

Significato e attuazione del governo clinico

A. Halligan¹, L. Donaldson²

¹ NHS Clinical Governance Support Team, Leicester, UK

² Department of Health, London, UK

The meaning and implementation of clinical governance

Under the 1999 Health Act a statutory duty of "quality" was given to National Health Service (NHS) organisations in the United Kingdom. This was matched by a comprehensive quality program. In this paper we look at the meaning of clinical governance as a mechanism for ensuring local delivery of high quality clinical care in the UK, the national structures which have been put in place to develop, reinforce and implement clinical governance and the role of the NHS Clinical Governance Support Team (CGST) in delivering clinical governance "on the ground". As part of the quality program, the CGST is working to enable national clinical governance policy to be translated into practice locally by supporting the development of better ways of working by individuals, clinical teams and health organisations to deliver a continuous, integrated approach to quality healthcare for patients. (G Ital Nefrol 2002; 19 (suppl 21): S8-13)

KEY WORDS: Clinical governance, Quality, National Health Service, Health Professionals

PAROLE CHIAVE: Governo clinico, Qualità, Servizio Sanitario Nazionale, Professionisti sanitari

Governo clinico: un'iniziativa di qualità

Il governo clinico è stato introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale (NHS – *National Health Service*) in Gran Bretagna dopo un periodo in cui le varie iniziative varate per migliorare la qualità avevano avuto un successo alterno. Il NHS fu fondato nel 1948 e per i primi 40 anni dalla sua istituzione il concetto di qualità era implicito: la disponibilità di personale dotato di una buona formazione professionale e la presenza di buone strutture nonché di buone attrezzature erano sinonimo di elevata qualità. Successivamente iniziative quali la verifica medica e clinica divennero più sistematiche ma furono spesso criticate per essere troppo dominate dai professionisti e per essere attività troppo territoriali e i cui benefici non erano rilevabili immediatamente dal NHS nel suo complesso e, cosa più importante, dai pazienti stessi (1).

In seguito, durante gli anni ottanta, manager e responsabili delle politiche sanitarie in vari settori del comparto pubblico cercarono di applicare l'approccio della gestione globale della qualità (TQM – *Total Quality Management*) e del miglioramento continuo della qualità (CQI – *Continuous Quality Improvement*) (2), anche se entrambi non godevano del consenso generale nell'ambito delle organizzazioni sanitarie.

Le varie iniziative volte a migliorare la qualità rimasero isolate e non coordinate fino alla fine degli anni Novanta allorché una serie di fallimenti a livello clinico determinarono una profonda preoccupazione in ambito pubblico e professionale, attirando l'attenzione della stampa e dei media. Insuccessi quali la diagnosi di tumore osseo a Birmingham e la chirurgia cardiaca pediatrica a Bristol cominciarono a minare la fiducia nel NHS (3). A peggiorare la situazione vi fu un episodio relativo a un ristretto numero di medici di base le cui scarse prestazioni non furono ammesse pubblicamente (4). Nacque così l'esigenza di intervenire urgentemente per migliorare la qualità dell'assistenza nell'ambito del NHS.

Nel 1997 fu pubblicato il documento che sanciva la nuova politica del NHS, *The new NHS* (5). Questo, oltre a un altro documento di consultazione, *A first class service: Quality in the new NHS* (1998), fornirono la struttura a sostegno delle organizzazioni locali del NHS allorché fu promulgata la legge sulla sanità (*Health Act*) (6). Questa legge per la prima volta menzionava esplicitamente l'impegno ufficiale e inderogabile da parte del NHS nella sua globalità di garantire la qualità. Introduceva il concetto di responsabilità collegiale per quanto riguarda le prestazioni a livello clinico e organizzativo e l'erogazione di un'assistenza sanitaria sicura, efficiente, di alta qualità e

incentrata sul paziente. Il governo clinico, quale impegno ufficiale di garantire la qualità, divenne il meccanismo per fornire visione dell'assistenza e per focalizzare le politiche nazionali sui servizi locali.

Definizione di governo clinico

La definizione di governo clinico più diffusa in Gran Bretagna è quella fornita da Scally e Donaldson (1998) che identificarono il governo clinico come : "I riferimenti entro i quali le organizzazioni del NHS sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti livelli di assistenza e creano l'ambiente in cui l'eccellenza nell' ambito dell'assistenza

clinica si svilupperà " (7).

