



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

Filippo Palumbo  
Ministero della salute, Dipartimento della qualità  
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria,  
dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema  
*f.palumbo@sanita.it*

Torino 07-12-04

1



Quali scenari per le  
attività cliniche nel  
Servizio Sanitario  
Nazionale ?

2



Fasi della programmazione  
sanitaria nazionale

- Fase del d.lgs 502/92
- Aggiustamenti successivi fino al PSN 1994-1996
- Fase del d.lgs 229/99
- Fase attuale

3



Fase attuale che caratterizza la  
programmazione sanitaria  
nazionale

4



Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001

- Presa d’atto della nuova realtà istituzionale (Riforma del Titolo V)
- Equilibrio tra costi effettivamente sostenuti e copertura garantita del fabbisogno finanziario
- Ridefinizione dei LEA

5



- Decreto legge 347/2001
- DPCM 29 Nov 2001 (LEA)
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

6



## Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Vara una strategia coordinata per promuovere un' impostazione intersettoriale delle politiche per la tutela della salute, che contempli 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

7



## ACCORDO STATO REGIONI 24 LUGLIO 2003

### OBIETTIVI PRIORITARI :

- Attuazione LEA
- Cure primarie
- Centri di eccellenza
- Non autosufficienza
- Comunicazione istituzionale (Prevenzione)
- 

8



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

### 5 LINEE PROGETTUALI :

- Attuazione LEA
- Cure primarie
- Centri di eccellenza
- Non autosufficienza
- Comunicazione istituzionale (Prevenzione)

### 1 PROGETTO STRATEGICO COLLABORATIVO STATO REGIONI (Progetto mattoni)

9



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

- |   |   |
|---|---|
| • Classificazione delle strutture                 | • Misura dell'outcome                           |
| • Classificazione delle Prestazioni ambulatoriali | • Realizzazione del Patient File                |
| • Evoluzione del sistema DRG nazionale            | • Prestazioni farmaceutiche                     |
| • Ospedali di riferimento                         | • Pronto soccorso e 118                         |
| • Standard minimi di quantità di prestazioni      | • Prestazioni residenziali e semiresidenziali   |
| • Tempi di attesa                                 | • Assistenza primaria e prestazioni domiciliari |
| • Misura dell'appropriatezza                      | • Misura dei costi del SSN                      |
| •   | • Assistenza sanitaria collettiva               |
| •   | •   |
| •   | •   |

10



## I 15 mattoni

- |   |                                |
|---|--------------------------------|
| • Classificazione delle strutture               | • VENETO - Calabria            |
| • Prestazioni ambulatoriali                     | • LOMBARDIA - Molise           |
| • Evoluzione dei DRG                            | • EMILIA ROMAGNA - Basilicata  |
| • Ospedali di riferimento                       | • Ministero salute             |
| • Standard minimi di qualità di prestazioni     | • PIEMONTE - Sardegna          |
| • Tempi di attesa                               | • ASSR                         |
| • Misura dell'appropriatezza                    | • UMBRIA - P.A. Trento         |
| • Misura dell'outcome                           | • ISS                          |
| • Realizzazione del patient file                | • TOSCANA - Sicilia            |
| • Prestazioni farmaceutiche                     | • FRIULI V.G. - Valle d' Aosta |
| • Pronto soccorso e 118                         | • LAZIO - Liguria              |
| • Prestazioni residenziali e semi               | • MARCHE - P.A. Bolzano        |
| • Assistenza primaria e prestazioni domiciliari | • PUGLIA - Lombardia           |
| • Misura dei costi del SSN                      | • ASSR - Abruzzo               |
| • Assistenza sanitaria collettiva               | • CAMPANIA - Emilia Romagna    |
| •   | •                              |
| •   | •                              |

11



## Aumentare efficienza e qualità. Obiettivi e priorità (Dichiarazione congiunta di Cernobbio )

- La razionalizzazione del SSN passa necessariamente per una serie di iniziative individuate e concordate a Cernobbio:  
Promuovere due azioni trasversali
  - Progetto *mattoni*
  - Promuovere la ricerca
- Agire in tre direzioni
  - rilancio operativo ed una organica pianificazione degli interventi di prevenzione
  - ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie
  - riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici in particolare le cure ospedaliere.
- 

12



## Sanità futura oltre Cernobio

### Le tre direzioni

- rilancio operativo ed una organica pianificazione degli interventi di prevenzione
- ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie
- riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici in particolare le cure ospedaliere.

