



**IL GOVERNO CLINICO QUALE ELEMENTO DI OTTIMIZZAZIONE DELLE CURE:  
IL CENTRO DI COORDINAMENTO DEL GOVERNO CLINICO DELL'ISS**

**LUIGI BERTINATO**

*COORDINATORE CLINICAL GOVERNANCE*

*ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ*

*UDINE, 13 DICEMBRE 2018*

*"una finestra sul mondo".*





*Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978*

*Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I*

**GAZZETTA**  **UFFICIALE**  
**DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

**PARTE PRIMA**

**ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978**

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI  
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508**

**LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.**

**Istituzione del servizio sanitario  
nazionale.**

  
**1978 - 2018**

# Istituto Superiore di Sanità: mission e vision

## Mission

Promozione e tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.



## Vision

Produzione di conoscenze mediante la ricerca e la sperimentazione e diffusione delle conoscenze e delle evidenze scientifiche ai decisori, agli operatori e ai cittadini al fine di tutelare e promuovere la salute pubblica.



# Istituto Superiore di Sanità: le sfide

L'attività programmatica di un ente di ricerca qual è l'Istituto Superiore di Sanità va necessariamente inquadrata all'interno del contesto nazionale italiano, tenendo tuttavia presente anche lo scenario internazionale.

I cambiamenti nella domanda e nell'offerta di servizi sanitari

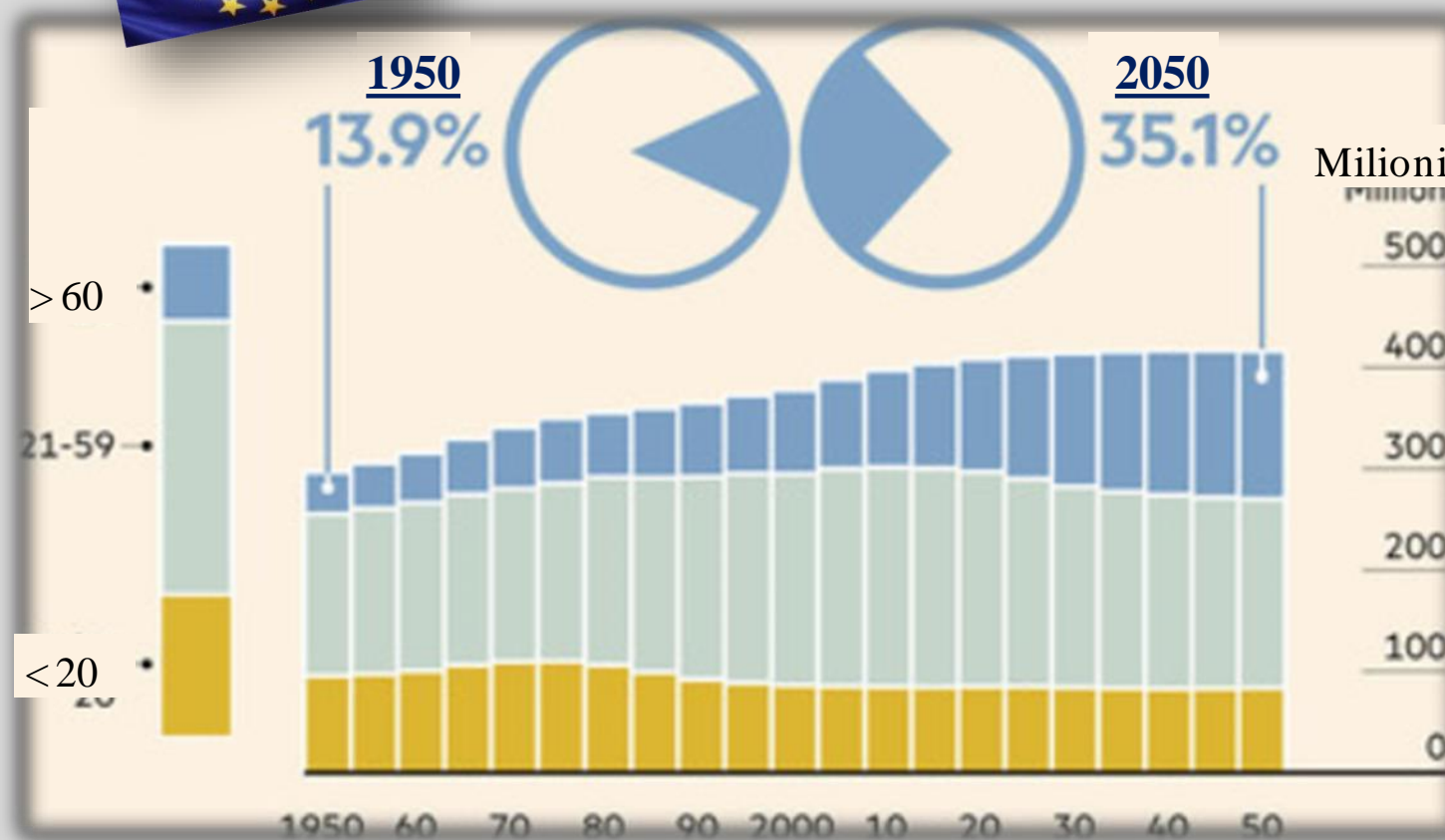


# Domanda di servizi sanitari

**DEMOGRAFIA: Entro il 2050 oltre 1/3 della popolazione dell'UE avrà un'età maggiore di 60 anni**



**%popolazione UE di 60 anni e oltre**



# Sfide comuni

Le persone vivono più a lungo e hanno meno figli.

Le persone migrano all'interno del proprio Paese e tra Paesi.

Le città diventano sempre più grandi.

Le malattie croniche dominano il carico di malattia.

La depressione e i problemi cardiaci sono le principali cause della perdita di anni in buona salute.

Le malattie infettive, quali l'HIV e la tubercolosi rimangono una sfida da tenere sotto controllo.

Gli organismi antibiotico-resistenti stanno emergendo.

I sistemi sanitari devono far fronte a costi crescenti

L'assistenza primaria è debole e carente di servizi di prevenzione.

Le capacità dei sistemi sanitari pubblici sono obsolete.

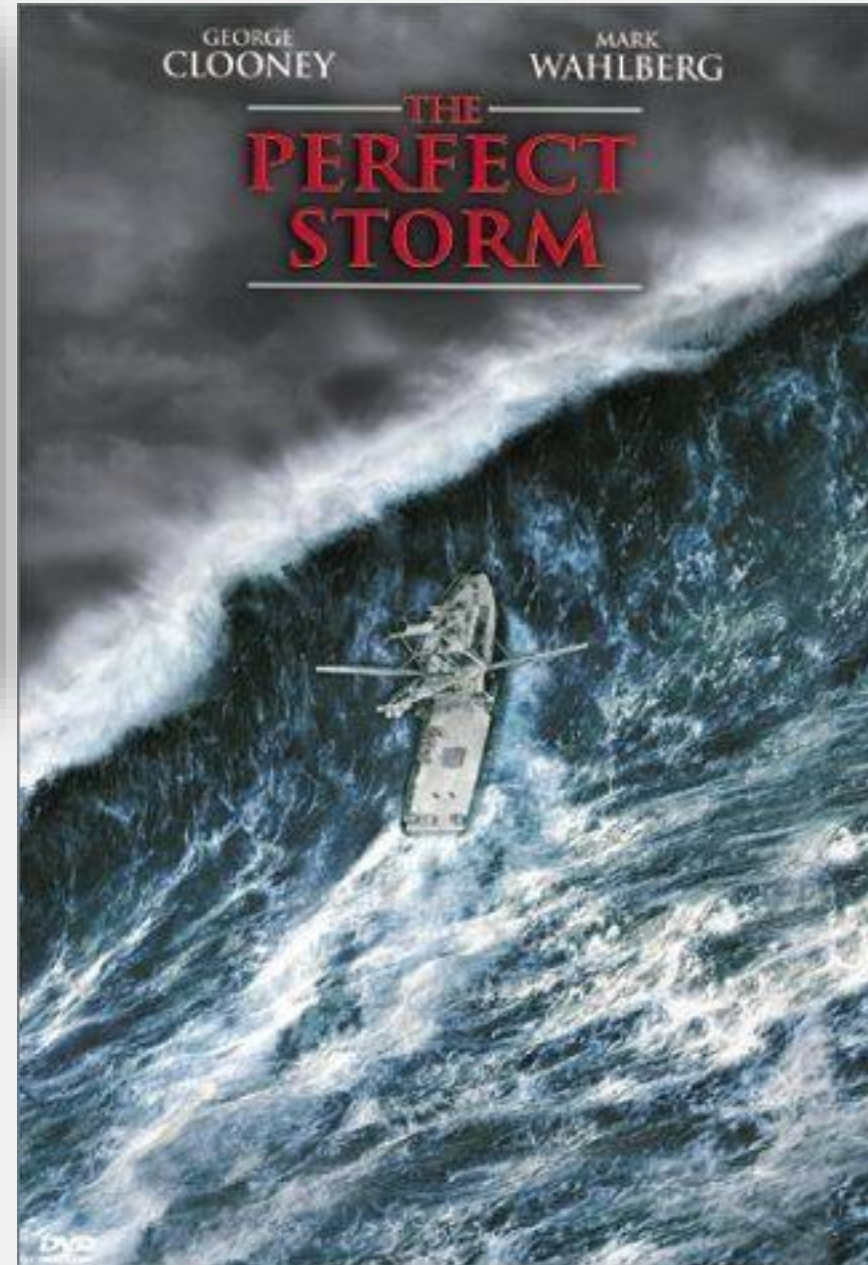
**Inuovi scenari a cui devono far fronte i sistemi sanitari sono il preludio della "tempesta perfetta"**





A "**perfect storm**" is an expression that describes an event where a rare combination of circumstances will aggravate a situation drastically.

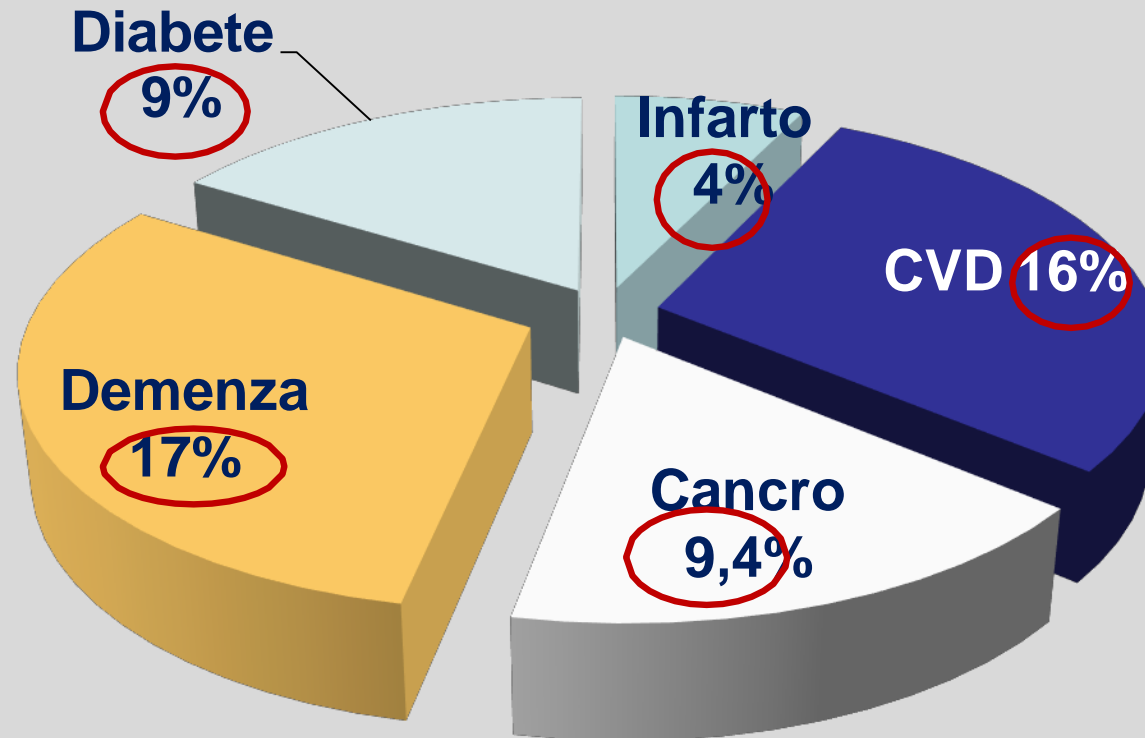
The term is also used to describe an actual phenomenon that happens to occur in such a confluence, resulting in an event of unusual magnitude.



