

Principi e strumenti di clinical governance nel settore sanitario. Il caso dell'AORN San Giuseppe Moscati di Avellino

Fabio Amatucci, Danila Faillace*

Nel corso degli ultimi anni si è affermata nel settore sanitario una crescente attenzione al miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e mantenimento di elevati standard assistenziali. Tale approccio, che viene identificato con le politiche di clinical governance, si basa sull'individuazione delle migliori condizioni affinché personale e operatori sanitari possano fornire risposte efficaci ai bisogni di salute dei pazienti, tutelando il contenuto umanizzante delle relazioni con questi ultimi. Gli strumenti che contraddistinguono questo approccio possono essere ricondotti ai seguenti: clinical risk management; valutazione degli indicatori di performance; progettazione e implementazione di corsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'evidence-based medicine; audit clinico; creazione e implementazione di percorsi assistenziali; ricerca e sviluppo comprensiva di adozione di sistemi informativi e tecnologie abilitanti; utilizzo

dell'Health Technology Assessment; formazione continua.

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati" ha adottato da alcuni anni una cultura profondamente orientata alla clinical governance, adottando in modo compiuto e puntuale gli strumenti a essa riconducibili.

Parole chiave: Health Technology Assessment, gestione del rischio clinico, medicina basata sulle evidenze.

Principles and tools of clinical governance in the healthcare sector. The case of AORN San Giuseppe Moscati of Avellino

In last few years, there has been a growing attention in the health sector to the continuous improvement of the quality of services and the achievement and maintenance of high standards of care. This approach, which is identified with clinical governance policies, is based on identifying the best conditions for personnel and healthcare professionals to provide effective responses to patients' health needs, protecting the humanizing content of relationships with the latter. The tools that distinguish this approach can be

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati"
3. Le strategie sanitarie della Direzione aziendale. Principi di clinical governance
4. La struttura organizzativa per lo sviluppo della clinical governance
5. Gli strumenti di clinical governance più significativi

* Fabio Amatucci, DEMM Università del Sannio e CER-GAS Sda Bocconi.

Danila Faillace, AORN San Giuseppe Moscati di Avellino.

traced back to the following: clinical risk management; evaluation of performance indicators; design and implementation of diagnostic therapeutic assistance courses based on evidence-based medicine; clinical audit; creation and implementation of care pathways; research and development including the adoption of information systems and enabling technologies; use of the Health Technology Assessment; continuous training.

The San Giuseppe Moscati Hospital of National Importance and High Specialty has for some years adopted a culture deeply oriented towards clinical governance, adopting the tools attributable to it in a complete and timely manner.

Keywords: Health Technology Assessment, clinical risk management, evidence-based medicine.

Articolo sottomesso: 30/06/2023,
accettato: 30/07/2023

1. Introduzione

Nel corso degli ultimi anni si è affermata nel settore sanitario una crescente attenzione al miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento e mantenimento di elevati standard assistenziali. Già dall'inizio degli anni Duemila, il concetto di governo clinico è stato introdotto nei Paesi anglosassoni stimolando idee e riflessioni sul tema della qualità, intesa come la prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comportino il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e con la massima soddisfazione per il paziente, nel rispetto di un consumo di risorse sostenibile. L'attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzato grazie all'integrazione di numerosi strumenti complementari: formazione continua, gestione del rischio, audit clinico, *evidence-based medicine*, linee guida e percorsi assistenziali, valutazione delle tecnologie sanitarie, sistemi informativi per la valutazione degli indicatori di processo e di esito, ricerca e sviluppo, coinvolgimento dei pazienti (Del Vecchio, Lega, Prenestini, Sartirana, 2018). L'approccio della clinical governance si basa sull'individuazione delle migliori condizioni affinché personale e operatori sanitari possano fornire risposte efficaci ai bisogni di salute dei pazienti, tutelando il contenuto umanizzante delle relazioni con questi ultimi. Governo delle aziende significa impiegare al meglio, ossia in modo efficace ed efficiente, le risorse per consentire di erogare una maggiore quantità e una migliore qualità di servizi a parità di risorse o, al contrario, di mantenere gli stessi livelli quali-quantitativi di servizi nei periodi di riduzione delle risorse (Borgonovi, 2004). La **clinical governance** richiede un approccio di sistema, realizzato grazie all'integrazione di numerose metodologie e strumenti complementari, attorno a quattro direttrici (Institute of Medicine (2001):

- l'applicazione della medicina basata sull'evidenza, con la ricerca e la diffusione delle best practice e la redazione e l'utilizzo effettivo di linee guida;
- l'utilizzo approfondito delle potenzialità dell'*information technology* per analizzare le informazioni cliniche a supporto della valutazione della qualità;
- l'allineamento dei sistemi di incentivazione delle aziende e dei professionisti sanitari agli obiettivi e alle strategie di promozione della qualità;

- l'adeguata preparazione dei professionisti, grazie a sistemi chiari di attribuzione delle responsabilità e percorsi formativi che valorizzino la cultura, *Evidence-Based Medicine* (EBM) e le politiche della qualità (Tarricone, Boscolo, Armeni, 2016).