Le componenti fondamentali richieste per facilitare la fornitura di un servizio sanitario di qualità a livello locale pongono il paziente al centro dell'assistenza, sviluppano capacità direttiva di altissimo livello in seno alle organizzazioni, adottano un'etica in cui il personale è valutato e sostenuto mentre stabilisce un legame con il paziente e infine creano un ambiente confacente, aperto e pronto a porsi domande e nel quale gli individui e i gruppi sanno di poter riportare i propri errori ed essere sostenuti a imparare dai propri errori.

È punto focale del governo clinico l'incoraggiare i soggetti a riesaminare le modalità di lavoro nell'ambito del servizio sanitario, mettendo in discussione gli aspetti professionali e organizzativi e i confini culturali.

TABELLA I - ELEMENTI CHIAVE DELLA STRATEGIA PER LA QUALITÀ DEL NHS

Identificazione dei requisiti di qualità:

National Institute for Clinical Excellence (NICE) – un ente nazionale di valutazione dei trattamenti esistenti e di quelli nuovi (ad es. farmaci e presidi medicinali); fornisce una guida delle procedure cliniche e sviluppa linee guide cliniche per la gestione della malattia. L'Istituto produce anche strumenti di verifica clinica per sostenere i clinici a livello di governo clinico locale

National Service Frameworks (NSFs) – diffonde nell'intero Paese le variazioni inaccettabili del servizio, stabilendo le pratiche cliniche basate sulle prove, e fissa comuni requisiti per il trattamento di particolari malattie /gruppi di pazienti (9)

Doveri di qualità a livello locale:

Clinical Governance – NHS Clinical Governance Support Team (CGST)

Garanzia di controllo – gestisce il rischio; protegge i pazienti, il personale e i visitatori

Garanzia di qualità nella pratica individuale:

National Clinical Assessment Authority (NCAA) – valutazione dei medici che sono stati segnalati per l'inadeguatezza del loro servizio

Procedure della prestazione nel NHS

Valutazione annuale e revisione per tutti medici del NHS

Politiche dei requisiti prodotti dai colleghi medici

Controllo quinquennale di convalida – (proposta) del General Medical Council e rinnovo della licenza medica ad esercitare, soggetta a valutazione

Normativa di conferma – (proposta) di responsabilità professionale superiore, di trasparenza, e di coinvolgimento e protezione del paziente

Ispezione e revisione:

Commission for Health Improvement (CHI) – verifica le strutture del governo clinico nel NHS

Esamina a fondo gli insuccessi del servizio

Performance Assessment Framework – organizzazioni nazionali classificate in base alla qualità dei servizi forniti, il numero dei pazienti trattati e l'efficienza finanziaria

National Patient Safety Agency (NPSA) – raccoglie informazioni riguardanti gli errori medici, espleta un monitoraggio e prende i necessari provvedimenti

Meccanismi di apprendimento:

Censimento dei casi negativi – sistema nazionale per riportare e imparare dagli errori

Reti di apprendimento

Programmi di sviluppo professionale continuo

The National Electronic Library for Health (NeLH) – accesso alle migliori conoscenze esistenti per migliorare l'assistenza al paziente

Conferimento di responsabilità al paziente:

Maggior qualità dell'informazione ad es. servizio NHS Diretto e servizio NHS Diretto online (aiuto online per il paziente)

Rappresentanza nell'Organismo professionale di controllo (da formalizzare nello statuto del NHS)

Rappresentanza nell' Organismo di governo di ogni NHS Trust

Patient Advice and Liaison Services (PALS) – consigli del paziente e servizi di collegamento in ogni NHS Trust

Verifica delle esperienze del paziente e dell'utente

Strategie di supporto:

Tecnologia dell'informazione e della comunicazione

Ricerche e sviluppo basati sulle prove

Istruzione e formazione

Governo clinico: la sfida della realizzazione

Sono ormai circa due anni e mezzo che il governo clinico è stato lanciato in Gran Bretagna e sono passati due anni da quando il piano del NHS ha introdotto il nuovo disegno della cura centrata sul paziente che dovrebbe essere sviluppata fino al 2010 (8). Un'ampia gamma di strutture e strumenti è stata istituita per contribuire a migliorare e rafforzare il governo clinico a livello locale. Sono inoltre stati stabiliti dei requisiti e degli indicatori per l'attività di verifica delle prestazioni del personale che opera nel NHS, ed è stato anche individuato un sistema di ispezione per assicurare che i requisiti siano soddisfatti e che ad ogni livello sia stato realizzato un sistema di miglioramento della qualità.