# Condizioni croniche e peso economico in UE

Sistima che le condizioni croniche più comuni costino ai Paesi dell'Unione Europea oltre **1 miliardo di € l'anno; entro il 2050 I costi saranno di 6 miliardi di € l'anno.**

Nel Regno-Unito, il costo delle patologie croniche quali l'infarto, le patologie cardiovascolari, il diabete, il cancro e le demenze, rappresentano cumulativamente fino al **50%** della spesa sanitaria totale.



**Nessun Paese può permetterselo**

# The economic burden of error

	Cost (£billions)	Percent of efficiency challenge
Base case	2.5	11%
Excess bed days	1 - 2.1	7%
25%- 50% higher event rate	3.2 - 3.8	16%

£1 billion to £3.8 billion preventable errors in English NHS per annum

# Key reports



European  
Commission

## **Costs of unsafe care and cost effectiveness of patient safety programmes**

## **THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY**

Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level


Luke Slawomirski, Ane Auraaen  
and Niek Klazinga

# Nuovo ruolo ISS:normativa di riferimento «Linee-guida»



[Legge 8 marzo 2017, n. 24](#) «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie» *Gazzetta Ufficiale n. 64 del 17 marzo 2017*;

 [Decreto Ministero della Salute 2 agosto 2017](#) «**Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie (17A05598)**» (*GU Serie Generale n.186 del 10-08- 2017*);

 [Legge 11 gennaio 2018, n. 3](#) «Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute (18G00019)» (*GU Serie Generale n. 25 del 31-01-2018*) note: entrata in vigore del provvedimento: 15/02/2018;

 [Decreto Ministero della Salute 27 febbraio 2018](#) «**Istituzione del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) (18A01899)**» (*GU Serie Generale n.66 del 20-03-2018*).

# Definizione di un processo per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza

Commissione Nazionale per l'Aggiornamento dei LEA e la Promozione dell'Appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale

*Istituita «nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal SSN nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica»*

**Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di bilancio 2016)**

Art.1, comma 556

**GAZZETTA UFFICIALE**  
  
**DELLA REPUBBLICA ITALIANA**

PARTE PRIMA

Roma - Sabato, 18 marzo 2017

SI PUBBLICA TUTTI I  
GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA  
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO  
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
12 gennaio 2017.

**Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.**

**Capo III**  
**Assistenza distrettuale**

Art. 3  
Aree di attività dell'assistenza distrettuale

1. Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:
  - a) assistenza sanitaria di base
  - b) emergenza sanitaria territoriale
  - c) assistenza farmaceutica
  - d) assistenza integrativa
  - e) assistenza specialistica ambulatoriale
  - f) assistenza protesica
  - g) assistenza termale
  - h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale
  - i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale

**Capo V**  
**Assistenza ospedaliera**

Art. 36  
Aree di attività dell'assistenza ospedaliera

1. Il livello dell'assistenza ospedaliera si articola nelle seguenti aree di attività:
  - a. pronto soccorso;
  - b. ricovero ordinario per acuti;
  - c. day surgery;
  - d. day hospital;
  - e. riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
  - f. attività trasfusionali
  - g. attività di trapianto di organi e tessuti
  - h. centri antiveleni (CAV)

# LEGGE N. 24, 8 MARZO 2017

17-3-2017	GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA	Serie generale - n. 64
<b>LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI</b>		
<u>LEGGE 8 marzo 2017, n. 24.</u> <u>Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.</u>		tario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale

La così detta Legge Gelli è importante ai nostri fini perché introduce il tema delle Linee Guida e della «standardizzazione delle cure». Infatti:

**1. Sicurezza delle cure in sanità**

2. Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente

**3. Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità**

4. Trasparenza dei dati

**5. Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida**





## snlg.iss.it



  18 aprile 2018  Editoriale

### Presentazione del nuovo SNLG

Le Linee Guida (LG) di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola-laddove possibile- con il paziente o i caregivers. Conoscere...

[Continua...](#) ▶

# Sostenibilità dei sistemi sanitari

Tre sono i principali fattori fondamentali per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari:

- 1) Investire in prevenzione e intervenire precocemente.
- 2) Favorire l'empowerment (responsabilizzazione) dei cittadini, ovvero insegnare loro ad essere più consapevoli e responsabili della propria salute.
- 3) Riorganizzare i sistemi sanitari e l'erogazione delle prestazioni, ponendo al centro il paziente e riorientando il centro delle cure tra ospedali e comunità.

**Prevenzione  
e trattamento  
tempestivo**

**Responsabilizzazione  
dei cittadini**

**Riorganizzazione  
delle cure**

# Nuovo ruolo dell'ISS: nasce la Struttura per la Clinical Governance

A partire dalla fine degli anni '90 (NHS, 1998) è emerso il modello della **CLINICAL GOVERNANCE**, ovvero “un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di alti livelli di cure, attraverso la creazione di un ambiente che favorisce l'eccellenza professionale”. E' questa un'indispensabile funzione di garanzia dei cittadini e controllo dei *processi, performances* ed *outcomes*, a tipica valenza “pubblica” per cui occorre attrezzarsi culturalmente e disporre di strumenti all'uopo.

**Così è nata l'idea di una Struttura di Clinical Governance in seno all'ISS.**

# Definizioni CG

## Definizione 1

(Ref. Department of Health - The new NHS: Modern Dependable. Stationary Office. London 1997)

- Il Governo Clinico (CG) è un sistema volto al perseguimento continuo di standard di qualità ed eccellenza in sanità.

## Definizione 2

(Referenza: Piano Sanitario Regionale Emilia Romagna 1999-2001)

- Il Governo Clinico (GC) è 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”).

## Definizione 3

(Ref: Brennan N, Flynn M. Clin Govern Int J 2013)

- Clinical governance: Structures, systems, and standards applying to create a culture, and direct and control clinical activities.

# IL BUON GOVERNO: UNA CULTURA ANTICA

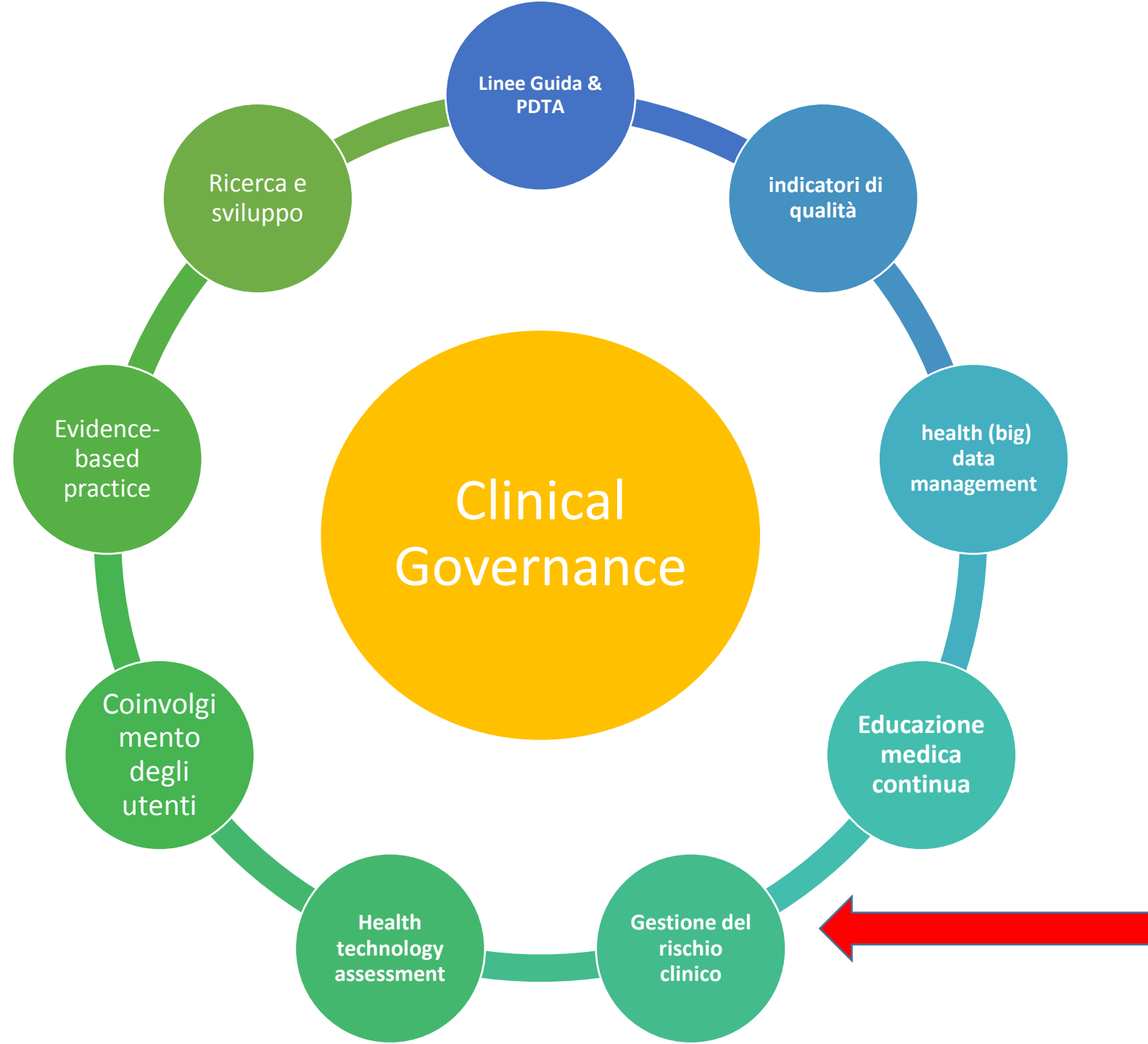




# Forum Risk: ISS: Ricciardi **ecco l'Area della ClinicalGovernance**

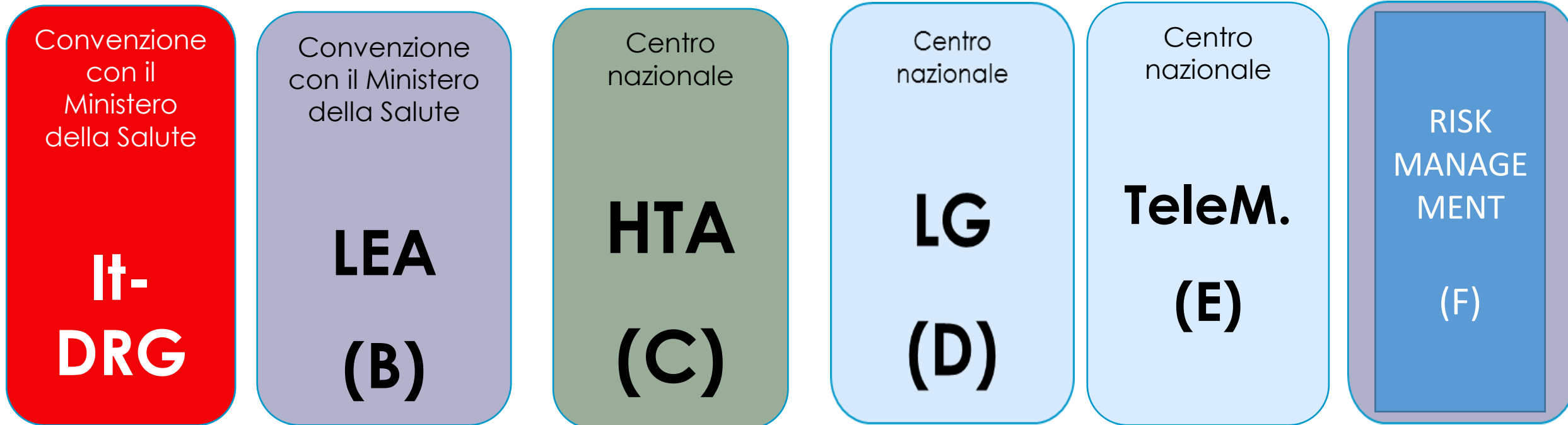
(AGENPARL) Firenze, 28 novembre –L'annuncio è stato fatto in occasione dell'apertura del 12°forum risk-management, Firenze Fortezza da basso. Noi, ha proseguito Ricciardi, come Istituto Superiore di Sanità siamo chiamati a fornire risposte scientifiche a chi, come i politici, nelle varie sedi istituzionali disegnano la sanità del futuro.

