



Ministero
della Salute

La centralità della tematica del “governo clinico” nell’attuale fase della programmazione sanitaria nazionale

Alessandro Ghirardini

Ministero della salute, Dipartimento della qualità
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,
dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
a.ghirardini@sanita.it

Forum PA
ROMA, 10-05-2005

Definizione del governo clinico - 1

Il Governo clinico (GC) - *Clinical Governance*
- è uno strumento per:

- il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti
- lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali dei servizi sanitari

con lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale



Definizione del governo clinico - 2

E' un processo di modernizzazione dei servizi,
per favorire il miglioramento degli standard di
qualità delle prestazioni

Il principio è quello della programmazione,
gestione e valutazione del "sistema sanitario",
ai fini dell'erogazione di prestazioni
appropriate per la tutela della salute della
popolazione

Componenti del GC

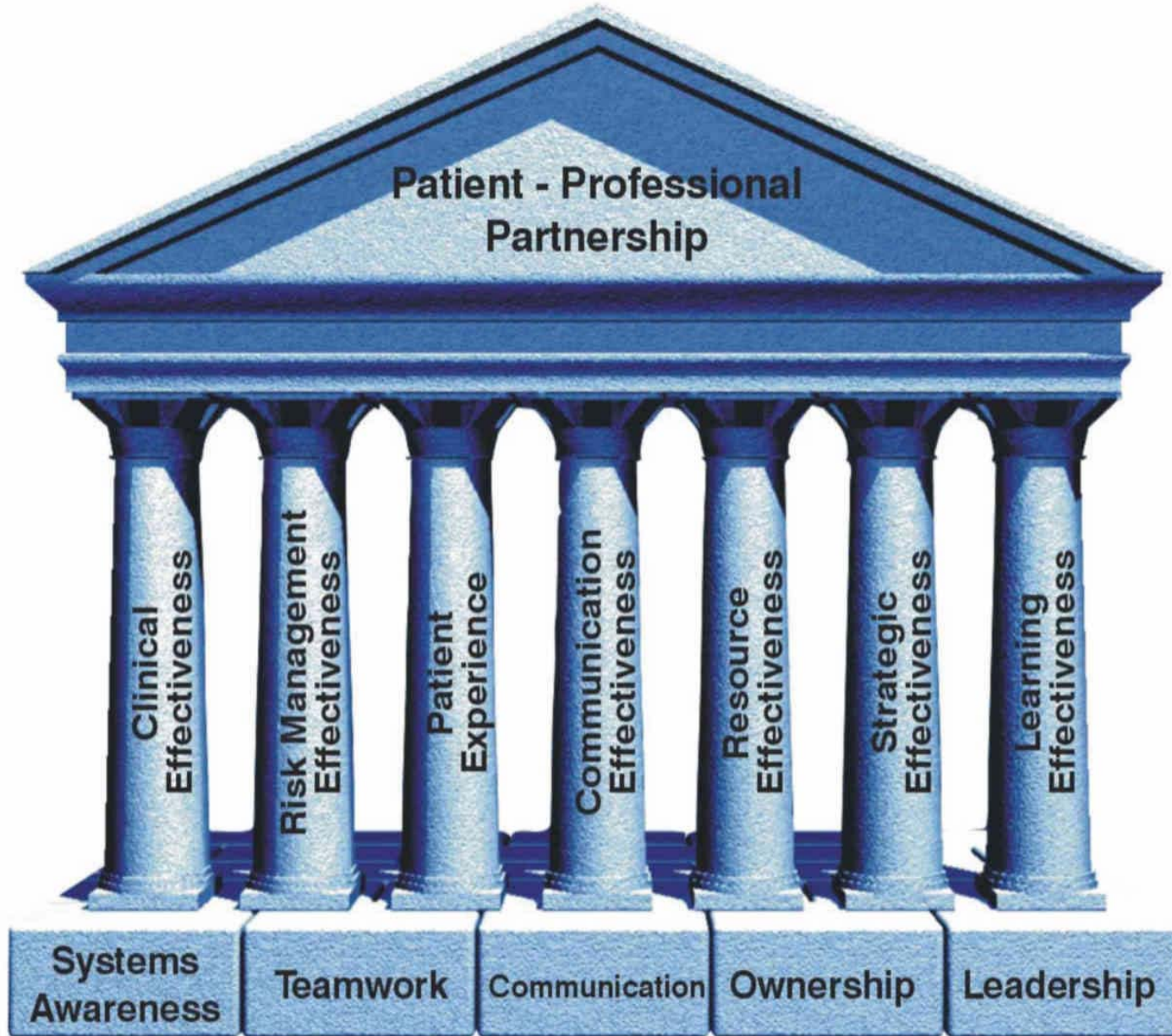


Ministero
della Salute

1. Esiti / Outcomes
2. Pratica basata sull'Evidenza
3. Audit
4. Gestione del rischio
5. Linee guida cliniche
6. Collaborazione multidisciplinare
7. Ricerca e sviluppo
8. Coinvolgimento dei pazienti
9. Reclami
10. Comunicazione, record individuali, ICT
11. Apprendimento, educazione continua
12. Staff



The 7 Pillars of Clinical Governance





Principi del Governo clinico

- Il SSN, come molti altri SSN, è governato da troppe regole non scritte che tengono ad incoraggiare lo status quo
- Nuove idee relative a modifiche organizzative e di miglioramento della qualità (come l'audit clinico) sono spesso state oggetto di resistenza di varia natura che hanno finito per impedirne l'applicazione



Mi definiscono un tipo eccentrico perché in pubblico dico che:

- Gli ospedali, se vogliono migliorare, devono dichiarare quali sono i loro risultati
- Devono analizzare i loro risultati per trovare i loro punti forti e i loro punti deboli
- Devono confrontare i loro risultati con quelli degli altri ospedali