La clinical governance, di fatto, consiste in una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale. I principali strumenti che contraddistinguono un approccio di clinical governance possono essere ricondotti ai seguenti:

- il clinical risk management;
- la valutazione degli indicatori (di struttura, di processo, di esito ecc.);
- la progettazione e l'implementazione di corsi diagnostico-terapeutici assistenziali basati sull'*evidence-based medicine*;
- l'audit clinico;
- la creazione e l'implementazione di percorsi assistenziali;
- la ricerca e lo sviluppo comprensivo di adozione di sistemi informativi e tecnologie abilitanti;
- l'utilizzo dell'Health Technology Assessment (Borsoi, Callea, Marsilio, Amatucci, Tarricone, 2017);
- la formazione continua.

È nel contesto appena delineato che si analizzano le politiche di clinical governance dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino.

2. L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati"

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati" è stata costituita con Decreto del Presidente della Giunta della Regione Campania n. 12257 del 22 dicembre 1994.

È attualmente costituita da due plessi ospedalieri: il primo, inaugurato il 18 dicembre 2010, situato a Contrada Amoretta ad Avellino e denominato "Città Ospedaliera", a cui, per effetto dell'annessione avvenuta con DCA n. 29/2018, si aggiunge l'Ospedale "A. Landolfi", sito nel comune di Solofra (già Presidio Ospedaliero della ASL Avellino). L'Azienda risulta essere polo di attrazione anche per le altre province della Regione, nonché delle Regioni confinanti o limitrofe.

L'AORN Moscati di Avellino viene classificata quale DEA di II livello, che funge da centro Traumi di zona (CTZ), hub nella rete cardiologica, hub nella rete Ictus, spoke per la terapia del dolore, hub I nella rete delle emergenze gastroenteriche, spoke II per la rete emergenza pediatrica. Rientra anche nelle reti nefrologica, oncologica (quale Centro Oncologico di riferimento polispecialistico con funzioni diagnostico-stadiative a maggiore complessità, terapeutiche e di follow-up) e per le malattie rare.

L'AORN risulta inoltre inserita quale hub nelle reti tempo-dipendenti e di specialità; pertanto, sono costituite le unità operative di Recupero e riabilitazione funzionale con posti letto dedicati al post ictus, cardiologia riabilitativa e di Riabilitazione respiratoria, ortopedica e urologica.

Presso il PO Landolfi di Solofra è attivo il Servizio Psichiatrico Ospedaliero di Diagnosi e Cura, in gestione alla ASL Avellino. È, inoltre, inclusa nella rete per la Sanità penitenziaria (4 posti letto).

L'Azienda gestisce le proprie attività sulla base dei dipartimenti, strutture organizzative costituite da una pluralità di articolazioni complesse e semplici, raggruppate in base all'affinità e alla connessione funzionale, al fine di razionalizzare i rapporti tra le stesse in termini di efficienza, efficacia ed economicità.

Gli attuali Dipartimenti strutturali aziendali sono i seguenti:

- 1) Dipartimento Medico;
- 2) Dipartimento Cuore e Vasi;
- 3) Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica;
- 4) Dipartimento Materno Infantile;
- 5) Dipartimento Onco Ematologico;
- 6) Dipartimento di Emergenza;
- 7) Dipartimento Testa Collo;
- 8) Dipartimento dei Servizi Sanitari.

L'organizzazione dipartimentale è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – UOC);

Tab. 1 – Struttura Azienda Ospedaliera Moscati

Dipartimento	PL	UOC	UOS	UOSD	Tot. strutture
1 Medico	193	7	5	5	16
2 Cuore e Vasi	63	3	4	2	9
3 Chirurgico	94	5	0	4	9
4 Materno Infantile	67	4	3	2	9
5 Onco Ematologico	64	4	4	1	9
6 DEA	80	4	1	1	7
7 Testa Collo	69	4	1	4	9
8 Servizi	2	5	5	5	15
Totale complessivo	632	36	23	24	83
SPDC (ASL)	18				
Totale	650				
Direzione sanitaria		5	6		
Totale strutture		41	53	(UOS + UOSD)	

* Al fine di computare i posti letto totali nella misura di 650, vengono evidenziati i posti letto assegnati per il servizio di psichiatria afferente la ASL.

Tab. 2 – Struttura suddivisa per Plessi e Unità Operative

Suddivisione P.L. per Dipartimento e Strutture per Plesso	P.L.	UOC	UOS	UOSD
Avellino	544	32	21	18
Solofra (include Spdc)	106	4	1	7
Totale complessivo*	650	36	22	25

* Nel conteggio sono escluse le UU.OO. in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale di cui alla precedente Tab. 1.

- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Semplici Dipartimentali – UOSD);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub-articolazioni di strutture complesse – UOS).

In Tab. 1 viene riportata la strutturazione per Dipartimento con posti letto e plesso ospedaliero per struttura, secondo le indicazioni regionali.

In Tab. 2 viene riportato il riparto per Plesso e Unità Operative.

Nell'anno 2022, sono stati effettuati 16.590 ricoveri ordinari, 6.222 ricoveri in regime di day hospital e sono state fornite 202.201 prestazioni ambulatoriali.

3. Le strategie sanitarie della Direzione aziendale. Principi di clinical governance

La Direzione Generale dell'Azienda persegue l'obiettivo del miglioramento della qualità assistenziale e organizzativa per garantire che le prestazioni siano caratterizzate non solo da alti livelli di efficacia ed efficienza, ma anche dal gradimento degli utenti.