Le tre sfide che ci riguardano da vicino sono: lo studio dell'eccessiva variabilità da regione a regione, gli sprechi e la sotto valorizzazione delle risorse. Per questo, e mi fa piacere annunciarlo qui al Forum, ha dichiarato Ricciardi, abbiamo istituito l'Area Clinical Governance che avrà compiti ben specifici: Ridisegnare i DRG, una nuova articolazione delle linee guida, delle tecnologie, ma soprattutto un nuovo approccio ai LEA.





# STRUTTURA DELLA CLINICAL GOVERNANCE IN ISS



INTERAZIONE CON I CENTRI COLLABORATORI ISS (Dir Generale)



*Istituto superiore di sanità*

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL SOSTEGNO ED ALLA  
REALIZZAZIONE DI ATTIVITA' DI *CLINICAL GOVERNANCE* NELL'AMBITO DELLE  
COMPETENZE DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Roma, 13 Novembre 2017

## **ORGANIZZAZIONE DEI CENTRI COLLABORATORI PRESSO L'ISS COMPITI E ATTIVITA'**

L'Istituto superiore di sanità, in base alle motivazioni ed al quadro giuridico di riferimento sopra indicato, mira a costituire, mediante una procedura di evidenza pubblica, una lista di soggetti qualificati ed idonei a svolgere in collaborazione con l'ente, in materia di *Clinical Governance*, le tematiche di seguito indicate:

# 11 AREE DI ATTIVITA'



	Ambiti di applicazione (*)
Evidence Based Medicine, Health Care Management, Health Care Policy	Analisi e implementazione delle evidenze scientifiche a supporto delle decisioni cliniche, manageriali e di politica sanitaria
Health Technology Assessment	Generazione di evidenza scientifica e produzione di documenti di HTA; supporto al loro utilizzo nei processi decisionali
Valutazione dei sistemi sanitari	Valutazione delle performance dei sistemi sanitari in termini di struttura e di utilizzo (accessibilità, appropriatezza, efficacia, efficienza, continuità, adattabilità) e risultato (cambiamenti dello stato di salute dovuto ad interventi sanitari : mortalità, morbidità, fattori di rischio,...)
Health Impact Assessment	Valutazione scientifica e sociale dell'impatto sulla salute di politiche, programmi o progetti.
Informazione e coinvolgimento dei cittadini e dei pazienti	Implementazione di progetti mirati al coinvolgimento dei cittadini dei pazienti nei processi decisionali e nei programmi di implementazione di scelte di policy e di management in ambito sanitario
Linee guida;	Programmi di prioritizzazione della produzione di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali per il SNLG; Produzione e valutazione di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali; Partnership con centri nazionali e internazionali attivi nella produzione, valutazione e implementazione di linee guida
Livelli essenziali di assistenza (LEA);	Supporto metodologico per l'analisi di tecniche, procedure e servizi sanitari da introdurre nei livelli essenziali d'assistenza
Sistemi di classificazione dei pazienti (DRG);	Supporto metodologico per la valutazione e la sperimentazione di sistemi di classificazione dei pazienti e delle prestazioni sanitarie e per la relativa valutazione dei costi
Gestione del Rischio clinico	Supporto metodologico alla implementazione di programmi per la gestione del rischio clinico nell'ambito di modelli di governance dei servizi sanitari.
Sistemi di misurazione delle performance cliniche e sanitarie	Sviluppo ed utilizzo di strumenti e metodologie per la valutazione delle pratiche assistenziali.
Promozione della qualità dei servizi e dei sistemi sanitari	Sviluppo ed utilizzo di strumenti e metodologie per la valutazione delle pratiche assistenziali per il miglioramento e la qualità dei servizi e dei sistemi sanitari

(\*) Gli ambiti di applicazione elencati nella tabella sono da intendersi a titolo indicativo e non esauriscono gli possibili ambiti di collaborazione.

# CARTOGRAMMA DEI CENTRI COLLABORATORI



■ Centri collaboratori

★ Nuovi

# CENTRI COLLABORATORI per singola Regione

## Friuli Venezia Giulia 5



- ASL n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" di Gorizia
- Azienda Sanitaria Universitaria Integrale di Udine
- CRO di Aviano - IRCCS
- Università degli Studi di Udine – Dip. Di Area Medica
- IRCCS Burlo Garofolo\*

# CENTRI COLLABORATORI per Regione e tipologia di Ente

Regione	Enti	Dipartimenti
Lazio	9	10
Lombardia	9	9
Emilia Romagna	5	7
Toscana	4	4
FVG	5	5
Piemonte	2	2
Veneto	2	2
Umbria	2	2
Campania	2	2
Sicilia	2	2
Puglia	1	1
Liguria	2	1
PA Trento	1	
Sardegna	1	

Tipologia	Enti
Università	12
IRCCS	12
AOU	11
Regione	5
ASL	4
Agenzia Regionale della Sanità	1
Fondazione	1

# DESTINATARI

- A) Attività di Clinical Governance rivolte all'interno dell'ISS( Dipartimenti, Centri Nazionali ecc.)
- B) Attività di Clinical Governance destinate all'Esterno dell'ISS, per il SSN.

**RUOLO DELL'ISS  
NELLA  
«GOVERNANCE»  
DEL SSN**



**Le linee di tendenza delle funzioni  
ospedaliere nel futuro**



# APPROCCIO INTEGRATO : IL RUOLO DELLA DIREZIONE STRATEGICA





## Progetto di un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere

- Il Progetto IT DRG
- È l'unità dell'Area della Clinical Governance nata dalla convenzione con la **Direzione della Programmazione del Ministero della Salute** riguardo al progetto IT-DRG ovvero nuova classificazione dei ricoveri, per la misurazione e valorizzazione dei prodotti delle strutture ospedaliere in collaborazione con le **Regioni FVG (classificazione delle diagnosi it-ICD10.IM), Lombardia (Classificazione delle Procedure - nuova codifica CIPI) ed Emilia-Romagna (Classificazione dei ricoveri - Grouper it-DRG)**, coinvolte nel progetto stesso.
- Fase di sperimentazione in 40 ospedali

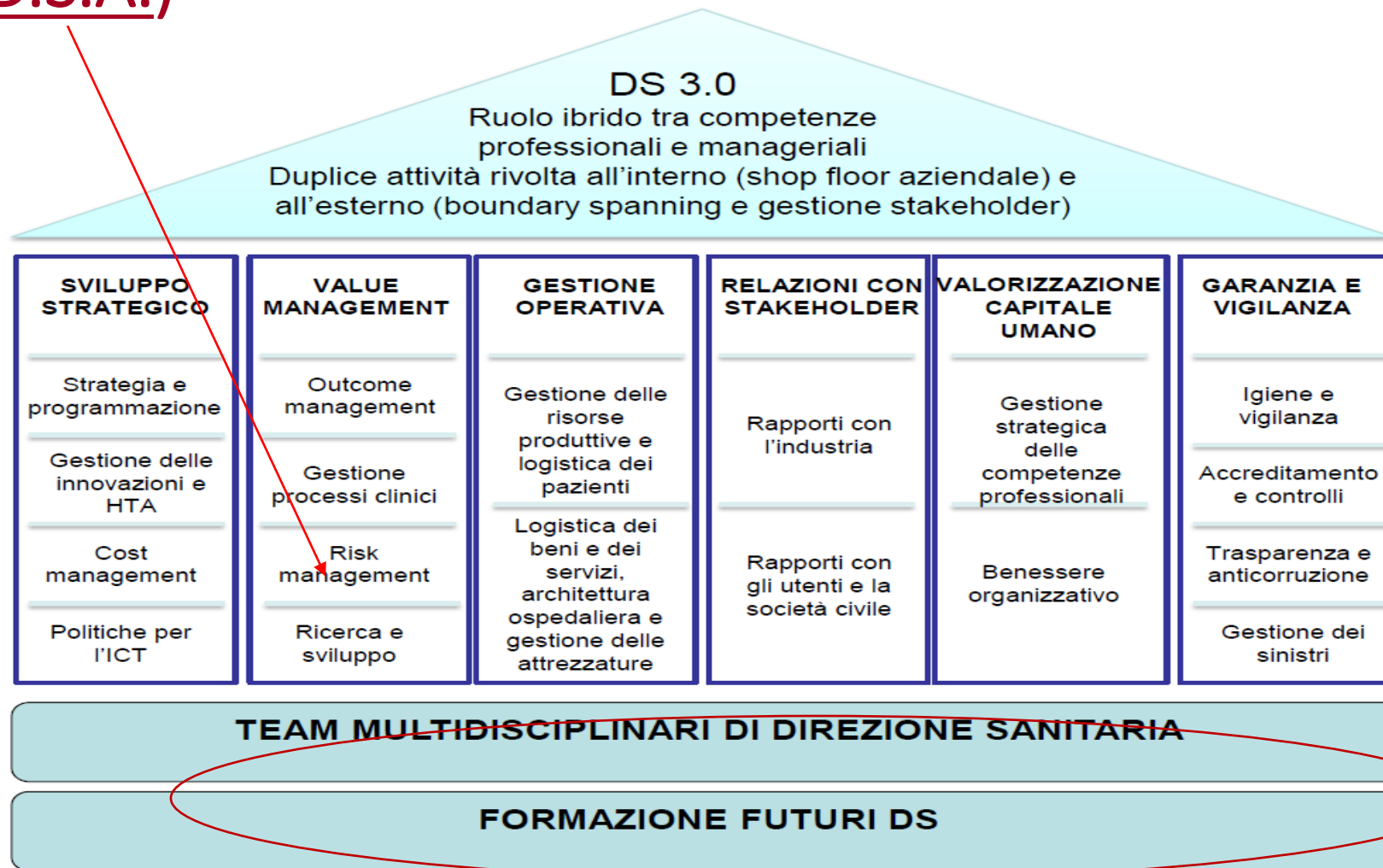


## Sviluppo e sperimentazione di

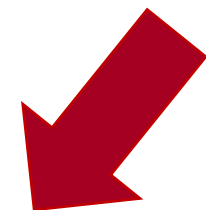
- un sistema italiano di classificazione e codifica delle diagnosi
- un sistema italiano di classificazione e codifica delle procedure
- una versione italiana del sistema DRG
- un sistema di pesatura dei DRG italiani
- un set di strumenti informativi, metodologici e organizzativi per la realizzazione, l'utilizzo e l'aggiornamento sistematico del nuovo sistema

I prodotti del Progetto saranno di proprietà del Ministero della Salute

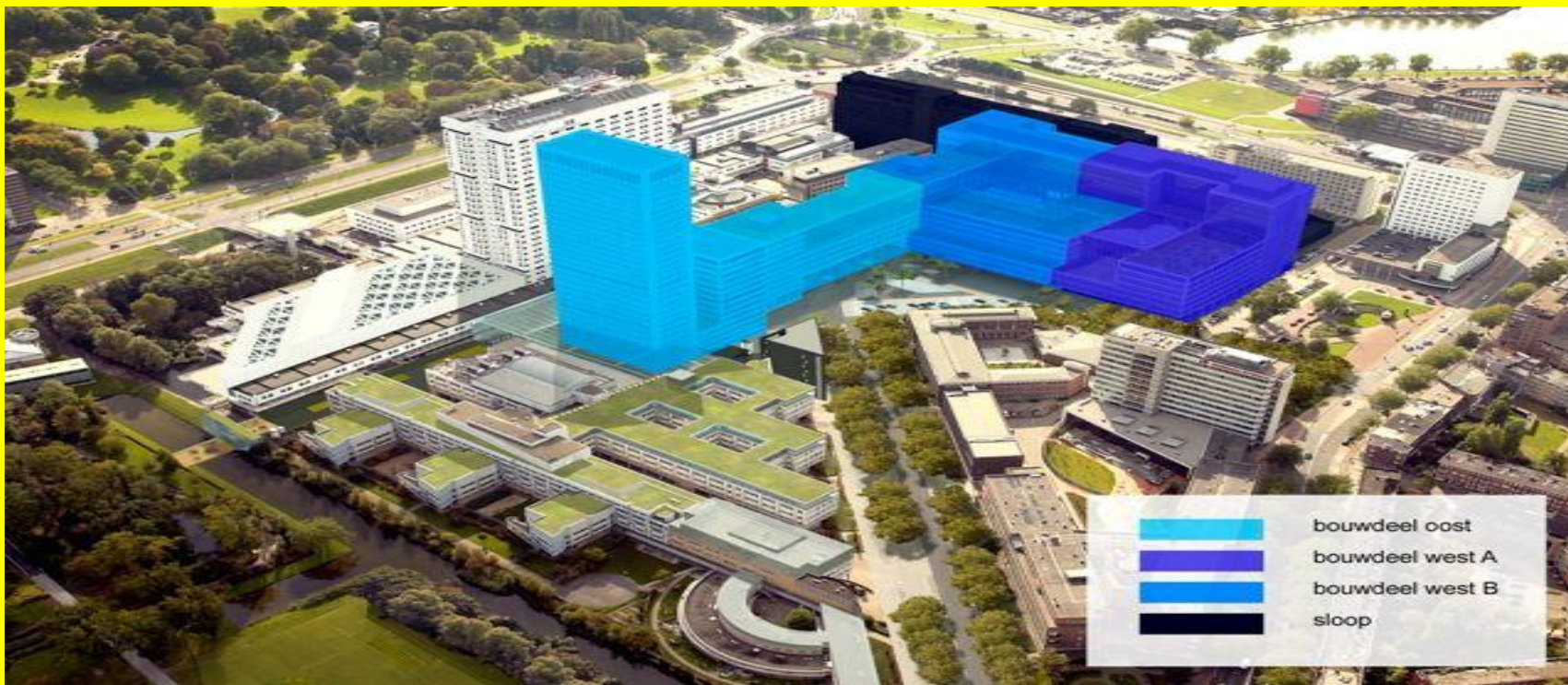
# Linee di tendenza della funzione di Direzione Sanitaria Aziendale (D.S.A.)