- Devono dedicarsi all'assistenza di quei casi per i quali sono riconosciuti dare un buon risultato, evitando di tentare di assistere quei pazienti che presentano patologie per le quali non sono qualificati

Eugene Codman, 1914



Mi definiscono un tipo eccentrico perché in pubblico dico che:

- Devono assegnare i casi (per la chirurgia) agli operatori per ragioni migliori che l'anzianità, il calendario o le convenienze di tempo
- Devono pubblicizzare non solo i loro successi, ma anche i loro errori, così che il pubblico possa aiutarli, quando è necessario
- Devono gratificare il personale sulla base del loro operato e per ciò che fa per i pazienti
- *Tali opinioni non saranno così eccentriche da qui a pochi anni.*

Eugene Codman, 1914

Regole non scritte dei servizi sanitari

Br J CI Gov 2000, 5(4)233-9

- Noi conosciamo il meglio
- Il mio lavoro non ha effetti sulle altre aree del sistema
- I clinici non hanno bisogno di manager
- Più sei "senior" più sai
- Non ammettere gli errori
- Anche se parliamo di qualità ci basiamo sulla quantità



Regole non scritte dei servizi sanitari

Br J CI Gov 2000, 5(4)233-9

- Ma io l'ho sempre fatto in questi modo
- Non ci sono incentivi o premi per farlo bene
- Tutti capiscono il gergo medico
- E' sbagliato cercare risposte, meglio consultare altri
- Il tempo dei medici vale molto di più di quello degli infermieri
- Niente mai cambierà
- Tutto sta cambiando in ogni momento
- Il passato era molto migliore



Contesto generale

- La maggioranza dei professionisti sanitari sono d'accordo con il principale obiettivo del GC, cioè aumentare la qualità delle cure sanitarie dei pazienti
- Essi sono consapevoli della necessità di fornire servizi di qualità e molti di loro hanno fatto e fanno governo clinico per molti anni, anche se in maniera frammentaria



Quadro di riferimento attuale

Accordo Stato Regioni 8 Agosto 2001

1. Presa d'atto della nuova realtà istituzionale (Riforma del Titolo V)
2. Equilibrio tra costi effettivamente sostenuti e copertura garantita del fabbisogno finanziario
3. D.P.C.M. 29 novembre 2001 → Definizione dei livelli essenziali di assistenza