Sono stati anche messi a punto sistemi per il riconoscimento e l'analisi degli eventi avversi e per un loro conseguente efficace controllo, oltre che per la gestione dei rischi. Il piano del NHS sottolinea l'importanza di una positiva realizzazione di tutte queste nuove strutture e strumenti atti a garantire la qualità e nel contempo mette in campo tutta una serie di nuove iniziative che coinvolgono e conferiscono responsabilità ai pazienti (Tab. I).

Il governo clinico pone il paziente al centro del miglioramento dei servizi. Tutto il personale deve considerare il paziente al centro del proprio lavoro, dal medico che discute delle varie alternative di cura con il paziente in ambulatorio, all'infermiera del territorio che fa sì che una paziente anziana nefropatica possa contattarla per avere consigli in caso di necessità, al direttore dell'ospedale che trascorre un po' del suo tempo nel reparto di nefrologia per verificare quale assistenza il paziente riceve e per ascoltare i suoi commenti in proposito.

Dopo aver esaminato le strutture e gli strumenti introdotti per realizzare la strategia di qualità del NHS a livello nazionale, in che modo il governo clinico può essere attuato a livello locale?

Governo clinico: realizzazione a livello locale

La realizzazione del governo clinico a livello locale richiede cambiamenti a tre diversi livelli e precisamente da parte dei singoli professionisti, da parte delle équipe e infine da parte delle organizzazioni:

- I singoli professionisti devono accettare un cambiamento nel proprio atteggiamento e stabilire un approccio moderno nei confronti di una pratica ponderata che pone il paziente al centro dei loro pensieri.
- L'équipe deve realmente divenire multidisciplinare e far sì che la comprensione dei ruoli, la condivisione delle informazioni e delle conoscenze e la necessità di sostegno siano la norma nel loro comportamento.
- Le organizzazioni devono istituire sistemi ed esperire

strumenti per sostenere i clinici e le varie équipe a livello locale ed assicurare la qualità dell'assistenza fornita. La leadership dell'organismo di tutela e dell'organizzazione è di vitale importanza per un approccio "globale" all'implementazione del sistema (10).

Il necessario cambiamento nella cultura dell'organizzazione sarebbe visto dai più come un passo in avanti verso ciò che Garratt (1997) definisce "organizzazione dell'apprendere" (11). Il cambiamento culturale auspicato è di difficile realizzazione in quelle organizzazioni che hanno una struttura tradizionalmente gerarchica e che storicamente sono legate a delimitazioni marcate di tipo professionale/tribale (12). Occorre esperire modalità capaci di superare i meccanismi difensivi che spesso sono presenti. Le caratteristiche di questa nuova cultura dovrebbero essere le seguenti:

- Porre il paziente al primo posto
- Conferire responsabilità e ascoltare il sentire del personale
- Offrire un ambiente di lavoro aperto e non oggetto di biasimo
- Far sì che il personale acquisisca la consapevolezza di ciò che significa "governo clinico" e come è applicato nell'ambito in cui operano e nell'intera organizzazione
- Favorire la partecipazione del personale alle discussioni che abbiano per oggetto lo sviluppo del governo clinico
- Stabilire chiare linee di comunicazione tra il personale a tutti i livelli
- Chiarire quali competenze e abilità il personale deve possedere
- Operare in gruppi multidisciplinari sotto una leadership forte
- Eseguire regolarmente verifiche cliniche del servizio prestato
- Far sì che i clinici imparino dagli errori
- Utilizzare in modo efficace le informazioni e i dati per verificare la qualità del servizio e sostenere decisioni e processi (ad esempio mettere in luce le differenze nel risultato, l'inadeguatezza dei requisiti ed effettuare confronti con altri servizi)
- Avallare le decisioni cliniche con l'evidenza fornita dalla ricerca
- Porsi in discussione a seguito di lamentele del paziente e di errori clinici
- Volere veramente cambiare il proprio atteggiamento nel lavoro per migliorare l'assistenza al paziente
- Offrire opportunità di crescita professionale mediante l'istruzione e la formazione
- Consentire al personale l'accesso a sistemi informativi ad alto profilo tecnologico
- Introdurre il governo clinico quale parte integrante della pratica giornaliera.