**devono confluire in una forte  
INTEGRAZIONE**

13



## Quale idea dietro Cernobio ?

- 
- 
- 
- **Occorre un forte incremento delle risorse**
- **Per quanto cospicuo potrà essere tale incremento, le risorse aggiuntive saranno prenotate da due tematiche assistenziali connesse alla cosiddetta transizione epidemiologica**
  - La tematica della non autosufficienza e della disabilità
  - Il peso crescente del trattamento di casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali
- **La conseguente necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per i rimanenti interventi**
- 
- 
- 

14



## Tematica della non autosufficienza e della disabilità

•

•  
•  
•

15



## La transizione epidemiologica-1

- L'insieme dei fenomeni che stanno cambiando criticamente il profilo demografico in tutte le aree mondiali e quindi anche il peso specifico delle patologie incidenti sulle singole classi di età è stato definito

“transizione epidemiologica”.

16



## La transizione epidemiologica-2

- 
- **In tutti i paesi sviluppati l'invecchiamento della popolazione determina una crescita esponenziale della domanda di salute, che riguarda prioritariamente la popolazione anziana**
- **L'Europa Occidentale si trova nella quarta fase della transizione epidemiologica, in cui gli interventi di prevenzione primaria e secondaria sono in grado di contrastare con un certo successo malattie ischemiche, cerebrovascolari e tumorali ritardando l'insorgenza e/o gli esiti mortali di queste malattie ad età sempre più avanzata**
- 

Source: Yusuf, S, Reddy S, Oununpuu S, Anand S. Global Burden of Cardiovascular Diseases. Part I: General considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. Circulation. 104:2746-2753, 2001.

17

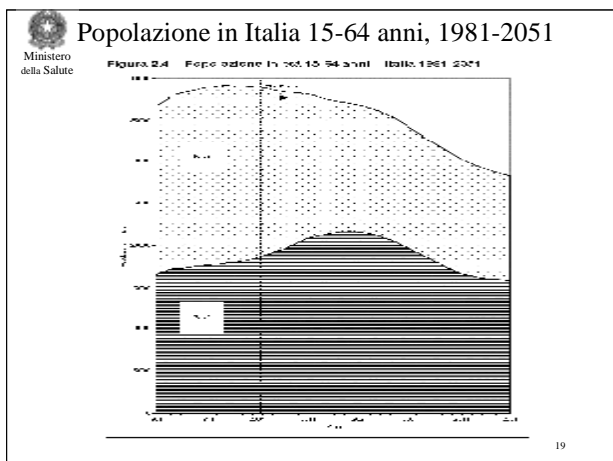


## Invecchiamento-1

- 
- 
- **L'Europa è in testa tra le aree del mondo nelle quali è previsto un più elevato aumento della percentuale di popolazione con età maggiore di 60 anni, secondo un rapporto pubblicato sul sito delle Nazioni Unite.**
- 
- **Per l'Italia l'ISTAT prevede: “...un fatto rimane comunque assodato: il paese dovrà convivere con una sempre maggiore presenza di anziani e predisporre le strutture per assorbire positivamente l'impatto della nuova situazione. Il progressivo invecchiamento della popolazione..... avrà, infatti, un grosso impatto su diverse sfere della società (stato di salute della popolazione, sistema previdenziale, potenziale umano ecc..).**
- 

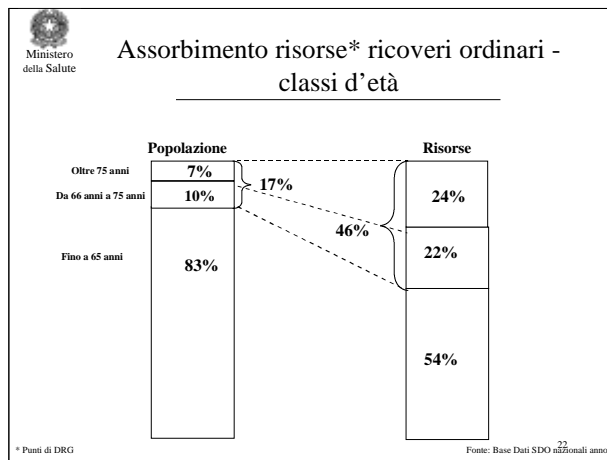
Fonte: ISTAT: Previsioni della popolazione residente per sesso, età e regione dal 1.1.2001 al 1.1.2051, 2000)