81.500 mln Euro (fino al 2004), La proporzione del PIL destinato al SSN è in continuo aumento, dal 5.1% (1996) al 6.1% (2004)



Ministero
della Salute

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (DPR 23/6/2003)

Strategia coordinata per promuovere un' impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute, che contempra anche le politiche sociali, ambientali, energetiche, agricole, produttive, del lavoro, della scuola, dell'istruzione

Prevede interventi delle diverse istituzioni per rispondere ai nuovi bisogni di salute dei cittadini

Accordo Stato-Regioni 24-07-2003

Progetti regionali (ex art. 34 e 34 bis legge 662/1996)

LINEE PROGETTUALI

1. Attuazione Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
2. Cure primarie
3. Centri di eccellenza
4. Non autosufficienza
5. Prevenzione attiva

PROGETTO COLLABORATIVO STATO REGIONI

1. Progetto mattoni



I 15 mattoni (mettere ordine nei fondamenti del SSN) Conferenza Stato Regioni 10/12/2003

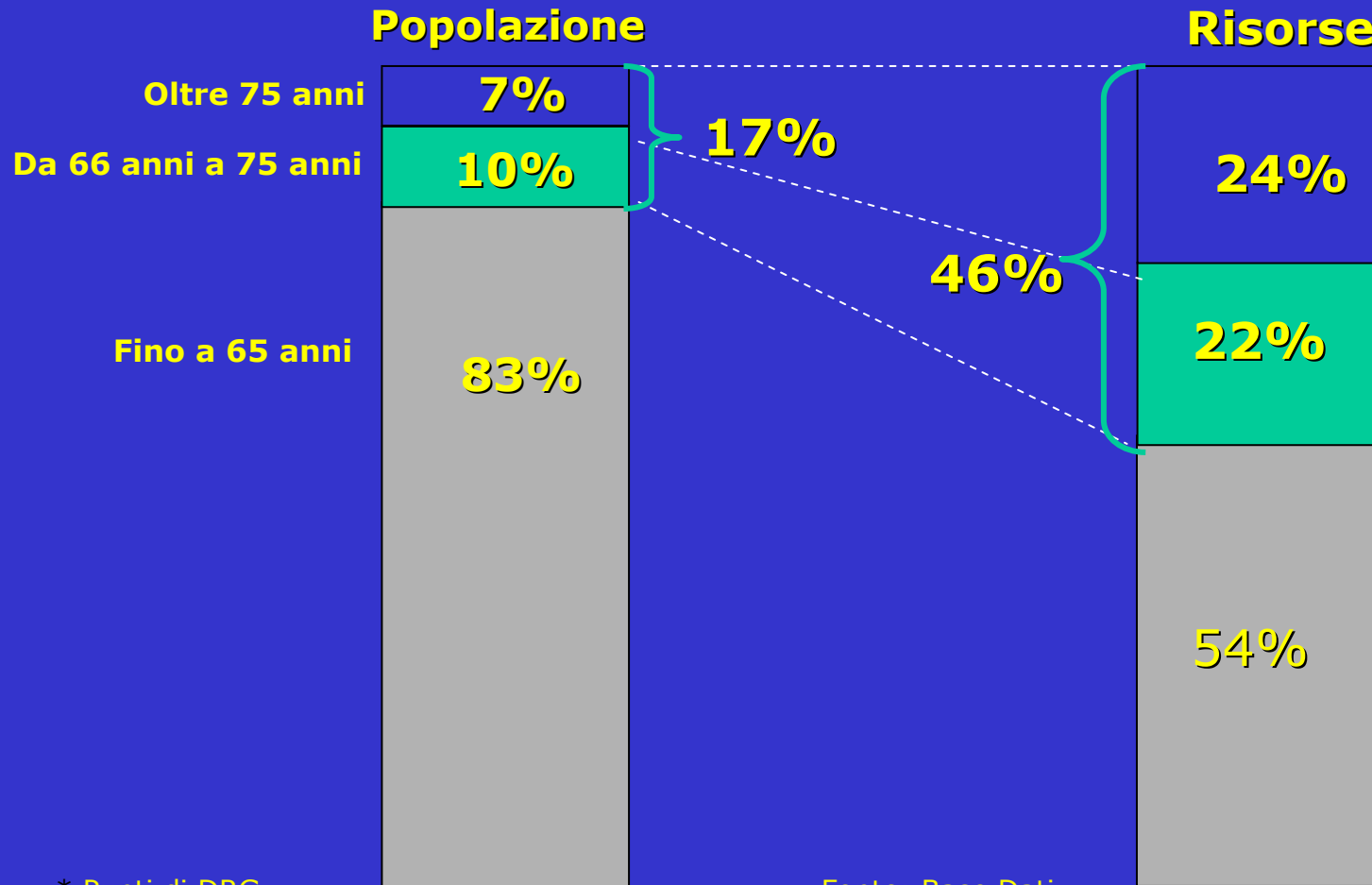
1. Classificazione delle strutture
2. Classificazione delle Prestazioni ambulatoriali
3. Evoluzione del sistema DRG nazionale
4. Ospedali di riferimento
5. Standard minimi di quantità di prestazioni
6. Tempi di attesa
7. Misura dell'appropriatezza
8. Misura dell'outcome
9. Realizzazione del Patient File
10. Prestazioni farmaceutiche
11. Pronto soccorso e 118
12. Prestazioni residenziali e semiresidenziali
13. Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
14. Misura dei costi del SSN
15. Assistenza sanitaria collettiva