Tra le scelte strategiche di politica sanitaria che l'Azienda persegue, assumono particolare rilievo i seguenti aspetti:

- la promozione e la diffusione della clinical governance per la qualità e la sicurezza dei pazienti, con una forte attenzione ai costi derivanti dalle scelte tra diverse opzioni assistenziali di pari efficacia;
- la necessità di incoraggiare le buone pratiche e scoraggiare le cattive, in riferimento alle due direttrici definite da:
 - a) incremento dell'efficienza collegata al buon uso dei fattori di produzione dei servizi sanitari (risorse umane, beni e servizi);

- b) efficacia e appropriatezza nella realizzazione dei percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione;
- il miglioramento e la qualificazione del personale dell'Azienda.

In tale ottica, le principali azioni programmatiche che sono state sviluppate riguardano:

- definire i percorsi assistenziali per le principali patologie e situazioni cliniche per il miglioramento degli indicatori della griglia LEA, assicurando prioritariamente la presa in carico dell'assistito durante l'intero percorso assistenziale;
- favorire l'inserimento dei pazienti in programmi di ricerca clinica;
- coordinare le professionalità coinvolte nella prevenzione, diagnosi e terapia;
- garantire equità di accesso alle cure a tutti i cittadini;
- valorizzare le risorse umane per elaborare programmi didattici e formativi rivolti a medici, tecnici, infermieri e altre professioni sanitarie;
- prevedere una significativa accelerazione del processo di dipartimentalizzazione.

Il governo aziendale è esercitato dalla Direzione Strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, avvalendosi del Collegio di Direzione.

La metodologia utilizzata comporta un approccio sistemico, che consente di esaminare i fattori che influenzano la pratica clinica in ogni suo stadio:

- fornendo indicazioni per appropriati interventi e piani di riduzione degli errori;

- facendo leva sulla maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento degli operatori;
- incentivando una migliore comunicazione e relazione fra professionisti, direzione e cittadini.

L'Azienda si è dotata di primi e importanti strumenti per il Governo Clinico, avendo provveduto tra l'altro a definire il ruolo e a individuare il titolare della Gestione del Rischio Clinico.

Pertanto, le politiche aziendali, ai diversi livelli di governo del sistema, perseguono l'obiettivo di assicurare che la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate rappresenti parte integrante delle scelte operate sul piano del governo amministrativo, dell'organizzazione dei servizi e della formazione dei professionisti che vi operano.

4. La struttura organizzativa per lo sviluppo della clinical governance

Le tematiche di clinical governance sono ampiamente discusse attraverso il confronto con figure prioritariamente mediche, attraverso il Collegio di Direzione, che concorre al governo delle attività cliniche, partecipando alla pianificazione delle attività (incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria). Il Collegio di Direzione ha compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, nonché per le attività di formazione.

Esso è così composto:

- il Direttore Generale, che lo presiede;
- il Direttore Sanitario Aziendale;
- il Direttore Amministrativo Aziendale;
- i Direttori di Dipartimento;
- il Direttore Medico di PO;
- il Dirigente responsabile dell'Unità di gestione del rischio clinico/risk management;
- il Responsabile del Servizio prevenzione e protezione.

Il Collegio si riunisce periodicamente e, a seconda delle materie in trattazione, estende la partecipazione alle singole sedute ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate.

Nel periodo pandemico e postpandemico, con il Collegio di Direzione sono state condivise le linee programmatiche e le soluzioni organizzative proposte dalla Direzione Strategica per il superamento delle criticità che la gestione emergenziale ha imposto e fatto emergere. In tal senso, è stato discusso e pianificato un recupero di prestazioni (ricoveri e ambulatoriali), a fronte dei reclutamenti in parte già eseguiti e in parte avviati e in fase di conclusione.

Il coinvolgimento dei clinici viene garantito nei progetti di cambiamento organizzativo e di gestione delle *operations* come, per esempio, negli ultimi tempi vi è stato in relazione all'organizzazione e implementazione delle attività specialistiche ambulatoriali presso il Presidio di Solofra, con la creazione di un poliambulatorio specialistico. In sede di Collegio, è stata discussa l'offerta delle prestazioni erogabili, integrative delle attività svolte presso la sede ospedaliera di C.da Amoretta, facendo una ricognizione sulle risorse tecnologiche e

umane necessarie all'attivazione delle stesse e raccogliendo le proposte di prestazioni indicate dalle singole UU.OO.

Altro importante tema discusso negli ultimi tempi è stato quello relativo alla gestione delle sale operatorie, resosi necessario in virtù della cessazione dello stato di emergenza, stante la disponibilità degli anestesisti non più impegnati in maniera totalizzante con i pazienti Covid.

Sono state, dunque, riprogrammate le attività chirurgiche al fine di incrementare il numero di interventi per ridurre le liste di attesa, soprattutto per i pazienti oncologici.

Nello svolgimento dei suoi compiti, il Collegio di Direzione esprime parere obbligatorio su:

- atto aziendale, per quanto concerne l'organizzazione delle attività cliniche;
- piano aziendale annuale della formazione (nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dai Dipartimenti e dalle categorie di operatori).

Il coinvolgimento di altre figure professionali nella clinical governance avviene anche attraverso il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, che è un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti a essa attinenti. Il Consiglio è presieduto dal Direttore Sanitario.

