting di assistenza ospedaliere e territoriali, rafforzando quindi la collaborazione tra setting storicamente poco inclini a collaborare.

5. Conclusioni

Il caso analizzato conferma come la clinical governance consenta alle aziende sanitarie di sviluppare un

approccio sistemico capace di integrare qualità dell'assistenza, sicurezza e coinvolgimento dei pazienti e attenzione all'uso efficiente delle risorse, in un ambiente che favorisca "l'eccellenza nella pratica clinica" (Department of Health, 1998). In sintesi, la clinical governance offre alle aziende sanitarie la possibilità di contribuire alla realizzazione di un sistema sanitario più responsabile, efficace ed efficiente.

Le specificità del caso analizzato hanno messo in evidenza come l'implementazione di pratiche e iniziative di clinical governance sia lo sforzo congiunto dell'insieme dei professionisti. In una logica bottom-up è necessaria l'iniziativa di coloro che sono quotidianamente coinvolti nei processi assistenziali, come per esempio dimostra la partecipazione alle iniziative del Quality and Safety Day, il cui valore è collegato proprio all'implementazione pratica delle idee progettuali, i cui risultati sono poi sostenuti nel tempo e hanno tanta più rilevanza quanto maggiore è l'approccio multidisciplinare che li caratterizza (per esempio, l'iniziativa rivolta ai disabili non collaboranti per migliorare la qualità e il grado di soddisfazione e benessere di pazienti e caregiver). Il valore aggiunto dell'evento è legato anche alla capacità di coinvolgere le associazioni del territorio, segnale di un'apertura della ASL al coinvolgimento dei pazienti e di altri stakeholder. Ulteriore esempio è l'iniziativa volontariamente intrapresa dal centro senologico della ASL di avviarsi nel percorso di certificazione EUSOMA, segnale di un *humus* favorevole a sviluppare iniziative di eccellenza. Attualmente la certificazione è confermata per il terzo triennio consecutivo e annovera tra i punti di forza l'approccio multidiscipli-

plinare e integrato tra una molteplicità di servizi clinici, assistenziali e di supporto. In una logica top-down è innegabile l'importanza del commitment dell'alta direzione (Braithwaite & Travaglia, 2008) e l'esistenza di strutture facilitatrici delle politiche, pratiche e iniziative di clinical governance, come l'UOC "Qualità, accreditamento e risk management". La prima è stata fondamentale, per esempio, nel supportare il ruolo del Collegio di Direzione quale organismo di coinvolgimento sistematico dei professionisti (Prenestini, 2008), come dovrebbe essere nello spirito della norma: la composizione allargata del Collegio consente proprio di facilitare la condivisione delle conoscenze per deliberazioni più concertate e contestualizzate alle reali criticità da affrontare o opportunità da cogliere. Dall'analisi del caso è emerso poi come, per obiettivi strategici come quelli della riduzione delle liste d'attesa e il recupero della mobilità passiva, il ruolo della direzione strategica sia stato decisivo nel riuscire a coinvolgere trasversalmente nella formulazione del piano tutte le competenze aziendali. La UOC "Qualità, accreditamento e risk management" ha proprio nella sua missione costitutiva il ruolo di coordinamento delle iniziative di clinical governance, che declina, in particolare, coordinando le attività di clinical risk management, e con iniziative quali quella del Quality and Safety Day, supportando altresì le UU.OO. che si avviano su percorsi di certificazione, come quella EUSOMA. La stessa riveste un ruolo determinante, inoltre, nel rafforzamento di una comunità di referenti impegnati nelle UU.OO. nelle diverse attività di assicurazione di qualità e prevenzione dei rischi. Altra caratteristica

di rilievo è lo sforzo congiunto della UOC e della direzione aziendale nella declinazione di obiettivi di budget la cui composizione privilegia la dimensione clinica, comprese quelle di qualità e rischio clinico.

Il caso evidenzia come alcune delle politiche e iniziative di clinical governance siano ormai consolidate nella comunità di riferimento, altre, invece, sono state aggiunte recentemente ma stanno già contribuendo a cambiarne cultura e modalità operative. La sfida, nel tempo, è quella della sostenibilità di tali iniziative e la loro declinazione in ambiti strategici quali quello, per esempio, dell'integrazione ospedale-territorio, il cui miglioramento è ormai inequivocabilmente legato a un concreto raggiungimento di obiettivi di responsabilità, efficacia ed efficienza. È necessario garantire ai professionisti sanitari che saranno i protagonisti di questo cambiamento la formazione necessaria per l'implementazione effettiva di nuovi modelli organizzativi e assistenziali.

Normativa e documenti aziendali

- Deliberazione del Direttore Generale n. 2460 del 30/11/2011 – Atto Aziendale.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 322 del 14/03/2018 – Presa d'atto del parere di conformità della Giunta Regionale (Atto Aziendale).
- Deliberazione del Direttore Generale n. 14739 del 2023 – Piano industriale aziendale per la riduzione delle Liste d'Attesa e recupero Mobilità Passiva 2023-2025.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 269/2022 – Regolamento di Budget.
- DGR n. 290 del 14 aprile 2015 – Aree Interne – Modalità di attuazio-

ne strategia nazionale nella programmazione Regione Abruzzo. Individuazione delle Aree Interne da inserire nei programmi dei Fondi comunitari e individuazione Area prototipo.

- DGR n. 263 del 24/05/2022 – Presa

d'atto del Piano Operativo (PNRR Missione 6 salute).

- LR Abruzzo 24/12/1996 e ss.mm.ii. (Norme in materia di programmazione, contabilità, gestione e controllo delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale).

BIBLIOGRAFIA

Borgonovi E. (2004). Aziendalizzazione e governo clinico. *Mecosan*, 49: 2-6.

Borgonovi E., & Zangrandi A. (2005). Un contributo dei direttori delle aziende sanitarie pubbliche: I sistemi di Clinical Governance. *Mecosan*, 54: 5-9.

Braithwaite J., & Travaglia J.F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*, 32(1): 10-22. DOI: 10.1071/ah080010.

Department of Health, D. of. (1998). *A first class service: Quality in the new NHS*. Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications/a-first-class-service-quality-in-the-new-nhs>.

Fontana F. (2005). *Clinical governance: Una pro-*

spettiva organizzativa e gestionale (Vol. 23). Milano: FrancoAngeli.

Mercurio R., & Adinolfi P. (2005). La clinical governance, possibile soluzione ai fabbisogni di integrazione nelle aziende sanitarie. *Mecosan*, 53: 67-80.

Ministero della Salute (2007). *Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari*. -- http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf.

Prentestini A. (2008). Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: Il ruolo del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari. In: *Rapporto OASI 2008*, 301-306. Milano: Egea. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/2423032>.