Aumentare efficienza e qualità Dichiarazione congiunta di Cernobbio 6 aprile 2004

La razionalizzazione del SSN si basa su:

1. Mettere ordine nei fondamentali del SSN (mattoni)
2. Ottimizzare la domanda con "Primary Care Clinics" (UTAP)
3. Misurare gli outcomes e promuovere il governo clinico per la qualità
4. Educazione sanitaria, prevenzione primaria e diagnosi precoce
5. Centri di eccellenza clinica
6. Ricerca clinica

Assorbimento risorse* ricoveri ordinari - classi d'età



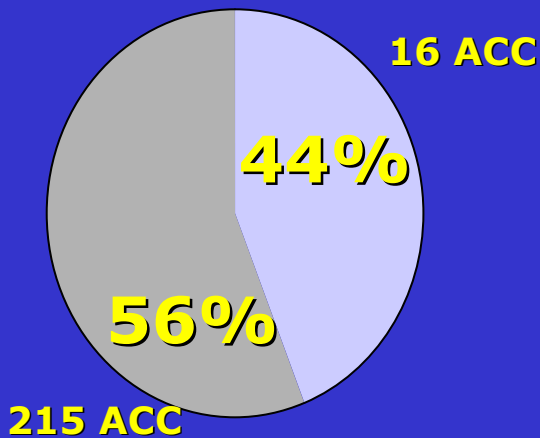
* Punti di DRG

Fonte: Base Dati
SDO nazionali anno
2002



Assorbimento risorse* ricoveri ordinari chirurgici- aggregati ACC**

Il **44%** del valore dei ricoveri ordinari chirurgici a livello nazionale è assorbito da **16** aggregati ACC di codici ICD-IX CM



Gli aggregati ACC di codici ICD IX di maggiore impatto (peso*quantità) risultano:

- Procedure su cristallino e per cataratta (6%)
- Sostituzione dell'anca, totale o parziale (4%)
- Taglio cesareo (3%)
- Bypass dell'arteria coronarica (CABG) (3%)
- Asportazione di lesione cutanea (3%)
- Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di pacemaker cardiaco o defibrillatore automatico(3%)
- Colectomia ed esplorazione del dotto comune (3%)
- Riparazione di ernia inguinale e crurale (3%)
- Resezione del colon e del retto (2%)