Un aspetto alquanto importante in tutto ciò consiste nel realizzare il cambiamento in modo deciso e permanente e tale che non finisca per "appassire sulla vite". Se i cambia-

menti devono essere duraturi devono mettere d'accordo le principali culture che esistono all'interno dell'assistenza sanitaria per incoraggiare l'apprendimento (13). Realizzare il concetto di governo clinico e il programma di cambiamento conseguente diviene pertanto una sfida non da poco che richiede interventi simultanei, a più livelli e in tutta l'organizzazione, sostenuti da una leadership attiva e da un approccio globale. Questa sfida è stata raccolta dalla *Clinical Governance Support Team* (CGST) del NHS.

Il gruppo di supporto del governo clinico: colmare il divario tra strategie e servizio fornito

Il gruppo di supporto del governo clinico (CGST) che ora fa parte della Commissione di ammodernamento del NHS è un gruppo multidisciplinare fondato nel settembre del 1999 per sostenere la creazione e la realizzazione del governo clinico all'interno del NHS (14): il CGST offre tutta una serie di programmi di sviluppo per singoli individui, équipe cliniche e organizzazioni nell'ambito del NHS in tutta l'Inghilterra, per permettere loro di fornire un governo clinico efficiente a livello locale.

Il CGST funziona inoltre come centro di competenze, consigli e informazioni sul governo clinico e ha altresì il compito di diffondere gli insegnamenti appresi attraverso i suoi programmi, per accelerare il miglioramento e la modernizzazione del NHS.

La CGST ha messo a punto una strategia che prevede tutta una serie di interventi a livello organizzativo intesi a sostenere il governo clinico a livello operativo, e a livello dell'organismo di tutela, attraverso una leadership strategica. A breve sarà istituita una Unità di risposta rapida (*Clinical Governance Rapid Response Unit*) per un intervento rivolto ad organizzazioni nella loro globalità e a più livelli. Ulteriori dettagli riguardo ai programmi di sviluppo messi a punto dal CGST sono reperibili presso il loro sito: www.cgsupport.org

Il programma di sviluppo del governo clinico

Un buon lavoro di squadra è fondamentale per fornire un'assistenza sanitaria di alta qualità, sicura e centrata sul paziente. Per il successo del governo clinico, le organizzazioni devono investire energie per sviluppare gruppi clinici multidisciplinari e efficienti. Il programma principale studiato dal CGST, cioè il Programma di sviluppo del governo clinico (CGDP - *Clinical Governance Development Programme*), è rivolto a gruppi provenienti dalle varie organizzazioni nell'ambito del NHS. Questo programma propone un cambiamento nelle organizzazioni che parte dalla base (*bottom-up*) con un sostegno che invece parte

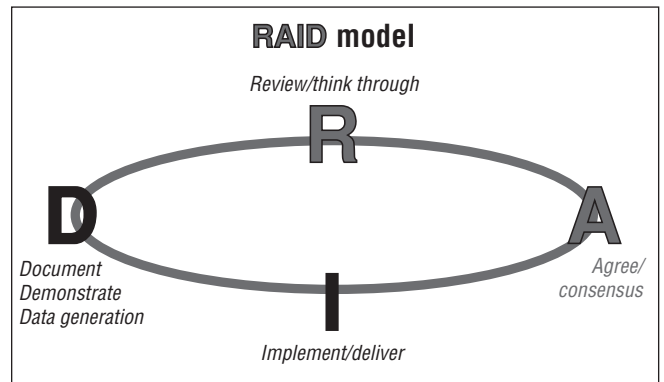


Fig. 1 - Il modello RAID ideato dal National Clinical Governance Support Team.

dai vertici (*top-down*): il sostegno da parte del direttore generale di ciascuna organizzazione è fondamentale ai fini del successo.

Le organizzazioni sono invitate a individuare e mettere a disposizione gruppi multidisciplinari di dipendenti di cui “sentirebbero” la mancanza e non di coloro dei quali farebbero volentieri a meno. Il gruppo di nefrologia potrebbe comprendere un medico specialista in nefrologia (consultant nephrologist), un’infermiera esperta di dialisi, un primario di nefrologia e il direttore di un servizio generale.