18



- Ministero della Salute
- ### Invecchiamento-2
- - 
  - Secondo una recente stima, tra 20 anni un terzo della popolazione italiana sarà composto da persone al di sopra di 60 anni, per un totale di circa 18 milioni di persone, e condividerà con il Giappone questo primato mondiale.
  - 
  - A confronto del 33% di popolazione 60+ di Italia e Giappone, gli Stati Uniti si pongono in posizione intermedia con il 25%, mentre la Cina non supera il 20%, e l'India raggiunge appena il 12%.
  -
- 20

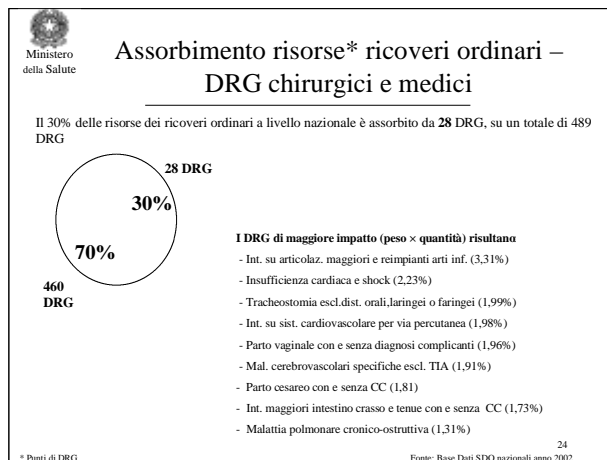
- Ministero della Salute
- ### Aumento del grado di disabilità medio
- - 
  - Cambierà anche la composizione per età e per livelli di disabilità della popolazione disabile, con un aumento proporzionale del gruppo con livelli di disabilità più elevati, dovuto alla più rapida crescita demografica del gruppo degli "oldest-old" (85 ed oltre).
  - La componente con il più alto grado di disabilità è destinata a crescere più rapidamente, provocando l'aumento del grado di disabilità medio nella popolazione disabile.
  - Presenza di un numero sempre crescente di persone funzionalmente compromesse.
- 21



Ministero della Salute

### Peso crescente del trattamento di casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali

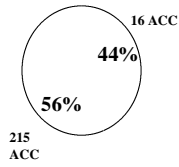
23





## 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 classi relativamente omogenee e di utilità per i ricercatori ed analisti di politica sanitaria

\* Punti di DRG

Fonte: Base Dati SDO nazionali anno 2002

25



## Necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per i rimanenti interventi

- cure primarie
- governo clinico
- prevenzione

26



## Perché un impegno straordinario sui temi del governo clinico

- 
- Il Servizio sanitario nazionale sta conoscendo importanti cambiamenti
- 
- Si è in presenza di una sempre più forte articolazione del modello assistenziale ed erogativo delle prestazioni con una rilevante riallocazione di risorse.
- 

27



## Allocazione delle risorse per il triennio 2002-2004 e valori rilevati anni 2000-2001-2002

MACRO LIVELLI DI ASSISTENZA	Valori percentuali di riferimento per il triennio 2002-2004	Valori percentuali rilevati Anno 2000	Valori percentuali rilevati Anno 2001	Valori percentuali rilevati Anno 2002
A Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5%	3,6%	4,3%	4%
B Assistenza distrettuale totale	49,5%	46,6%	47,6%	49,8%
C Assistenza ospedaliera	45,5%	49,8%	48,1%	46,2%

28



## Situazione dei Posti letto Italia 1986-2002

Anno 1986			
Posti letto pubblici	Posti letto accreditati	Totale Posti letto	Totale Posti per 1000 Abitanti
374.989	70.225	445.214	7,77
Anno 2002			
Posti letto pubblici	Posti letto accreditati	Totale Posti letto	Totale Posti per 1000 Abitanti
232.325	51.918	284.243	5,00

29



## Perché un impegno straordinario sui temi del governo clinico - 3

- 
- 
- Il tema della riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici, in particolare le cure ospedaliere, richiama l'approccio della *Clinical Governance*
- 

30



Ministero  
della Salute

### Definizione operativa del governo clinico

Il Governo clinico (GC) - *Clinical Governance* - è uno strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive e dei capitali del SSN, con lo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale.

31



Ministero  
della Salute

### Definizione operativa del governo clinico

Il Governo clinico (GC) - *Clinical Governance* - garantisce una convergenza fra approcci professionali (accreditamento fra pari) e manageriali (certificazione ISO 9000, Total quality Management) .