La rappresentanza è composta da:

- n. 8 dirigenti medici, due dei quali designati tra i medici dipendenti delle Università che, in forza di con-

venzioni, svolgono attività assistenziale presso l'Azienda;

- n. 3 dirigenti sanitari laureati non medici;
- n. 2 unità del personale infermieristico;
- n. 2 unità del personale tecnico-sanitario;
- n. 2 unità del personale proveniente dalle professioni tecnico-riabilitative.

Partecipano agli incontri anche i direttori di Dipartimento, senza diritto di voto. Il Consiglio dei Sanitari esprime pareri obbligatori non vincolanti su:

- atto aziendale;
- provvedimenti in materia tecnico-sanitaria, anche sotto il profilo organizzativo;
- piani di investimenti attinenti le attività tecnico-sanitarie;
- progetti per specifiche attività;
- programmi di acquisto degli impianti e attrezzature;
- deliberazioni riguardanti i regolamenti di organizzazione del personale e piante organiche;
- provvedimenti in materia di istituzione o modifica dei servizi;
- provvedimenti in materia di organizzazione dei servizi e relative attività.

In relazione alle esigenze di clinical governance dell'Azienda, il Consiglio formula proposte per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi sanitari, in funzione del conseguimento di una maggiore funzionalità ed efficienza degli stessi.

Il processo di programmazione aziendale prevede anche la consultazione delle parti interessate, in particolare quelle rappresentative di interessi collettivi come le OO.SS. e le rappresentanze sindacali unitarie dei lavoratori.

5. Gli strumenti di clinical governance più significativi

L'AORN Moscati ha implementato, nel tempo, una serie di strumenti operativi in grado di applicare i diversi principi della clinical governance, di seguito descritti.

Innanzitutto, il processo di budget si inserisce nell'ambito del più ampio modello di pianificazione, programmazione e controllo come strumento operativo per attuare gli indirizzi definiti e per condividere le strategie dell'AORN ed è caratterizzato dai seguenti aspetti:

- coinvolge l'Azienda nella sua interezza;
- ha una logica il più possibile rivolta alla condivisione, pur in presenza di uno scenario caratterizzato dall'identificazione e fissazione di obiettivi a un livello gerarchico superiore centrale;
- definisce obiettivi riferiti a un periodo di tempo breve e specificato (anno).

Attraverso il processo di budgeting, è possibile definire obiettivi di carattere operativo che costituiscono tappe intermedie, da raggiungere nel breve periodo (anno), rispetto ai programmi di azione formulati; tali obiettivi rappresentano la base utilizzata per la valutazione della performance, sia organizzativa sia individuale, in funzione delle responsabilità attribuite.

Gli obiettivi di budget sono condivisi con i Direttori delle Unità Operative Complesse e con i Responsabili delle Unità Operative Semplici Dipartimentali.

Grazie al processo di budget, si procede a una precisa e articolata assegnazione degli obiettivi alle unità produt-

tive e all'allocazione delle risorse disponibili. Le strutture coinvolte sono i Centri di responsabilità corrispondenti alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali dell'area sanitaria (le Strutture Semplici divisionali condividono gli obiettivi della Struttura Complessa di riferimento).

Lo svolgimento del processo di budget consente, tra l'altro, di responsabilizzare e motivare, attraverso la declinazione di programmi e obiettivi attribuiti secondo la struttura delle responsabilità aziendali, l'organizzazione e le sue varie articolazioni, in modo da porre in essere azioni e comportamenti coerenti al raggiungimento degli obiettivi stabiliti e, quindi, alla realizzazione delle strategie e dei programmi aziendali.

Un secondo strumento è rappresentato dalla formazione e sviluppo professionale, per i quali ogni anno la Direzione Generale formula le linee di indirizzo utili alla formulazione della programmazione aziendale, verso cui intende orientare gli investimenti formativi. La formazione e l'aggiornamento professionale sono assunti dall'AORN Moscati di Avellino, come metodo permanente e strumento essenziale per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, per lo sviluppo delle professionalità degli operatori attraverso il costante adeguamento delle competenze, fattori indispensabili per la realizzazione delle finalità istituzionali, e per favorire il consolidarsi di una nuova cultura gestionale improntata al risultato.

La formazione rappresenta il punto di incontro tra il sistema organizzativo e la qualità delle prestazioni erogate e persegue la concreta integrazione tra

gli operatori che hanno la responsabilità della gestione dei processi produttivi. Inoltre, permette di orientare e integrare le singole professionalità su progetti e risultati comuni, in linea con gli obiettivi e gli strumenti di programmazione e gestione propri dell'Azienda.

I programmi realizzati e quelli programmati rispondono all'ottica di disporre di personale non solo costantemente formato e aggiornato sulle conoscenze tecnico-scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, ma anche su conoscenze, competenze e abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale (e quindi, in senso lato, manageriale).

Il Piano Annuale della Formazione è proprio lo strumento di programmazione della formazione e dell'aggiornamento residenziale dell'AORN "San Giuseppe Moscati".