- 6 Aree di gestione diretta o di supporto al Direttore Generale

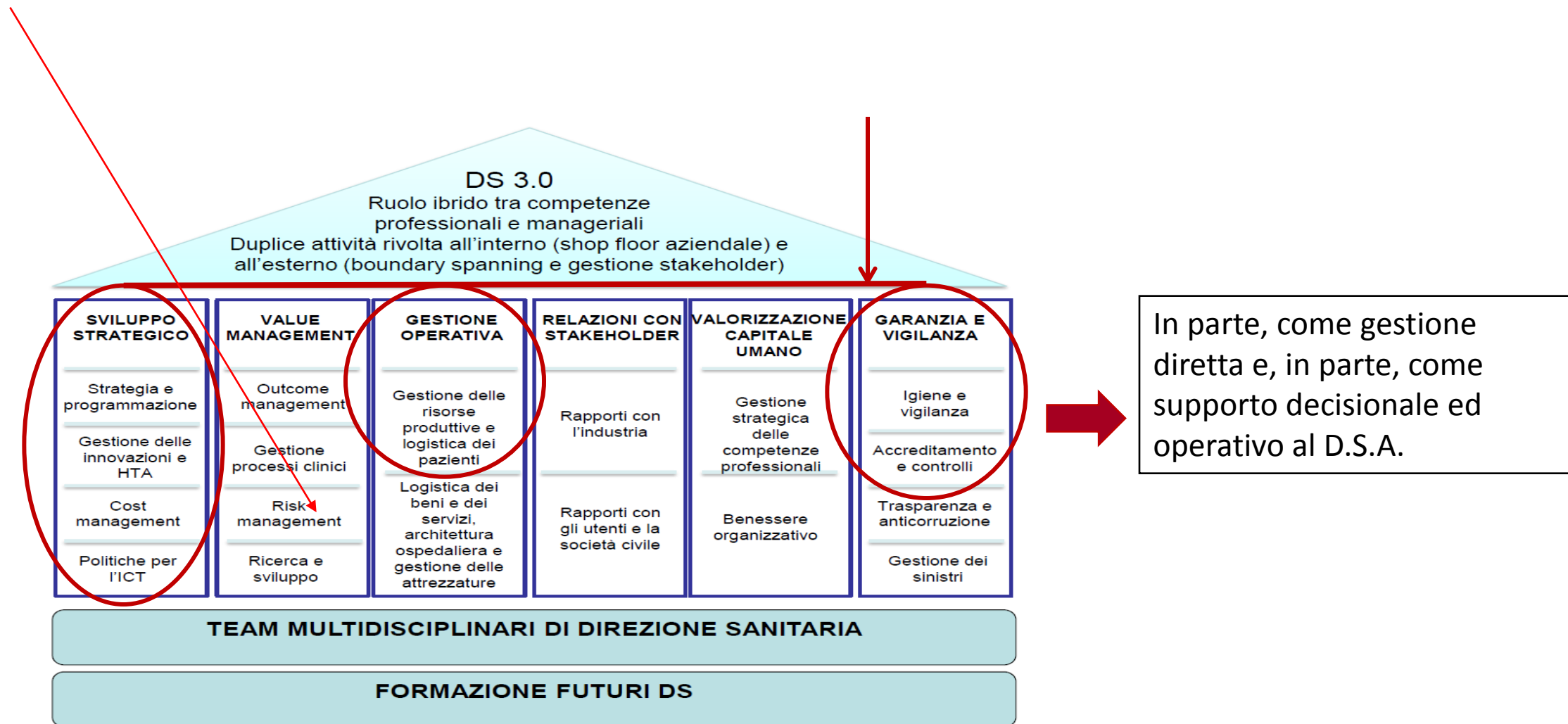


**Nuovo Profilo del Direttore medico di Presidio  
Ospedaliero, Il DMPO 3.0:  
Ovvero quale Sfida Professionale per il Direttore dell'  
Ospedale del Futuro ?**



Erasmus Medical Center Rotterdam

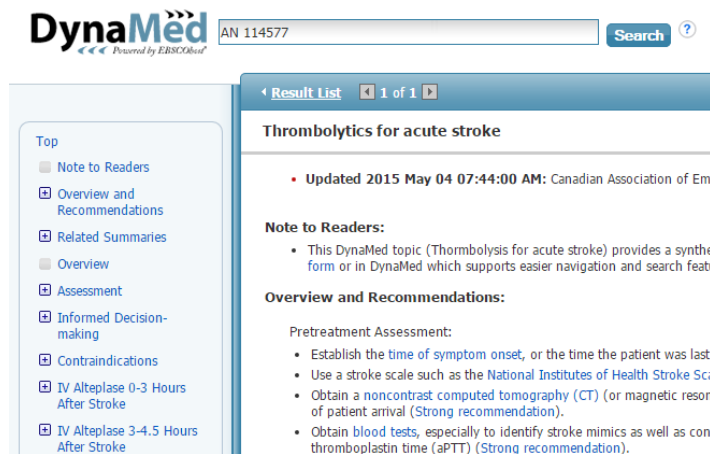
# Linee di tendenza della funzione di Direzione Medica Ospedaliera



# LE REGOLE DI PROCESSO IN DIREZIONE MEDICA

I PERCORSI CLINICI  
 TECHNOLOGY ASSESSMENT  
 SCHEDE DI ADDESTRAMENTO  
 DIARIO DEL PAZIENTE  
 SORVEGLIANZA SCIENTIFICA  
 AUDIT DI PERCORSO CLINICO

- Scheda unica di terapia
- -check list operatoria
- -ICA
- -gestione del rischio clinico
- ec.c.



**DynaMed** AN 114577 Search ?

Result List 1 of 1

**Thrombolytics for acute stroke**

- Updated 2015 May 04 07:44:00 AM: Canadian Association of Emergency Physicians

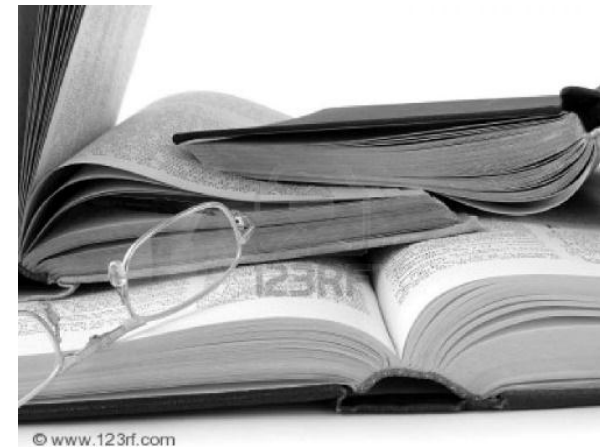
**Note to Readers:**

- This DynaMed topic (Thrombolysis for acute stroke) provides a synthesized form or in DynaMed which supports easier navigation and search features.

**Overview and Recommendations:**

**Pretreatment Assessment:**

- Establish the time of symptom onset, or the time the patient was last known well.
- Use a stroke scale such as the National Institutes of Health Stroke Scale.
- Obtain a noncontrast computed tomography (CT) (or magnetic resonance imaging) of patient arrival (Strong recommendation).
- Obtain blood tests, especially to identify stroke mimics as well as contraindications to thrombolysis (Strong recommendation).



## . Nuovi modelli organizzativi

- **Intensità di cura**
- **PDTA** (*Clinical pathways*)
- ***Progressive Patient Care*** \* (Cure intensive, cure intermedie, cure minime (solo alberghiere o lungodegenza), Assistenza domiciliare (che comprende anche quella socio-sanitaria)).
- ***Patient focused*** (analogo al PPC, ma con l'aggiunta dell'Unità per cure progressive, per elevata dipendenza, per subacuti, per assistenza transizionale e continuativa)
- **Comprehensive Critical CARE (NHS)**: Unità per acuti con livello di cura intermedio (1), con livello più elevato (2), intensivo per pazienti con compromissione di un singolo organo o apparato(3), altamente intensivo, per pazienti con compromissione di più organi o apparati (4)

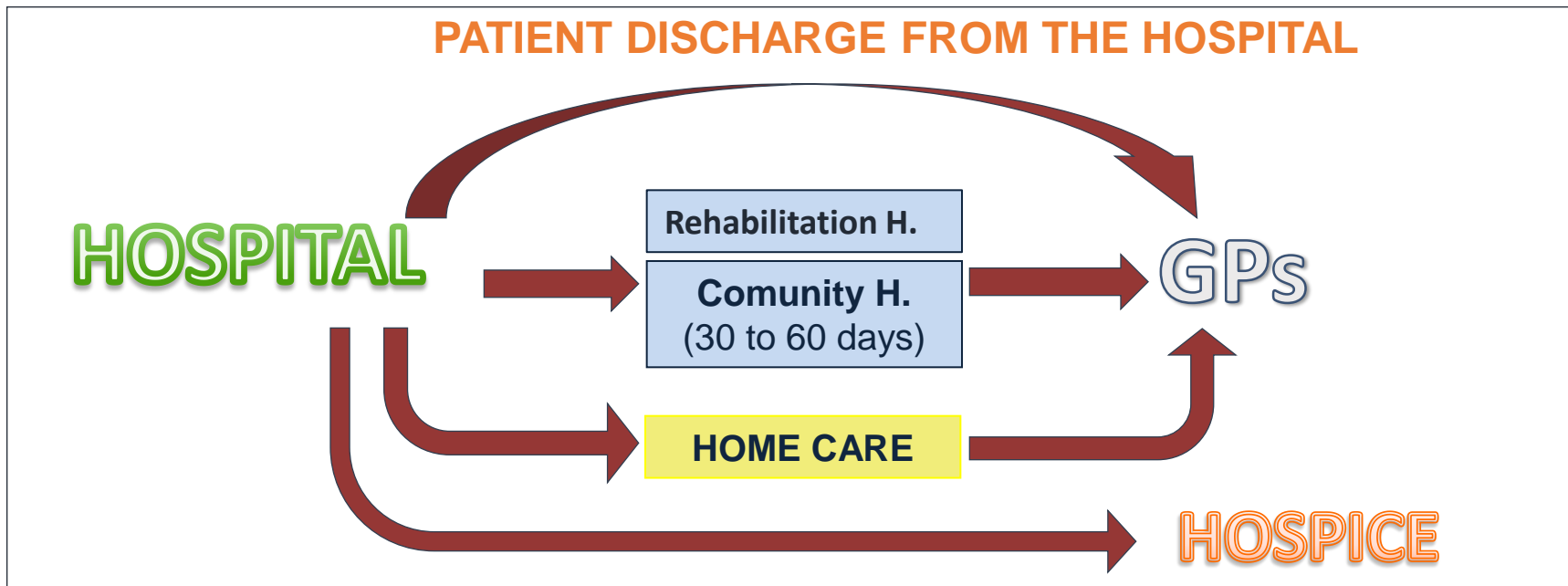


## **IL GOVERNO DEI PDTA: 10 Fattori Facilitanti**

- Deliberati a livello Regionale/Asl/Az.Osp/Pol.Univ.
- Non interrotti alla dimissione dall'Ospedale del Paziente
- Presenti nelle negoziazioni degli obiettivi di budget delle UOC
- Condivisi da MMG, Clinici e Specialisti Ambulatoriali ( Pubblico/Privato)
- Condivisi con le Organizzazioni dei Pazienti
- Debitamente comunicati a tutti gli attori
- Rivalutati con apposite Audit Cliniche periodiche
- Diffusi in tutto lo staff presente in Ospedale/ASL e non parte della cultura organizzativa di pochi colleghi «illuminati»
- «Inter-operativi» con le Reti Cliniche, i RAO e i Percorsi di Cura
- Debitamente Inseriti nelle Linee Guida delle Società Scientifiche ( SNLG)

# Hospital/Out of Hospital HC

## Model

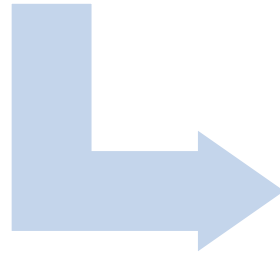


- Ministero della Salute
- AIFA
- AGENAS
- ricerca biomedica
- Accademia
- IRCCS
- SSR
- Cittadini
- ...