** Gli ACC (aggregati clinici di codici) sono stati sviluppati a partire dal 1993 dalla AHQR (*Agency for Healthcare Quality and Research*) con lo scopo di raggruppare codici ICD IX CM in un set ristretto di classi relativamente omogenee e di utilità per i ricercatori ed analisti di politica sanitaria



Stanziamenti decisi dalla Legge finanziaria 2005 (1. 311/2004)

DETERMINAZIONE FINANZIAMENTO 2005-2007

- **E' definito** il livello complessivo della spesa del Servizio Sanitario Nazionale determinato in
- **88.195 milioni di euro per l'anno 2005;**
- **89.960 milioni di euro per l'anno 2006;**
- **91.759 milioni di euro per l'anno 2007.**

RIPIANO DISAVANZI PREGRESSI

- **E' stabilito il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi del SSN per gli anni 2001, 2002, 2003 in 2.000 milioni di euro.**



Adempimenti previsti

Il NSIS prevede la raccolta dei flussi informativi finalizzati alla verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei LEA, compreso i dispositivi medici, nonché i farmaci in classe A

Razionalizzazione della rete ospedaliera: standard di P.L. è fissato a 4,5/1000, compreso la riabilitazione e la lungodegenza, da raggiungere nel triennio 2005-2007, e con possibilità di oscillazione del 5%



Intesa Stato-Regioni, 23 marzo 2005 - 2

Promozione del ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ordinario

Assicurazione di adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extra-ospedaliera

Definizione di un valore soglia per la degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungodegenza, oltre il quale applicare la riduzione almeno del 30% della tariffa giornaliera



Intesa Stato-Regioni, 23 marzo 2005 - 3

Adozione del Piano Regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della Prevenzione:

- Prevenzione cardiovascolare
- Screening dei tumori
- Prevenzione degli incidenti
- Vaccinazioni



Intesa Stato-Regioni, 23 marzo 2005 - 4

Adozione del Piano Regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, da formulare entro il 30 maggio 2005

Creazione del Centro Nazionale per l'educazione continua in Medicina, di un comitato tecnico e di una segreteria di coordinamento



Intesa Stato-Regioni, 23 marzo 2005 - 5

Promuovere lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici
per il livello ospedaliero e territoriale

Meccanismi di raccordo tra MMG ed Ospedale



Valori essenziali per il GC

- Impegno e dedizione
- Attenzione
- Competenza e GCP
- Integrità
- Confidenzialità
- Capacità di lavorare in gruppo
- Attenzione all'individuo ed alla comunità
- Educazione e training
- Contribuire alla conoscenza

Componenti del GC



Ministero
della Salute

1. Esiti / Outcomes
2. Pratica basata sull'Evidenza
3. Audit
4. Gestione del rischio
5. Linee guida cliniche
6. Collaborazione multidisciplinare
7. Ricerca e sviluppo
8. Coinvolgimento dei pazienti
9. Reclami
10. Comunicazione e record individuali, ICT
11. Apprendimento, educazione continua
12. Staff

Governo Clinico

Linee guida - 1

Sistema Nazionale Linee Guida

D.M. 30.06.04

Il SNLG è articolato in:

- Comitato Strategico
- Comitato Organizzativo
- Gruppi di Lavoro



Governo Clinico

Linee guida - 2

Sistema Nazionale Linee Guida

D.M. 30.06.04

- indicazioni operative per razionalizzare e indirizzare l'ampia produzione scientifica di settore
- metodologie e obiettivi comuni ai diversi partner istituzionali



Governo Clinico Linee guida - 5

Sistema Nazionale Linee Guida D.M. 30.06.04

- A favore dell'autonomia professionale perché consente la verifica della pratica clinica in maniera trasparente e difendibile, compreso la decisione di non aderire a linee guida



Governo Clinico Outcome - 1

- Il merito di avere introdotto il termine outcome è di Florence Nightingale che propose di monitorare gli outcomes.
- Oggi gli studi e le ricerche sugli outcome, le linee guida, e la EBM sono diventati gli argomenti più sviluppati nel campo della salute.
- Tutti studiano gli outcome: il governo, le associazioni mediche, gli ospedali, le assicurazioni, le industrie, i datori di lavoro.