La politica di clinical governance è formalizzata attraverso un terzo strumento, ossia il documento programmatico triennale (Piano della Performance), con cui vengono individuati gli obiettivi strategici e operativi dell'Azienda e con cui vengono precisati gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance. L'ultimo piano è stato adottato con delibera n. 711/2020 e adottato a luglio del 2020, in relazione agli effetti della situazione emergenziale correlata alla diffusione dell'infezione da Covid-19 e successivamente aggiornato in relazione alle esigenze di rimodulazione dell'assistenza sanitaria. Di seguito alcuni dei passaggi più significativi:

"[...] La politica sanitaria che adotta l'Azienda, contestualizzando al suo interno gli strumenti metodologici dell'EBM (evidence-based medicine) e dell'EBHC

(evidence-based health care), si affida alla componente professionale per definire, mantenere e verificare gli standard di qualità clinica, guidati dai principi dell'efficacia, appropriatezza ed economicità degli interventi sanitari [...] Il Governo Clinico è da intendersi quindi come un sistematico processo di coinvolgimento dei professionisti nella responsabilità delle scelte strategiche effettuate ai diversi livelli del sistema sanitario, finalizzato al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dei percorsi assistenziali, dell'organizzazione sanitaria, per garantire, nell'ambito delle risorse definite, il diritto alla salute mediante l'appropriatezza e la sicurezza nell'erogazione delle attività sanitarie, la formazione continua del personale, la valutazione e verifica di operatori, processi ed esiti.

I principi cardine su cui si basa la governance aziendale possono essere così riassunti:

- *perseguire l'appropriatezza delle prestazioni;*
- *garantire la sicurezza delle cure;*
- *controllare la qualità degli interventi e delle prestazioni.*

L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida, ed è pertanto necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi verranno applicati. La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che impatta fortemente sull'outcome della cura. In questa ottica, la qualità rappresenta parte integrante del processo di identificazione degli obiettivi delle singole unità operative, dei meccanismi di definizione dei processi

organizzativi come pure di quelli che presiedono all'allocazione delle risorse. Inoltre, rappresenta un indicatore fondamentale di valutazione dei risultati delle attività.

L'efficacia del governo clinico di un'azienda complessa come l'AORN Moscati di Avellino comporta, in particolare, il monitoraggio di processi ed esiti, utilizzando un adeguato e completo sistema di indicatori, lo sviluppo e l'aggiornamento di procedure organizzative e linee guida professionali, la costante verifica della loro applicazione, l'implementazione di azioni finalizzate al controllo della qualità [...]

La fase emergenziale di cui si è detto e si continuerà nel seguito, ha visto il coinvolgimento anche della Struttura aziendale Rischio Clinico. Tale coinvolgimento è evidente dall'impegno profuso nelle attività aziendali di stesura di linee guide e protocolli atti a garantire la sicurezza degli operatori e dei pazienti in piena fase I emergenziale.

Gli elementi strategici del Governo Clinico sono costituiti da:

- il Dipartimento, come organizzazione operativa;
- i percorsi diagnostico-terapeutici integrati, come strumento e indicatore della qualità e della sicurezza delle cure erogate;
- l'empowerment professionale.

[...] Assicurare all'utenza prestazioni assistenziali sanitarie di ricovero, cura, riabilitazione e diagnostiche secondo principi di economicità, efficacia, efficienza ed equità rappresenta la mission specifica dell'AORN Moscati di Avellino. Tre sono le linee guida fondamentali che guidano il piano della performance:

- a) lo sviluppo di un processo costante di miglioramento della qualità dei risul-

tati e della sicurezza attraverso la maggiore aderenza alle linee guida e ai progressi della medicina, la gestione più attenta dell'assistenza con la riduzione degli errori medici;

- b) l'aumento dell'efficienza, della produttività e del rapporto costo-efficacia che richiedono un uso più appropriato dei servizi, il risparmio di tempo, il corretto uso del prontuario farmaceutico;
- c) il miglioramento qualitativo nell'assistenza e la soddisfazione degli operatori e dei pazienti, attraverso la maggiore comunicazione tra gli operatori e l'alto livello di soddisfazione degli stessi. Questi aspetti concorrono, da una parte, a determinare un più elevato livello professionale e una maggiore consapevolezza del proprio ruolo; e, dall'altra, alla soddisfazione degli utenti che percepiscono di ricevere un servizio di elevato livello qualitativo.

Pertanto, lo standard a cui le finalità dell'Azienda devono tendere sono:

- migliorare l'efficienza organizzativa, attraverso la riduzione/ottimizzazione dei costi di gestione;
- migliorare l'efficacia dei processi, sia facilitando l'accesso ai servizi sia aumentando la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- ridurre gli errori con l'acquisizione della capacità di lavorare in modo integrato, attraverso lo scambio e la condivisione delle informazioni;
- ridurre i tempi, armonizzando i diversi settori dell'ospedale (principalmente le unità di degenza e i servizi).

[...] Il Piano della Performance è stato introdotto dall'art. 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, come strumento per la verifica della produttività

delle aziende e degli enti pubblici. Il processo previsto è in parte corrispondente alla metodologia di budget articolato sull'assegnazione ai centri di responsabilità aziendali di obiettivi economici e qualitativi, opportunamente pesati e verificati attraverso specifici indicatori di risultato (il confronto avviene tra gli obiettivi attesi e quelli realizzati).

[...] Il budget viene integrato dai principi ispiratori del decreto Brunetta, al fine di consentire la misurazione e la valutazione non solo della performance organizzativa (relativa all'intera Azienda) ma anche della performance individuale (il singolo operatore).