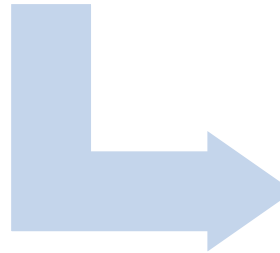
**ISS setting standards**

- Linee Guida
- Indicatori di Qualità e Sicurezza
- Health technology assessment
- (ri) definizione LEA
- Nosografia (DRG)
- .....



**SSN-R Delivery of care**

- Equità
- Appropriately clinico/organizz.va
- Partecipazione utenti
- Efficienza
- Costo efficacia/utilità



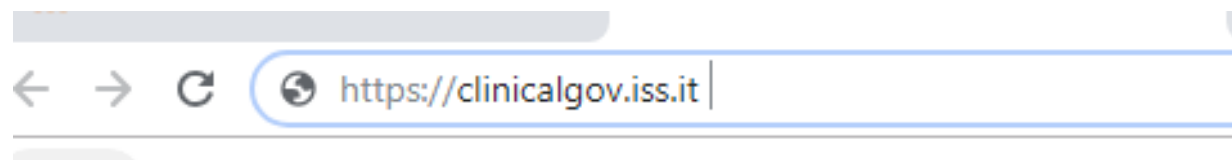
**popolazione**

- Misurazione degli esiti



**RUOLO DELL'ISS NELLA «GOVERNANCE» DEL SSN**

# Questionario sulla clinical governance su piattaforma ISS





NAVIGAZIONE

- Home
- Risorse

## Ricognizione sui modelli organizzativi della Clinical Governance presso i centri collaboratori dell'Istituto Superiore di Sanità

### Premessa

Negli ultimi anni, la progressiva diffusione del Governo clinico all'interno dei vari attori del Servizio Sanitario Nazionale, ha reso sempre più necessaria una collaborazione attiva tra istituzioni pubbliche e private accreditate appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale e regionale, gli Enti di Ricerca e le Società Scientifiche, al fine di sviluppare modelli organizzativi i grado di utilizzare al meglio le opportunità offerte dalla *Clinical Governance* sia all'interno dell'ospedale che nelle strutture sanitarie cosiddette "intermedie" che nell'offerta di servizi sanitari nel territorio.

L'approccio alla pratica clinico assistenziale, secondo evidenze scientifiche, comportano che la Direzione sanitaria, la Direzione della struttura ospedaliera/universitaria e della singola Unità Operativa Complessa, debbano definire e diffondere, sia PDTA ( Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali), che Protocolli di assistenza che modelli per il miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, condivisi e formulati secondo i principi della *Evidence Based Medicine* ed evidenti e validate dal Sistema Nazionale Linee Guida.

L'area della *Clinical Governance*, dell'Istituto Superiore di Sanità, intende svolgere funzioni di ricerca e di supporto al processo di miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, garantendo un razionale uso delle risorse disponibili e l'equità nell'accesso alle cure attraverso la messa a disposizione di indicatori e strumenti organizzativi utili al miglioramento della governance delle aziende sanitarie, delle strutture ospedaliere e dei servizi socio sanitari extra ospedalieri all'interno dei principi e delle metodologie proprie della programmazione nazionale e regionale dei servizi di sanità pubblica.

In vista dell'incontro annuale dei Centri Collaboratori dell'Istituto Superiore di Sanità, che si terrà il 13 Novembre 2018 in Aula Pocchiarri, si rende necessario proporre ai centri stessi una ricognizione sulla definizione di *Clinical Governance* e sui modelli in uso nei centri stessi al fine di raggiungere un linguaggio comune all'interno delle diverse articolazione della *Clinical Governance* attualmente in essere per raggiungerne il più ampio consenso. I risultati di tale ricognizione verranno presentati durante il suddetto incontro.

### Risorse disponibili

- [Clinical Governance](#)

Sito personalizzato e mantenuto dal Servizio di Informatica dell'Istituto Superiore di Sanità (© Istituto Superiore di Sanità)

Non sei collegato. (Login)



Ottieni l'app mobile

Politiche

# Questionario ISS su: «Clinical Governance»

## Clinical Governance

Home ► I miei corsi ► Clinical Governance ► Argomento 1 ► Questionario sulla Clinical Governance

NAVIGAZIONE



AMMINISTRAZIONE



Stato    Dati raccolti    Nuovo inserimento

▼ Minimizza tutto

### BENVENUTO NEL QUESTIONARIO SULLA CLINICAL GOVERNANCE DELL'ISS

Per Clinical Governance (qui di seguito CG) s'intende l'organizzazione e lo svolgimento dell'attività di una struttura sanitaria, finalizzati alla responsabilizzazione ed alla partecipazione, nelle scelte strategiche e di gestione, di tutti i soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari. Il presente questionario è condotto dall'Istituto Superiore di Sanità, all'interno dei Centri collaboratori, al fine di arrivare ad un position paper sulla definizione di CG, sui modelli organizzativi in uso in Italia e sull'impatto della cultura della qualità e la sicurezza dei servizi erogati tra operatori sanitari. Il questionario è diviso di 7 sezioni:

Il questionario è diviso di 7 sezioni:

- A. Informazioni generali
- B. Clinical Governance – Informazioni Generali
- C. Clinical Governance – Definizioni
- D. Clinical Governance – Strumenti e aree
- E. La clinical governance nella tua organizzazione/istituzione
- F. Aspetti gestionali
- G. Vantaggi, barriere e risultati dell'implementazione della CG nella tua organizzazione/istituzione

Alla fine troverai una domanda finale aperta sia a commenti che a suggerimenti sul questionario, nella quale è anche possibile inserire una diversa definizione di CG sia sviluppata dalla tua Istituzione/ospedale, sia sviluppata da altri ma condivisa dalla vostra istituzione/ospedale di appartenenza. I risultati verranno presentati durante l'incontro annuale dei centri collaboratori, che verrà organizzata il 13 Novembre 2018 a Roma, in Aula Pocchiarri

#### ▼ A. Informazioni generali

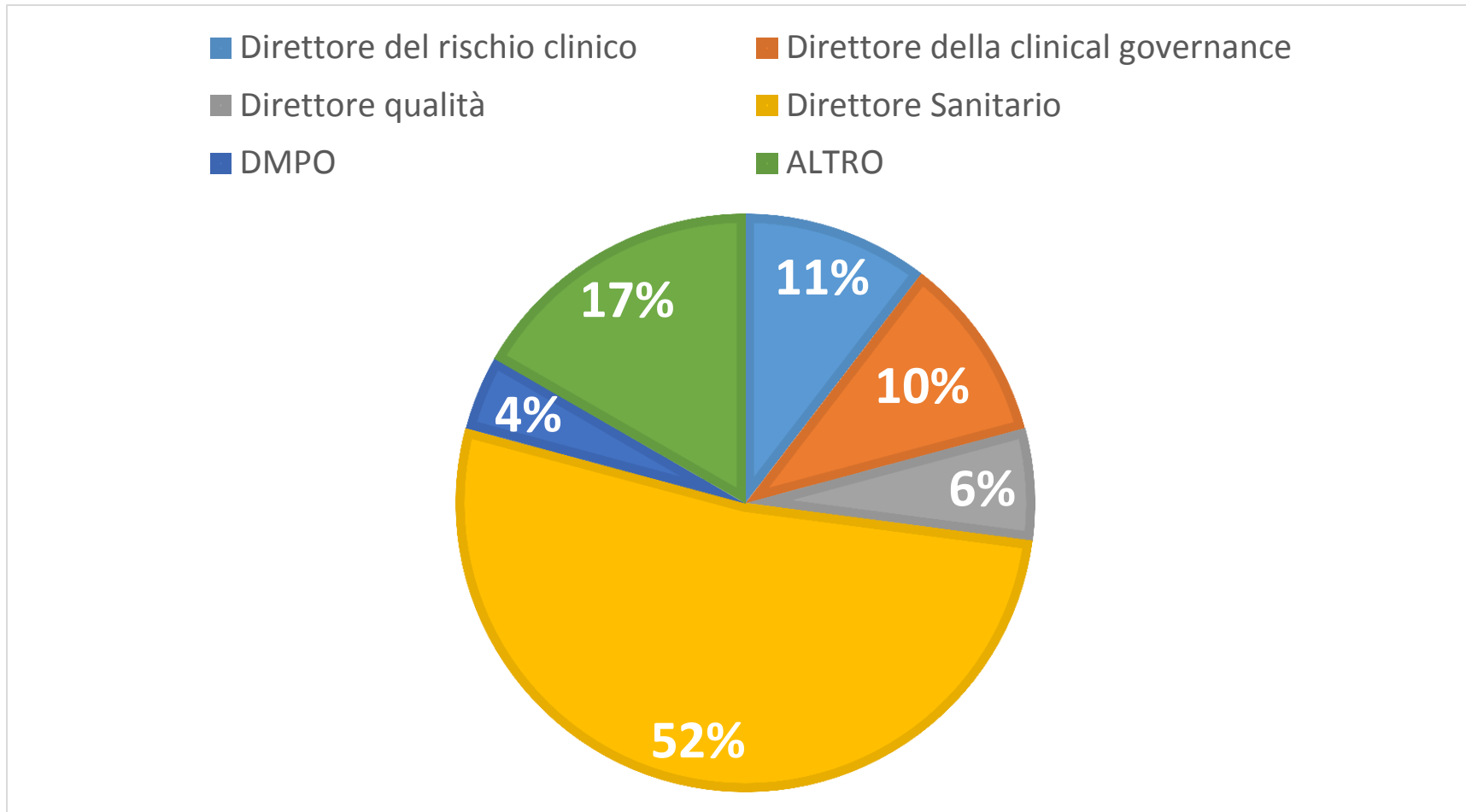
A1: Genere \*     Scegli...     Maschile     Femminile