I gruppi frequentano una serie di 5 moduli (5 giorni di apprendimento) ad intervalli di 8 settimane in cui essi operano sul campo. L'intero programma copre un arco di 9 mesi. Durante quest'arco di tempo i partecipanti dirigono gruppi che operano su progetti nelle loro rispettive organizzazioni mentre rivedono, programmano e realizzano iniziative che mirano a migliorare la qualità. Ad oggi quasi 400 gruppi clinici hanno frequentato questo programma.

La CGDP segue il modello RAID (*Review*-riesaminare, *Agree*-concordare, *Implement*-realizzare, *Document*-documentare) quale riferimento culturale nell'attuazione del progetto (15) (Fig. 1).

Durante la fase di verifica, per conoscere le caratteristiche del servizio esistente, i gruppi raccolgono i commenti dai pazienti e dal personale e le informazioni sulla miglior pratica corrente. Il processo di verifica mira a mettere in discussione le consuetudini, le pratiche tradizionali consolidate, le “regole non scritte”, che hanno guidato sino ad ora i processi decisionali e la “soluzione dei problemi” all'interno del servizio.

La fase successiva, cioè quella del consenso, mira a creare un accordo riguardo al modo di procedere, coinvolgendo tutto il personale nel perseguire l'obiettivo centrale. Le fasi successive nella strada del miglioramento vengono concordate via via con semplici regole che guideranno e controlleranno il nuovo servizio (16). Questo processo fa

sì che sia i professionisti sia i pazienti sono coinvolti nel processo di “riorganizzazione” del servizio.

La fase della vera e propria realizzazione capitalizza l'entusiasmo che si è già generato durante le fasi di revisione e di consenso. I partecipanti utilizzano tecniche comuni di miglioramento continuo della qualità (CQI) e di ridefinizione dei processi.

I gruppi sono impegnati a misurare, conoscere e provare che qualcosa è cambiato nell'assistenza al paziente e pertanto si ha una naturale progressione verso la fase della documentazione in cui le attività volte al miglioramento sono riflesse da dati concreti che vengono poi utilizzati per delineare lo sviluppo futuro. I progetti intrapresi dai gruppi coprono un'ampia gamma di aspetti del servizio sanitario.

Ogni gruppo multidisciplinare lavora con un direttore di programma che effettua visite regolari sul posto durante gli intervalli di otto settimane che intercorrono tra i moduli di apprendimento e anche dopo la conclusione del programma. Essi hanno accesso alla CGST attraverso il telefono e la posta elettronica e possono contattare i direttori del programma per ottenere consigli e supporto.

Al fine di promuovere la rete di delegati e contribuire a sostenere e a diffondere le loro esperienze di miglioramento del servizio a livello locale, la CGST ha ideato un ulteriore modulo di apprendimento, *giorno 6*, nel quale i gruppi delegati mettono in comune ciò che hanno appreso e il progresso dei loro progetti di miglioramento con altri gruppi. Gli incontri vertono su singoli temi in modo tale che i gruppi si confrontano per specialità, ad esempio sulla salute delle donne e pediatria, oppure per area, ad esempio sui servizi di ambulanza o di salute mentale.

Esiste un ampio repertorio di iniziative di modernizzazione che vengono intraprese nell'ambito del NHS, di cui il lavoro della Clinical Governance Support Team è un aspetto. La Commissione di modernizzazione del NHS (*NHS Modernisation Agency*) aiuta i clinici e i manager locali a riorganizzare i loro servizi sulle esigenze dei pazienti e fornisce un supporto specifico sulla via della realizzazione dei NSF's (*National Service Frameworks*), attraverso l'approccio collaborativo proposto dall'Istituto per il miglioramento dell'assistenza sanitaria degli USA (17) (*IHI - Institute of Healthcare Improvement*).