Il ciclo prende avvio con la stesura del Piano della Performance, il documento programmatico che esplicita gli obiettivi, gli indicatori e il target dell'azione dell'AORN Moscati di Avellino, in base alle risorse disponibili [...]. La stesura del piano è avvenuta attraverso la partecipazione attiva della dirigenza, alla quale spetta il coinvolgimento del personale afferente alla propria struttura organizzativa. Inoltre, il processo favorisce l'interazione con gli stakeholder esterni per individuarne e considerarne le aspettative e le attese".

La partecipazione professionale è garantita, come già indicato, attraverso gli incontri di definizione e programmazione organizzativa con riunioni con le figure interessate (medici, infermieri, professionisti sanitari) ma anche con incontri *ad hoc* dedicati per poter discutere di specifiche tematiche su proposta dei clinici.

La diffusione delle strategie e degli obiettivi aziendali avviene, inoltre, attraverso la formazione e attraverso il sistema di comunicazione aziendale, ossia il sito intranet aziendale.

Affinché l'Azienda possa raggiungere i propri obiettivi strategici, vengono

adottati sistemi di comunicazione interna ed esterna convergenti e idonei al risultato. In questa concezione, la comunicazione interna intesa come messa in comune di esperienze, valori, responsabilità, come creazione di identità e di condivisione dei processi organizzativi, diventa, al pari della comunicazione esterna, motore dello sviluppo e quindi leva organizzativa strategica.

Ogni dipendente deve poter essere messo nelle condizioni di conoscere i programmi della propria Azienda e individuare il senso del proprio ruolo e lavoro all'interno di questi programmi. Si tratta di rendere riconoscibile il ruolo di ciascuno, ma anche di comunicare come tutti concorrono al raggiungimento delle sfide strategiche e degli obiettivi operativi che l'Azienda si è data. Sulla intranet aziendale la pubblicazione dei contenuti avviene in autonomia, a cura dei seguenti uffici/strutture:

- Ufficio stampa: sezione rassegna stampa;
- UO Rischio Clinico: sezione rischio clinico;
- UOC Sistemi Informativi: sezioni (su richiesta del Direttore di riferimento) e ogni altro contenuto (su disposizione della Direzione Strategica).

Altro strumento di partecipazione professionale è il sistema premiante, utilizzato nel ciclo di gestione della performance. La misurazione e la valutazione della performance nell'Azienda hanno la finalità complessiva di favorire il miglioramento continuo del contributo che ciascuno, sia che si tratti di Centro di Responsabilità (CdR), di setting assistenziale o di singolo individuo, apporta attraverso

la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda e alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

L'Azienda adotta metodi e strumenti idonei a misurare, valutare e premiare la performance individuale e quella organizzativa, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse dell'utente destinatario dei servizi.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa a cadenza annuale tramite due strumenti operativi:

- a) il processo di budget, attraverso il quale si intende valorizzare la performance organizzativa;
- b) la valutazione individuale, attraverso la quale si intende valorizzare la performance individuale.

L'Azienda Ospedaliera Moscati adotta i seguenti criteri metodologici per la corresponsione e la determinazione delle quote dei fondi disponibili per la retribuzione di risultato.

L'incentivo da erogare viene determinato in base ai seguenti parametri:

- grado di raggiungimento dei risultati del dipartimento, al fine di determinare l'ammontare della quota di incentivazione spettante;
- contributo di ogni singolo dirigente al raggiungimento degli obiettivi del CdR e quindi l'ammontare che spetta a ciascun operatore.

La valutazione del livello di realizzazione degli obiettivi di budget spetta prioritariamente al direttore del dipartimento di afferenza dell'unità operativa, in qualità di valutatore di prima istanza. La valutazione di seconda istanza compete all'Organismo Indipendente di Valutazione.

La valutazione del contributo di ogni singolo dirigente al raggiungimento degli obiettivi viene effettuata dal direttore dell'unità operativa o dal responsabile della struttura semplice dipartimentale. Per garantire la trasparenza e l'oggettività della valutazione è indispensabile, in via preventiva, aver condiviso e assegnato specifici obiettivi a ciascun dirigente e quindi garantire agli operatori il necessario supporto e adeguati ambiti di autonomia.

La "gestione del rischio clinico" rientra tra gli interventi del "governo clinico" per il miglioramento della qualità delle prestazioni, attraverso un processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinico-assistenziale sia quella gestionale.

Diventa sostanziale, dunque, nella clinical governance la collaborazione tra le diverse professionalità che si occupano di rischio clinico, sinistri e flussi aziendali al fine del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

Il Piano Aziendale di Risk Management (PARM) costituisce l'atto istituzionale attraverso il quale le Aziende Sanitarie documentano le proprie attività di gestione del Rischio Clinico e forniscono la programmazione delle misure che saranno attuate per la prevenzione concreta degli eventi avversi. Tanto anche in ottemperanza della Legge n. 24/17 (nota anche come "Legge Gelli-Bianco") che costituisce il culmine del processo di promozione della qualità dell'assistenza e della gestione del "fenomeno malpractice" nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel dettato normativo, assume rilevanza strategica il risk management che, attraverso la gestione proattiva dei rischi sanitari, si prefigge l'obiettivo di ridurre l'incidenza degli eventi avversi prevenibili e la gravità delle loro conseguenze. In sintesi, il PARM descrive e guida le iniziative di miglioramento individuate come prioritarie per la gestione del rischio clinico e volte a correggere in modo specifico le circostanze critiche osservate, garantendo la sicurezza dei pazienti e la qualità dei servizi forniti in conformità con gli obblighi legislativi.