A2: Et  \*   

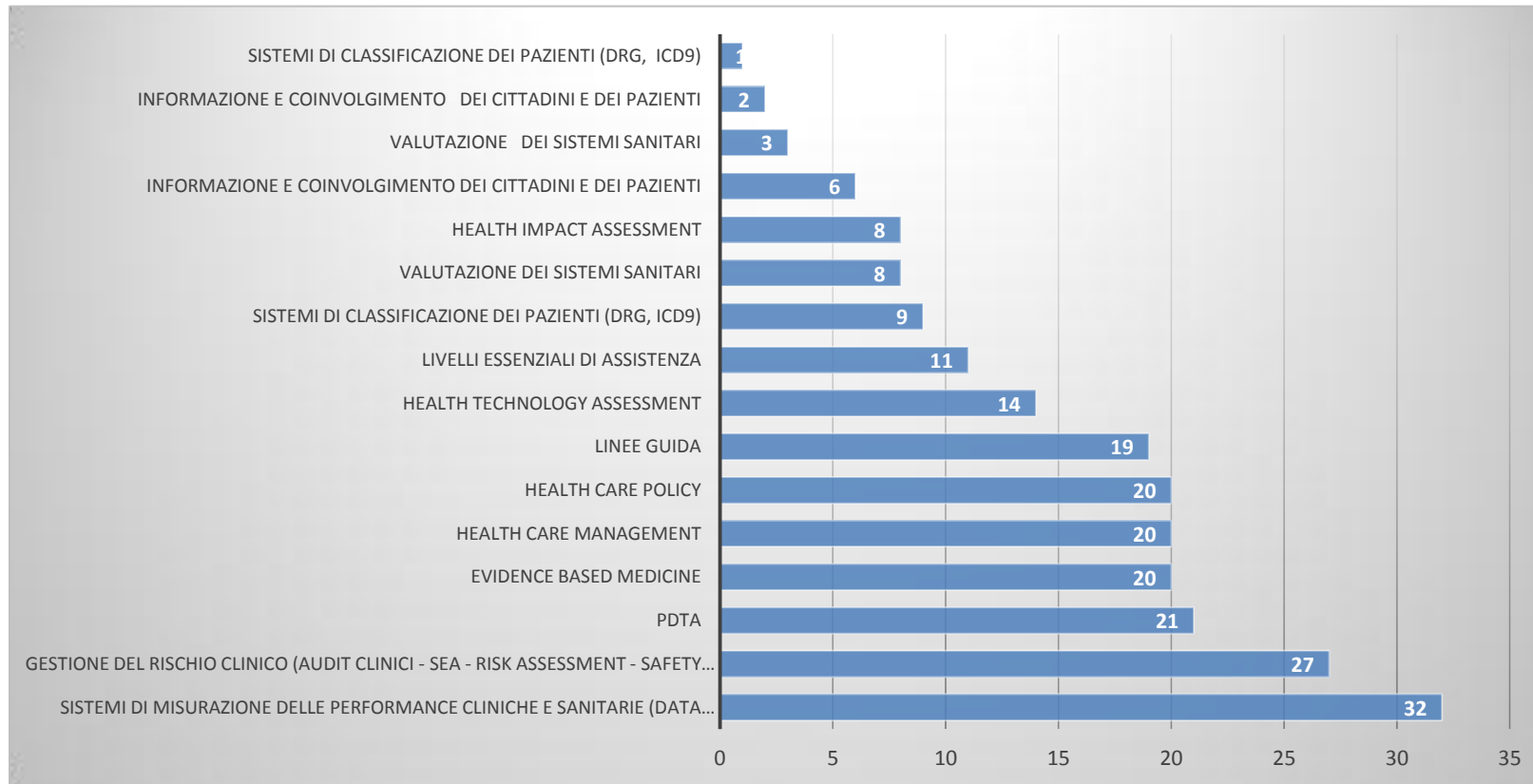
A3: Lavori per \*   

A4: Professione/gruppo professionale \*

## B2: Chi è il responsabile della CG nella tua organizzazione?

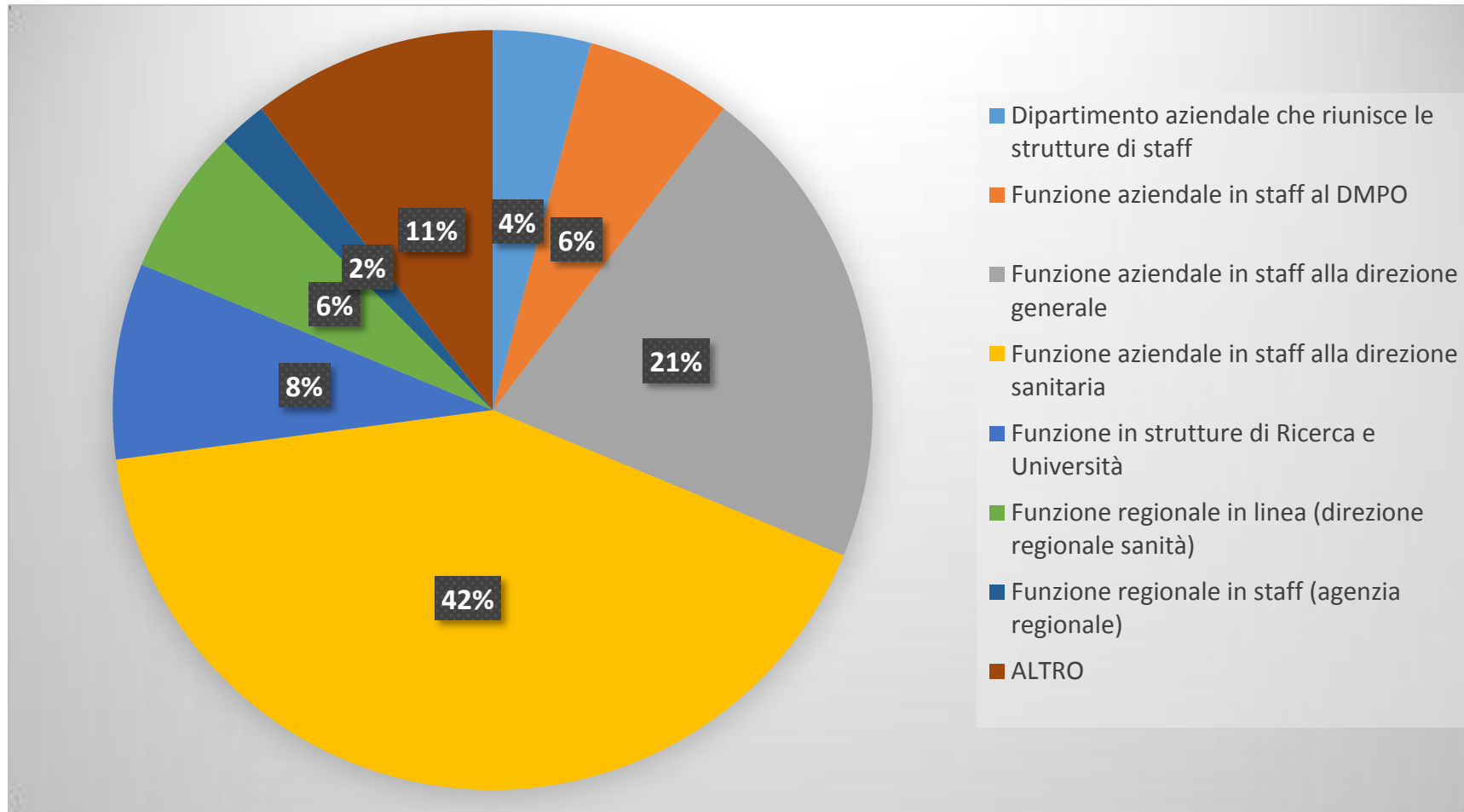


## B3: Quali sono, nell'ambito della CG, le tue aree di competenza?



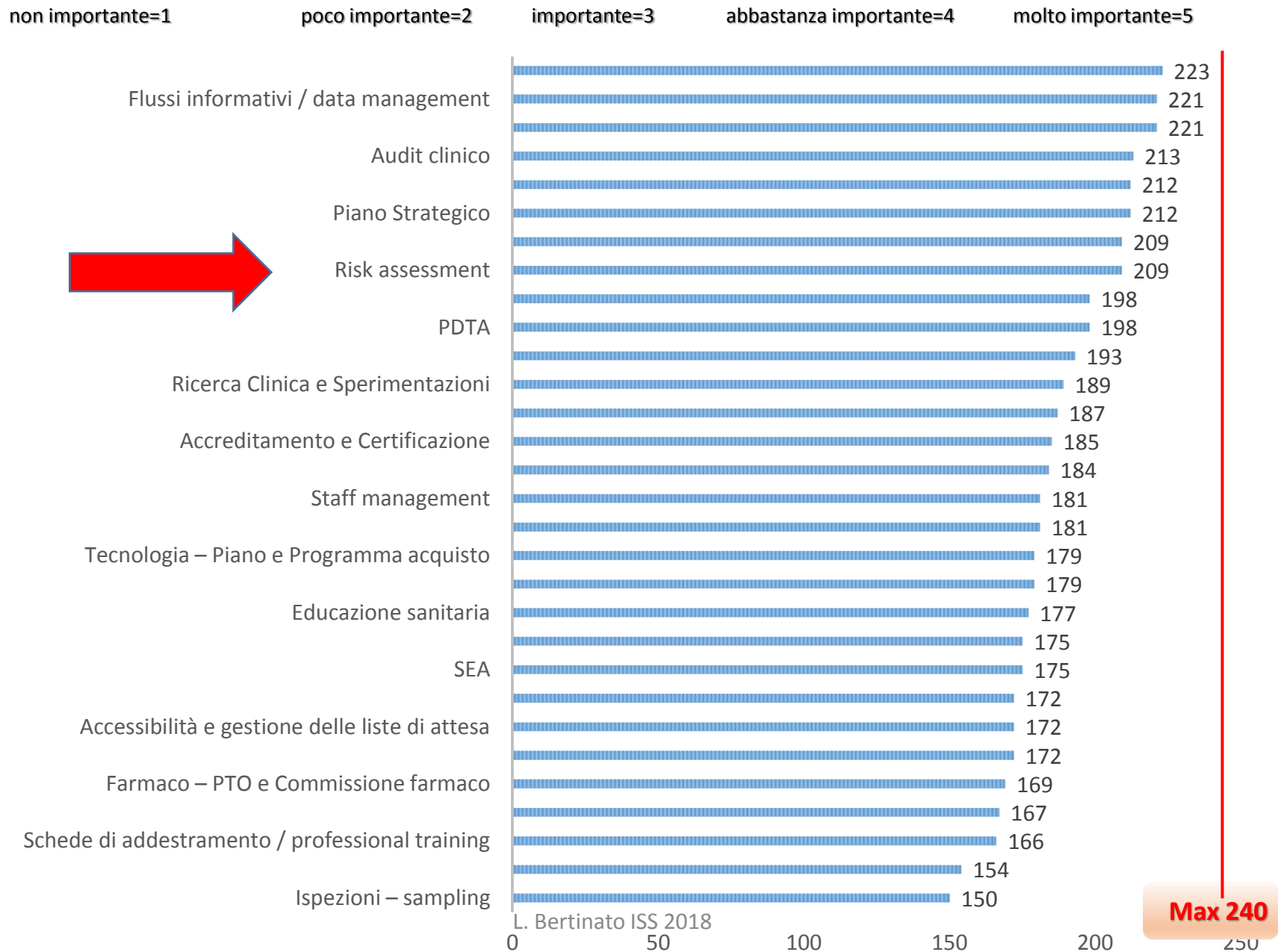
Domanda con possibilità di risposta multipla