Tra questi si possono menzionare i servizi per la cura dei tumori, della malattia coronaria e per l'assistenza di base. Essi mirano ad individuare la miglior pratica e a realizzarla attraverso organizzazioni scelte utilizzando blocchi di apprendimento. Il sito della *Modernisation Agency* è: www.modern.nhs.uk

Il futuro del governo clinico

La principale sfida nella attuazione del governo clinico nel Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito consiste

nel raggiungere un cambiamento culturale del modo di lavorare, degli atteggiamenti e dei sistemi a livello delle organizzazioni locali. Il governo clinico, se opportunamente applicato, è un modo di lavorare e un modo di ripensare la professionalità e il rapporto con i pazienti. Nonostante le grandi difficoltà, i gruppi clinici stanno ora individuando nuovi modi di fornire l'assistenza che rendono il loro servizio più rispondente ai bisogni dei pazienti. Si tratta di un servizio più efficace e più efficiente nel quale è insita l'etica di una pratica multiprofessionale fondata sul lavoro di gruppo. Gli approcci precedenti al mantenimento e al miglioramento della qualità delle cure sono stati finora alquanto frammentari. L'interesse e l'impatto del governo clinico sta in un approccio globale che investe l'intero sistema e che mira a migliorare la qualità dell'assistenza al paziente.

Riassunto

In base alla Legge Sanitaria del 1999 in Gran Bretagna è stato imposto alle organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale (NHS - *National Health Service*) il compito di certificare la qualità attraverso un programma completo. In questa trattazione si esamineranno il significato del governo clinico quale meccanismo per garantire la fornitura locale di un servizio sanitario di alta qualità nel Paese, le strutture nazionali che sono state istituite per sviluppare, rafforzare e realizzare il governo clinico e il ruolo che il team di supporto per il governo clinico del NHS (*CGST - Clinical Governance Support Team*) svolge nel fornire il governo clinico sul campo. Come parte del programma di qualità, il CGST si sta attivando per tradurre in pratica la politica del governo clinico nazionale a livello locale cercando di favorire, da parte singoli individui, gruppi clinici e istituzioni sanitarie, un modo migliore di lavorare allo scopo di fornire ai pazienti, con continuità, un'assistenza sanitaria integrata e di qualità.

Indirizzo degli Autori:
Prof. Aidan Halligan
NHS Clinical Governance Support Team
2nd Floor, St John's Building, 30 East Street
Leicester LE1 6NB, UK
e-mail: aidan.halligan@ncgst.nhs.uk

Bibliografia

1. Thomson RG, Donaldson LJ. Medical audit and the wider quality debate. *Journal of Public Health Medicine* 1990; 12: 149-51.
2. Deming W.E. *Out of the Crisis* Cambridge: Cambridge University Press 1986.
3. Malcolm AJ. Enquiry into the bone tumour service based at the Royal Orthopaedic Hospital, Birmingham: Birmingham Health Authority 1995; Kennedy, I. Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995 The Stationery Office Ltd: July 2001 Command Paper 5207-1. See www.bristol-inquiry.org.uk
4. Dyer C. Obstetrician accused of committing a series of surgical blunders. *BMJ* 1998; 317: 767.
5. Department of Health. *The new NHS: modern dependable*. London: Stationery Office 1997 (Cm 3807).
6. Department of Health. *A first class Service -Quality in the new NHS* London: September 1998 and *The Health Act Chapter c8* London: The Stationery Office Ltd 1999.
7. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 317: 61-5.
8. Department of Health, *The NHS Plan. A plan for investment. A plan for reform*. London. The Stationery Office July 2000 Command Paper 4818-1.
9. On 27 February 2001, the Renal National Service Framework was announced. For further details see the Department of Health's Renal NSF website (www.doh.gov.uk/nsf/renal.htm).
10. Senge P. *The Fifth Discipline: The art and practice of the learning organisation*. New York: Doubleday 1994.
11. Garratt B. *The fish rots from the head - The crisis in our boardrooms: developing the crucial skills of the competent director*. London: Harper Collins, 1997; 32-7.
13. Schein EH. Culture: the missing concept in organisational studies. *Administrative Science Quarterly* 1996; 41: 229.
14. Halligan A. How the national clinical governance support team plans to support the development of clinical governance in the workplace. *Journal of Clinical Governance* 1999; 14: 155-7.
15. Halligan A, Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ* 2001; 322: 1413-7.
16. Zimmerman B, Lindberg C, Plesk P. *Edgware insights from complexity science for health care leaders*. Irving, Texas: VHA Inc 1998.
17. The IHI website is at www.ihl.org. Further information on NHS collaboratives is available on the National Patients' Access Team (NPAT) website <http://195.92.252.217/channels/npat> and The Primary Care Development Team Homepage www.npd.org.