*Plebani 2004*

32



Ministero  
della Salute

### Componenti coerenti del GC

- Apprendimento, educazione continua, e training
- Risk management clinico
- Audit
- Pratica Evidence-based
- Linee guida cliniche
- Reclami e cause (giudiziarie)
- Comunicazione e record individuali
- Ricerca e sviluppo
- Esiti / Outcomes
- Collaborazione multidisciplinare
- Coinvolgimento dei pazienti
- Staff
- 

33



Ministero  
della Salute

### Ambiti del GC

La capacità di raggiungere buoni livelli di qualità dipende dalla combinazione di tre ambiti di sviluppo relativi a:

- paziente/utente/cliente
- operatori sanitari
- organizzazione

34



Ministero  
della Salute

### Strategia operativa per l'implementazione del governo clinico

Poiché .....

- Il Governo Clinico individua l'importanza dell'organizzazione, del team, e dei sistemi nel contesto dei servizi sanitari, rispetto al lavoro individuale in isolamento.
- 
- Il Governo Clinico fornisce un quadro di riferimento per mettere insieme i numerosi aspetti della qualità, l'audit ed il feedback, l'efficacia clinica, la riduzione degli errori ed il risk management, l'evidence based medicine, il coinvolgimento dei pazienti, la formazione continua.
- 

35



Ministero  
della Salute

### Strategia operativa per l'implementazione del governo clinico - 2

E poiché .....

- Il Dipartimento clinico assistenziale è individuato dal nostro ordinamento quale strumento deputato a consentire l'integrazione delle attività diagnostiche terapeutiche nei presidi ospedalieri.

Conseguentemente.....

- Si individua nel rilancio del ruolo del Dipartimento una linea operativa attraverso la quale implementare lo sviluppo del Governo Clinico.
- 
- 

36



### Strategia operativa per l'implementazione del governo clinico - 3

- Il Ministero della Salute si fa promotore di una serie di iniziative (la prima delle quali si è infatti già tenuta a Cernobio) per una nuova ed effettiva fase di consolidamento dei Dipartimenti a cominciare dai presidi che ospitano alte specialità.
- Al tempo stesso il Ministero promuove tre fondamentali iniziative di carattere nazionale
  - 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 piu' forte nelle aziende sanitarie la possibilità di praticare il Governo Clinico

37



### Responsabilità del GC a livello di presidio o azienda ospedaliera

Una figura che

- Deve coordinare e monitorizzare il processo del GC
- Fornire supporto ai responsabili del GC di ogni dipartimento, e valutare i loro progressi rispetto agli obiettivi
- L'ambito del GC è la pratica clinica e quindi deve essere guidato da un clinico

- 
- 
- 

38



### L'iniziativa legislativa sul tema del governo clinico

Il disegno di legge prevede (2) :

- Ruolo del responsabile del Direttore sanitario di presidio ospedaliero
- Coinvolgimento del Collegio di direzione
- Nuova modalità di conferimento dell'incarico di dirigente di struttura complessa : commissione presieduta dal responsabile del coordinamento clinico, valutazione distinta dei titoli professionali, scientifici e di carriera, terna dei tre migliori, scelta del DG
- Criteri analoghi per i dirigenti sanitari nelle strutture private accreditate

- 
- 

39



### L'iniziativa legislativa sul tema del governo clinico

Il disegno di legge prevede (3) :

- Fase transitoria
  - ù Coinvolgimento del Collegio di direzione
  - ù Nuova modalità di conferimento dell'incarico di dirigente di struttura complessa : commissione presieduta dal responsabile del coordinamento clinico, valutazione distinta dei titoli professionali, scientifici e di carriera, terna dei tre migliori, scelta del DG
  - ù Criteri analoghi per i dirigenti sanitari nelle strutture private accreditate
  - ù Nomina del Direttore di Dipartimento
  - ù Coordinatore clinico nei presidi ospedalieri in cui insistono strutture o servizi di alta specialità, nominato su proposta dei dirigenti sanitari di struttura complessa

- 
- 

40



### in sintesi .....

- Le possibilità di mantenimento e sviluppo del SSN sono legate al rilancio delle attività di prevenzione, alla ridefinizione dell'assistenza primaria ed alla riqualificazione dei percorsi di diagnosi e cura, in primis, delle cure ospedaliere
- La riqualificazione delle cure ospedaliere comporta lo sviluppo della Clinical Governance
- Per promuovere su base sistemica le attività di Governo Clinico è necessario diffondere effettivamente il modello del Dipartimento clinico assistenziale, a partire dai presidi con alte specialità
- Offrire una sponda nazionale a tutto il processo attraverso l' ECM e SNLG

- 

41