## B4: Quale è la struttura organizzativa di CG nella tua organizzazione?

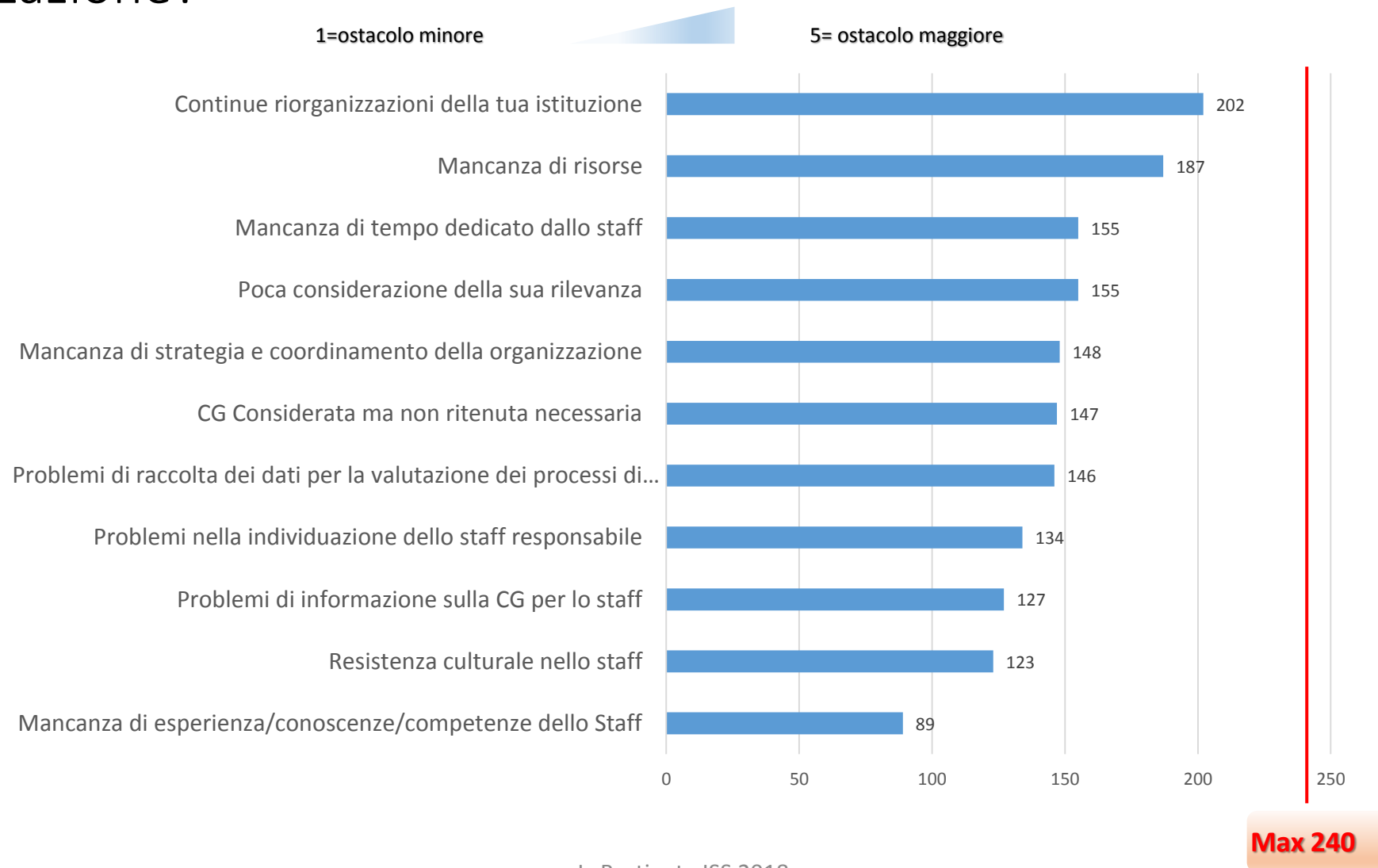




## D2: Quali sono gli strumenti che permettono di sviluppare in modo strutturato la CG



## G2: Quali barriere ci sono nella implementazione della CG nella tua organizzazione?



## LEGGE 8 marzo 2017, n. 24

Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041)

(GU n.64 del 17-3-2017)

### Art. 1

#### Sicurezza delle cure in sanità'

1. La sicurezza delle cure e' parte costitutiva del diritto alla salute ed e' perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività'.

2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività' finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

3. Alle attività' di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, e' tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.



## **Sicurezza delle cure:**

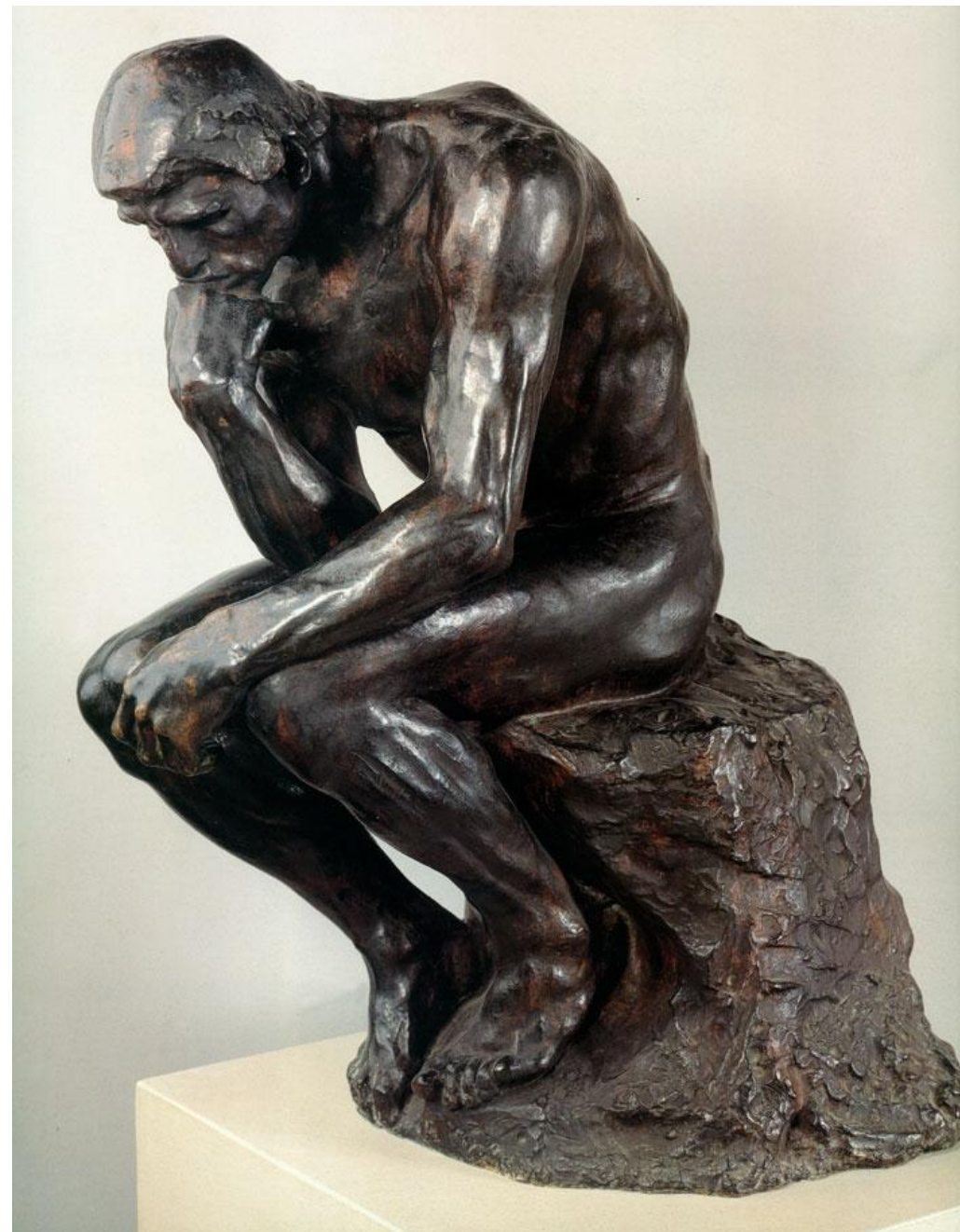
Cuant che o ai fat il gno'.....

Co go' fato el mio.....

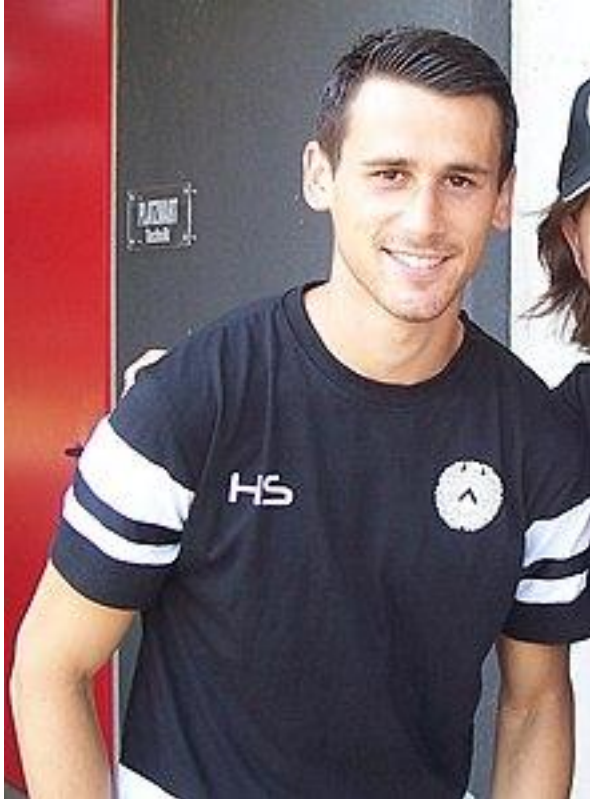
When I did my.....

Als ich meine.....

Ko sem naredila svoj.....



## LA STORIA DI KEVIN



Kevin Lasagna Classe 1992

Nel 2012 viene acquistato dal Cerea, squadra con la quale disputa la stagione [2012-13](#), collezionando 35 presenze e 7 reti nel terzo girone di [Serie D](#). Passa quindi all'[Este](#), anch'essa militante in quarta serie,<sup>[5]</sup> dove disputa un'[ottima stagione](#) con 21 gol in 33 partite.

Il 23 agosto 2015 esordisce con il Carpi in massima serie sul campo della [Sampdoria](#)

Il 24 gennaio [2016](#) segna il suo primo gol in [Serie A](#), permettendo al [Carpi](#) di pareggiare per 1-1 al 92' contro l'[Inter](#) a [San Siro](#).<sup>1</sup>

Il 14 gennaio 2017 viene acquistato a titolo definitivo dall'[Udinese](#) per 4,5 milioni di euro più bonus.

Il 12 agosto 2017 sigla il suo primo gol in [Coppa Italia](#) con la maglia dell'Udinese. Segna il suo primo gol in [Serie A](#) con la maglia friulana il 17 settembre 2017 contro il [Milan](#), nella sconfitta per 2-1 a [San Siro](#). Il 16 dicembre segna nuovamente a San Siro, questa volta contro l'[Inter](#), nella vittoria per 1 a 3 per i bianconeri.

Durante il mese di dicembre trova un grande stato di forma, che gli permette di andare a segno per cinque partite consecutive eguagliando il record di [Antonio Di Natale](#) che resisteva dal maggio 2010. Conclude il campionato con 12 gol segnati contribuendo alla salvezza della squadra.

## LA STORIA DI KEVIN

UOC



## LA STORIA DI KEVIN



**Behrami: “Un onore essere il capitano di questa squadra**

DIRETTORE UOC



DMPO

*Credo in un gruppo coeso e vedo che i ragazzi ci credono con me. Davide Nicola*



## LA STORIA DI KEVIN



Il 9 ottobre 2018 viene convocato per la prima volta dalla [nazionale italiana](#) dal CT [Roberto Mancini](#), in sostituzione dell'infortunato [Simone Zaza](#).

Debutta in nazionale il 14 ottobre 2018, a 26 anni, subentrando a [Bernardeschi](#) nel secondo tempo della partita contro la [Polonia](#), e fornendo al 91' l'assist per il gol vittoria di [Biraghi](#) che evita la retrocessione dell'Italia nella Lega B della [Nations League](#).<sup>1</sup>