Perché abbiamo bisogno delle informazioni sugli outcomes - 1

- Eliminare pratiche non necessarie
- Promuovere good practices
- Favorire il confronto tra chi acquista i servizi e chi li fornisce
- Aumentare il grado di responsabilizzazione (accountability)



Perché abbiamo bisogno delle informazioni sugli outcomes - 2

- Favorire la consapevolezza dei pazienti
- Valutare nuove procedure
- Pianificare le priorità e l'allocazione delle risorse
- Favorire la definizione, il monitoraggio e il miglioramento degli standard di cura



Ministero
della Salute



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Vol. 351:2041-2043, Nov. 11, 2004, n. 20

Improving Patient Safety: Five Years after the IOM Report

Drew E. Altman, Ph.D., Kaiser Foundation

Carolyn Clancy, M.D., AHRQ

Robert J. Blendon, Sc.D., HSPH

Il problema della sicurezza dei pazienti può essere meno difficile da risolvere rispetto ad altri punti critici (non-autosufficienza, spesa farmaceutica e altro) perchè non coinvolge nè introduce quelle differenze ideologiche e di parte che possono provocare una situazione di stallo



Ministero
della Salute

Governo Clinico Gestione del rischio - 1

COMMISSIONE TECNICA SUL RISCHIO CLINICO

Dipartimento della Qualità, Direzione
Generale della Programmazione
Sanitaria, dei Livelli essenziali di
assistenza e dei Principi etici di sistema



Ministero
della Salute

www.ministerosalute.it



Ministero della Salute

*DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI ESSENZIALI
DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA*

Risk management in Sanità Il problema degli errori

*Commissione Tecnica sul Rischio Clinico
(DM 5 marzo 2003)*



Roma, marzo 2004



Ministero
della Salute

Governo Clinico Gestione del rischio - 2

Gruppo di lavoro
“Valutazione degli approcci metodologici in tema
di Rischio clinico”
D.D. maggio 2004



Governo Clinico

Gestione del rischio - 3

- Formazione
- Eventi sentinella
- Eventi avversi
- Eventi sanitari vicini agli errori (near misses)
- Raccomandazioni



RACCOMANDAZIONE SUL CORRETTO UTILIZZO DELLE SOLUZIONI CONCENTRATE DI CLORURO DI POTASSIO – KCl – ED ALTRE SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI K

- Il Cloruro di Potassio – KCl - per via endovenosa può causare effetti letali se somministrato in modo inappropriato
- La somministrazione endovenosa di Cloruro di Potassio (KCl) è oggetto di questa prima raccomandazione.
- La somministrazione di KCl è stata implicata in alcuni decessi nel nostro paese, come in molti altri paesi. Numerosi ospedali hanno già attivato procedure per rimuovere questo farmaco dai reparti ospedalieri non impegnati in attività critiche ed è necessario che queste procedure siano rapidamente implementate in tutte le strutture ospedaliere del nostro paese.
- Raccomandazione n. 1, Aprile 2005



Conclusioni - 1

- Aumentare la credibilità del sistema
- Avvicinare la visione dei professionisti a quella dei pazienti
- Pubblicizzazione dei dati
- Promuovere la diffusione di strumenti IT
- Responsabilizzazione di tutti gli operatori nel proprio ruolo e nell'organizzazione



Conclusioni - 2

- Completamento del sistema ECM
- Rilancio del Programma Nazionale Linee Guida (PNLG) per farlo evolvere in un Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG)
- Modifica normativa che renda più forte nelle Aziende Sanitarie la possibilità di praticare il Governo Clinico (Disegno di legge n. 5107)
- Contatti governoclinico@sanita.it, www.ministerosalute.it tramite Sezione dedicata e-mail: [Sezione dedicata su](mailto:Sezione_dedicata@sanita.it)