Il piano annuale di gestione dei rischi si applica quindi al sistema di cura nel suo complesso e si compone di attività che comprendono la valutazione dei processi chiave, l'analisi dei rischi, la promozione e l'attuazione di modalità e procedure operative, la formazione e l'informazione. Le attività svolte attraverso il piano annuale di gestione dei rischi, che rientrano quindi nelle iniziative aziendali del rischio clinico, contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi di rilevanza gestionale e sanitaria e di economicità/sostenibilità dell'Azienda.

Per l'espletamento di tale azione preventiva, il risk manager necessita della mappatura del rischio clinico aziendale, attraverso:

- 1) fonti informative già disponibili: richieste risarcimento danni, reclami, flussi amministrativi;
- 2) segnalazione da parte degli operatori degli eventi avversi accaduti o potenziali (*incident reporting*).

La funzione, quindi, di gestione del rischio clinico è sostanzialmente quella di fornire all'organizzazione, e dunque a tutti gli operatori, le informazio-

ni necessarie per "apprendere dagli errori" ovvero dagli eventi avversi prevenibili e dai cosiddetti "quasi eventi" o near miss.

L'errore, o l'evento avverso prevenibile, diventa una preziosa occasione di miglioramento per l'organizzazione che, a tale scopo, deve prioritariamente predisporre e implementare strumenti finalizzati all'identificazione qualitativa/quantitativa dei rischi e di specifiche criticità, con atteggiamento proattivo.

La Direzione strategica dell'AORN "Moscati" di Avellino ha previsto la costituzione dell'UOC di Rischio Clinico e Qualità, a cui afferisce l'UOS di Medicina Legale, con l'obiettivo di garantire la sicurezza del paziente e l'eccellenza delle cure, con indubbio riverbero sul contenimento del rischio assicurativo. La Struttura Complessa Gestione del Rischio Clinico opera apportando un contributo nella formazione e aggiornamento di tutti i dipendenti (sulle tematiche relative e complementari alla gestione del rischio in sanità); nella formazione, coordinamento, aggiornamento delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico" (individuati e formati in tutte le UU.OO.); nell'identificazione e valutazione dei rischi, scelta, monitoraggio e aggiornamento delle tecniche di gestione; nell'aggiornamento e gestione delle attività legate all'*incident reporting*, principalmente mediante l'attività di audit; promuovendo la produzione, realizzazione e aggiornamento di linee guida, procedure, protocolli, PDTA e istruzioni operative anche supportando i proponenti nella ricerca, stesura e integrazione nel sistema aziendale del rischio; perseguendo azioni previste per l'identificazione e l'analisi dei punti critici dei

percorsi/processi utilizzati per erogare le prestazioni sanitarie, responsabili di potenziali errori legati non al comportamento umano bensì ad aspetti organizzativi e/o del sistema, con particolare attenzione allo strumento dell'audit, del SEA e dell'analisi del contenzioso, da cui deriva un miglioramento nella ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni; contribuendo alle attività inerenti agli eventi avversi con particolare attenzione all'andamento dei sinistri, finalizzato all'individuazione e analisi dei rischi (attraverso la costituzione di un database delle richieste risarcitorie, analisi delle stesse; monitoraggio dell'andamento dei sinistri; partecipazione alle attività del Comitato Valutazione Sinistri).

Un esempio esplicativo del ruolo svolto al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e della collaborazione tra gruppi di professionisti è quello nato, nello scorso anno, dalla segnalazione di un evento avverso, riguardante delle criticità insorte durante il prelievo di organi da donatore HB a seguito del quale è stata redatta, a seguito di audit con gli operatori coinvolti, la revisione del PTDA sull'accertamento della morte encefalica e donazione di organi.

Molto spesso, le problematiche principali nei percorsi clinico-assistenziali nascono da errori di comunicazione tra gli operatori e, grazie ad attività come quella formativa, quella di segnalazione di eventi avversi e alla analisi degli stessi, si è cercato di superare le barriere relazionali e strutturali che potessero essere da ostacolo al raggiungimento del comune obiettivo aziendale di garantire la sicurezza delle cure dei pazienti e degli operatori stessi.

Realizzare e mantenere il benessere fisico e psicologico delle persone, attraverso la costruzione di ambienti e relazioni di lavoro che contribuiscano al miglioramento della qualità della vita dei lavoratori e delle prestazioni, rappresenta un punto strategico per raggiungere obiettivi di efficacia e di produttività.

Le condizioni emotive dell'ambiente in cui si lavora, la sussistenza di un clima organizzativo che stimoli la creatività e l'apprendimento, l'ergonomia – oltre che la sicurezza – degli ambienti di lavoro, costituiscono elementi di fondamentale importanza ai fini dello sviluppo e dell'efficienza dell'Azienda sanitaria.

In tal senso, è importante offrire agli operatori la possibilità di lavorare in contesti organizzativi che favoriscono gli scambi, la trasparenza e la visibilità dei risultati del lavoro, in ambienti dove esiste un'adeguata attenzione agli spazi architettonici, ai rapporti tra le persone e allo sviluppo professionale.

Ciò è necessario e indispensabile per:

- valorizzare le risorse umane;
- aumentare la motivazione dei dipendenti;
- migliorare i rapporti tra i vari dipendenti dell'azienda sanitaria;
- accrescere il senso di appartenenza e di soddisfazione per la propria azienda;
- migliorare l'immagine interna ed esterna e la qualità dei servizi forniti;
- diffondere la cultura della partecipazione quale presupposto dell'orientamento al risultato piuttosto della cultura del mero adempimento;
- prevenire rischi psico-sociali.

La valorizzazione degli operatori della sanità rappresenta, quindi, uno degli obiettivi prioritari di una concreta

politica sanitaria. Per conseguire questo obiettivo, l'Azienda:

- opera per predisporre un ambiente di lavoro che stimoli il miglioramento e consolidi i rapporti di collaborazione;
- assicura che siano ben compresi i compiti da svolgere e gli obiettivi da conseguire;
- verifica il livello di condivisione degli obiettivi;
- accerta periodicamente la motivazione nel provvedere alla qualità del servizio;
- verifica i risultati delle iniziative di miglioramento, dandone evidenza all'organizzazione.

L'evoluzione dei processi assistenziali sta costantemente ampliando il ricorso alle reti professionali, intese come un insieme di singoli professionisti, unità operative e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni, per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e la fiducia reciproca. La creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali, linee di attività, strutture operative e/o loro articolazioni interne che partecipano a un'organizzazione reale, che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'Azienda.

Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico. In questo ambito rientrano i gruppi dipartimentali interaziendali.

È intenzione dell'Azienda promuovere la costituzione e il funzionamento dei gruppi operativi interdipartimentali costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o unità operative differenti, in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca, da perseguire in via transitoria o permanente.

L'Azienda intende dare un particolare impulso alla costituzione di funzioni interaziendali con altre Aziende del SSR, nell'ambito di attività di particolare rilievo strategico e che coinvolgono professionalità e strutture afferenti alle due aziende sanitarie.

L'obiettivo consiste nel definire l'integrazione funzionale tra le unità clinico-assistenziali, così da garantire uniformità e appropriatezza ai percorsi diagnostico-terapeutici del paziente con specifiche problematiche. Infatti, le unità operative afferenti alle funzioni interaziendali, in quanto provengono da aziende diverse, sono portatrici di competenze ed esperienze complementari.

Altrettanto importanti, nella promozione di una cultura orientata alla "clinical governance" sono i processi che rientrano nell'Health Technology Assessment, abitualmente adottati dall'AO Moscati. Al fine di introdurre nuove tecnologie all'interno del parco tecnologico aziendale, la UOC Tecnico Patrimoni e Ingegneria Clinica sviluppa studi di fattibilità tali da permettere di individuare l'impatto che l'introduzione di nuova apparecchiatura comporta, sia a livello clinico sia a livello tecnico-economico. Le sostituzioni delle apparecchiature vengono programmate seguendo un indice di priorità delle sostituzioni che, svilup-

pato sulla base di indicatori oggettivi, definisce un metodo di valutazione dell'obsolescenza, del rischio e delle conseguenti azioni necessarie. Individuate le priorità così come la fattibilità di innovazioni da introdurre in Azienda, dopo un'attenta un'analisi economico-clinica si procede alla stesura di un progetto tecnico, considerando la modalità più appropriata per l'acquisizione del bene. L'obiettivo in tutte le fasi è di mettere al servizio dei Clinici una tecnologia efficace, efficiente e performante, nell'ottica di un'innovazione continua e di una sicurezza appropriata. In conclusione, l'articolato sistema di clinical governance dell'Azienda Ospedaliera Moscati sopra illustrato è

basato su un sistema di responsabilizzazione della dirigenza, riconoscendole un ruolo effettivo di gestione, che si esplicita – tra l'altro – nel potere di organizzazione delle risorse umane e nelle decisioni operative.

La valorizzazione della figura del dirigente comporta il riconoscimento di reali e concreti strumenti per operare, oltre che l'applicazione di sanzioni, anche economiche, in caso di accertata inefficienza.

In particolare, le strutture organizzative dei servizi generali sono impegnate prioritariamente nella realizzazione delle finalità individuate dai programmi operativi regionali e nel rendere operative le linee programmatiche definite dal vertice strategico.

BIBLIOGRAFIA

- Borgonovi E. (2004). Aziendalizzazione e governo clinico. *Mecosan*, 49: 2-6.
- Borsoi L., Callea G., Marsilio M., Amatucci F., Tarricone R. (2017). Centralized Procurement of Medical Devices In Italy: A Methodology Towards Standardized Tender Dossier. *Value in Health*, 20.
- Braithwaite J., Travaglia J.F. (2008). An overview of clinical governance policies, practices and initiatives. *Australian Health Review*, 32(1).
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A., Sartirana M. (2018). Mappatura e valutazione delle competenze cliniche dei professionisti nelle aziende sanitarie: sistemi e strumenti a confronto. In: Cergas Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2018*. Milano: Egea.
- Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Mercurio R., Adinolfi P. (2005). La clinical governance, possibile soluzione ai fabbisogni di integrazione nelle aziende sanitarie. *Mecosan*, 53.
- Noto G., Deales A., Di Stanislao F. (2003). Dai profili di assistenza alla Clinical Governance: l'esperienza della Regione Marche. *Mecosan*, 47.
- Tarricone R., Boscolo P.R., Armeni P. (2016). What type of clinical evidence is needed to assess medical devices?. *European Respiratory Review*.