LA STORIA DI KEVIN

Azienda sanitaria

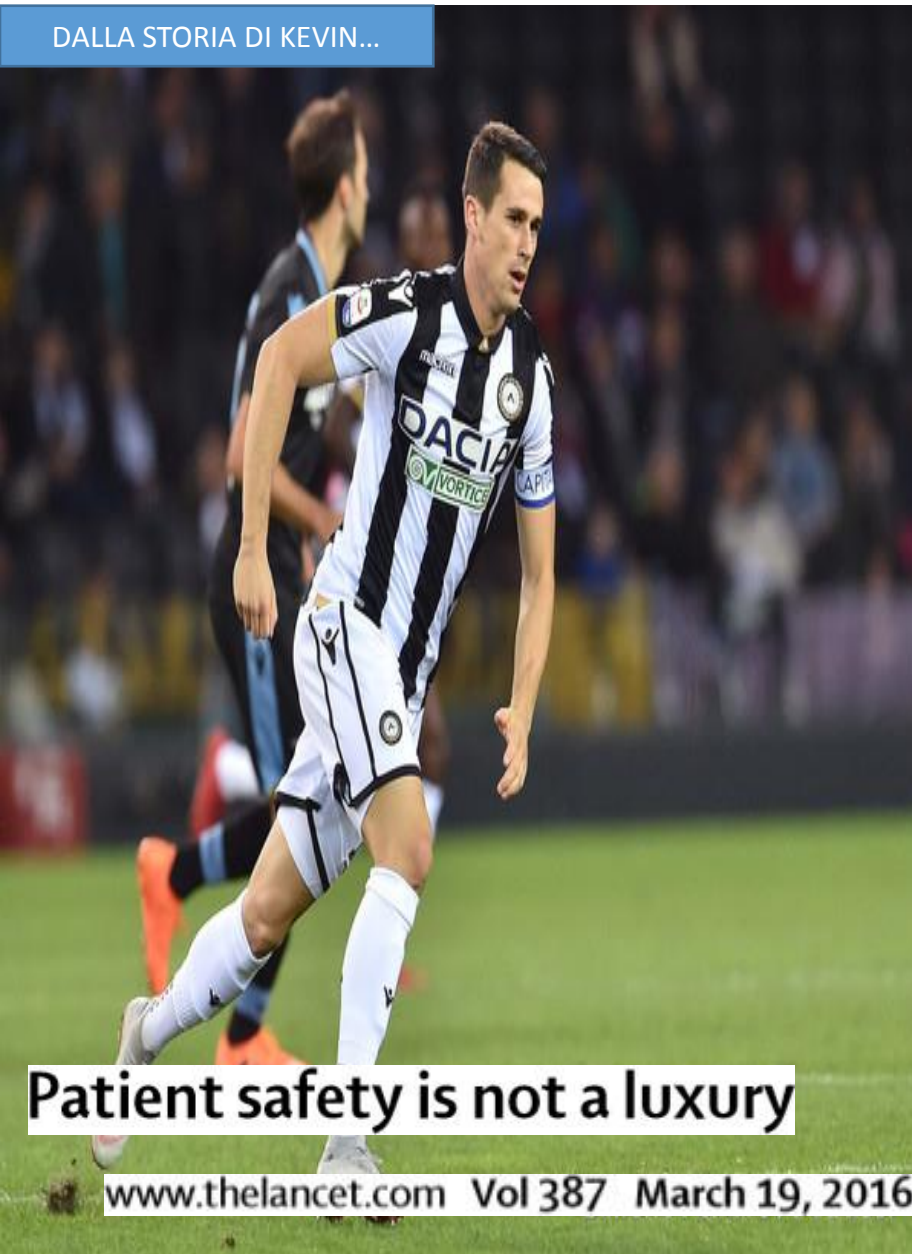




## La storia di Kevin

*“Ho scelto di inserire Kevin sia perché è in forma, sia perché mi servivano centimetri in campo.”*

*Quello che dobbiamo fare è arrivare all'Europeo e vincere il girone. Tutto questo però potrà avvenire solo con la giusta mentalità.*



## UN NUOVO «CAMBIO DI PARADIGMA»

# Optimizing a Business Case for Safe Health Care

An Integrated Approach to Safety and Finance

*A resource toolkit from the IHI/NPSF Patient Safety Coalition to guide collaboration among safety and financial leaders to demonstrate the value and return on investment for safer, quality care.*



### A New Approach

#### Unpacking the Value of Safety

As the move to value-based reimbursement has occurred, value has often been defined as the relationship between outcomes and cost. Outcomes include safety, quality, service, and access, to name some of the most common.

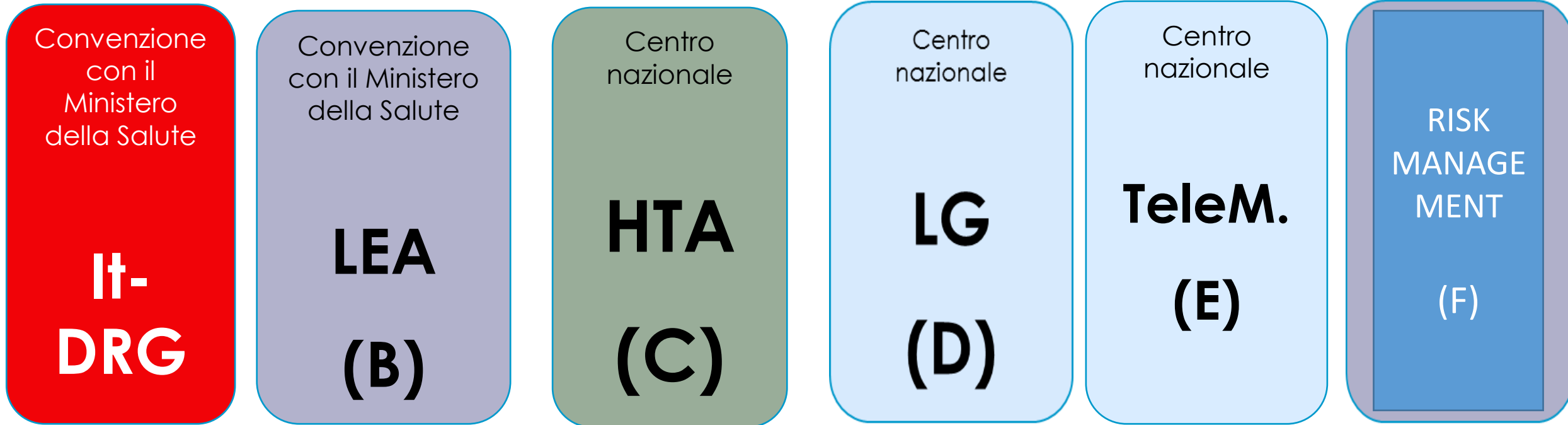
Value = Outcomes / Cost

Value = Quality / Payment

A composite of patient outcomes, safety, and experiences  
The need to all purchases of purchasing care

Attraverso la collaborazione, il collegamento diretto agli obiettivi e alla missione organizzativa e con un'attenzione particolare ai dati, i responsabili della sicurezza dei pazienti, in collaborazione con i leader finanziari, hanno l'opportunità di promuovere un'assistenza più sicura e di migliore qualità all'interno delle loro organizzazioni.

## STRUTTURA DELLA CLINICAL GOVERNANCE IN ISS



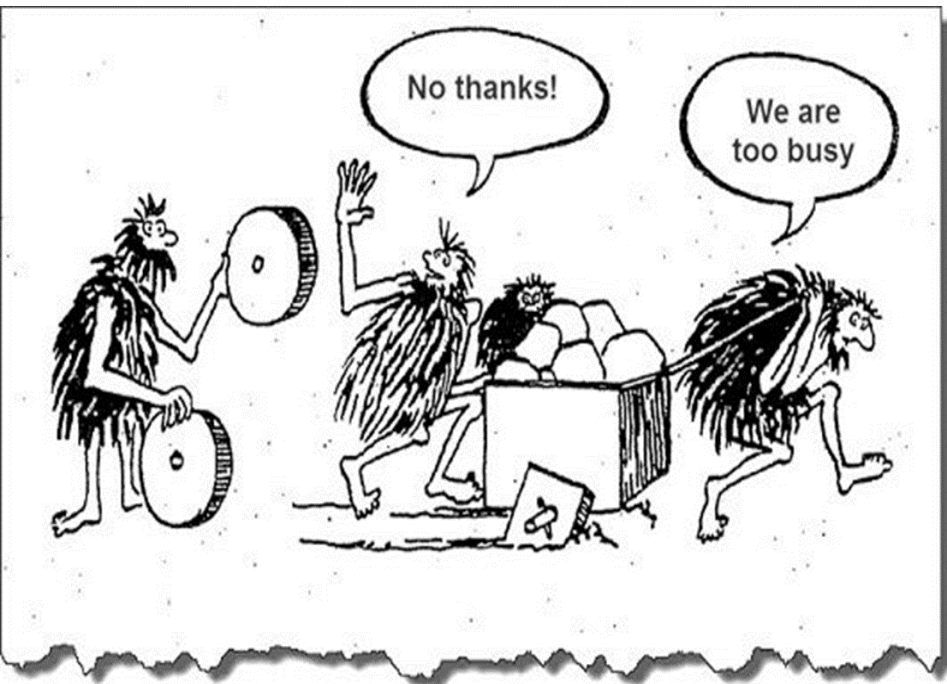
**IL CRUSCOTTO DELLA CLINICAL GOVERNANCE**



# Alcune conclusioni e spunti per il dibattito



1. In Italia sono presenti, ancora macchia di leopardo, strategie di clinical governance efficaci.
2. La cultura della clinical governance deve essere allargata a tutte le categorie professionali e alle strutture sanitarie intermedie e del territorio.
3. I PDTA per singolo evento sono uno strumento molto utile di prevenzione e controllo del rischio ma devono coinvolgere le «strutture intermedie» presenti nel territorio.
4. L'ospedale del futuro (ma...iniziando da ora), necessita di un governo complessivo del sistema in capo alla Direzione Strategica e alla direzione medica di presidio, dove il risk management è, a pieno titolo, parte integrante delle responsabilità del Management Ospedale-Territorio.
5. L'ISS, assieme ai 53 Centri Collaboratori per la Clinical Governance, intende contribuire alla diffusione di modelli innovativi e al passo con i tempi, per la diffusione della cultura del Governo del Sistema, per contribuire alla sostenibilità del SSN e.....  
dei Sistemi Sanitari Regionali.



**Grazie per l'attenzione !!**

Per continuare il dibattito  
[luigi.bertinato@iss.it](mailto:luigi.bertinato@iss.it)





Nuovo Profilo del Direttore medico di Presidio Ospedaliero, Il DMPO 3.0:  
Ovvero quale Sfida Professionale per il Direttore dell' Ospedale del Futuro ?

### Quali nuove competenze per il DMPO 3.0 ?

- Un professionista che deve possedere “ampie competenze professionali nel proprio ambito” (ad es. conoscenza dei modelli organizzativi nazionali ed internazionali della Sanità, conoscenza dei contesti normativi, conoscenza delle direttive europee e nazionali, programmazione strategica della prevenzione sanitaria a livello locale, ecc.), con “ampie competenze personali e sociali” (competenza dirigenziale/manageriale, spirito decisionale, iniziativa e creatività, flessibilità e spirito innovativo, buone doti di comunicazione, capacità di gestire situazioni di stress,) e con “ampie competenze metodologiche” (capacità di gestire il cambiamento in organizzazioni complesse, capacità di gestire sistemi di governance ed assetto delle nuove aziende sanitarie venete tra ospedale.cure intermedie e territorio, capacità di programmazione e controllo, abilità di mediazione e gestione di conflitti, capacità di dialogare con la Direzione Sanitaria.

Valutazione dei sistemi sanitari	Valutazione delle performance dei sistemi sanitari in termini di struttura e di utilizzo (accessibilità, appropriatezza, efficacia, efficienza, continuità, adattabilità) e risultato (cambiamenti dello stato di salute dovuto ad interventi sanitari : mortalità, morbidità, fattori di rischio,...)
Health Impact Assessment	Valutazione scientifica e sociale dell'impatto sulla salute di politiche, programmi o progetti.
Sistemi di misurazione delle performance cliniche e sanitarie	Sviluppo ed utilizzo di strumenti e metodologie per la valutazione delle pratiche assistenziali.
Promozione della qualità dei servizi e dei sistemi sanitari	Sviluppo ed utilizzo di strumenti e metodologie per la valutazione delle pratiche assistenziali per il miglioramento e la qualità dei servizi e dei sistemi sanitari

Indicatori di qualità (incl. Sicurezza) delle cure

Comitato Infezioni Territoriali : **SCHEDA SEGNALAZIONE SOSPETTA INFEZIONE TERRITORIALE**

Cognome nome	Data ingresso nel Centro Servizi	Germe	Materiale	Data prelievo	Centro Servizi
	<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaneo	N. cartella clinica			
Data di nascita	Data rilevamento	Ricovero Ospedaliero inferiore a 72 ore [ ]			
		Ricovero Ospedaliero effettuato nel mese precedente [ ]			

**Questionario infezione**

Patologie Prevalenti: .....

E' un'infezione ? NO [ ] SI [ ]

Data insorgenza infezione: .....

Sito di infezione: App. urinario [ ] Lesione Cutanea [ ] Vie aeree inferiori [ ] Sistemica [ ]

Sintomi: Febbricola [ ] Febbre [ ] Febbre con brivido [ ] Torpore Psicico [ ]

Dispnea [ ] Tosse [ ] Disuria [ ] Pollachiuria [ ]

Agitazione Psicomotoria Correlata all'Infezione [ ]

**Procedure invasive:**

[ ] CVC posizionato il .....

[ ] CVP posizionato il .....

[ ] Cat. Urinario posizionato il .....

Broncoaspirazione NO [ ] SI [ ]

Terapia Immunosoppressiva NO [ ] SI [ ]

Terapia antibiotica NO [ ] SI [ ] Terapia antibiotica mirata NO [ ] SI [ ]

Se SI specificare principio attivo e posologia: .....

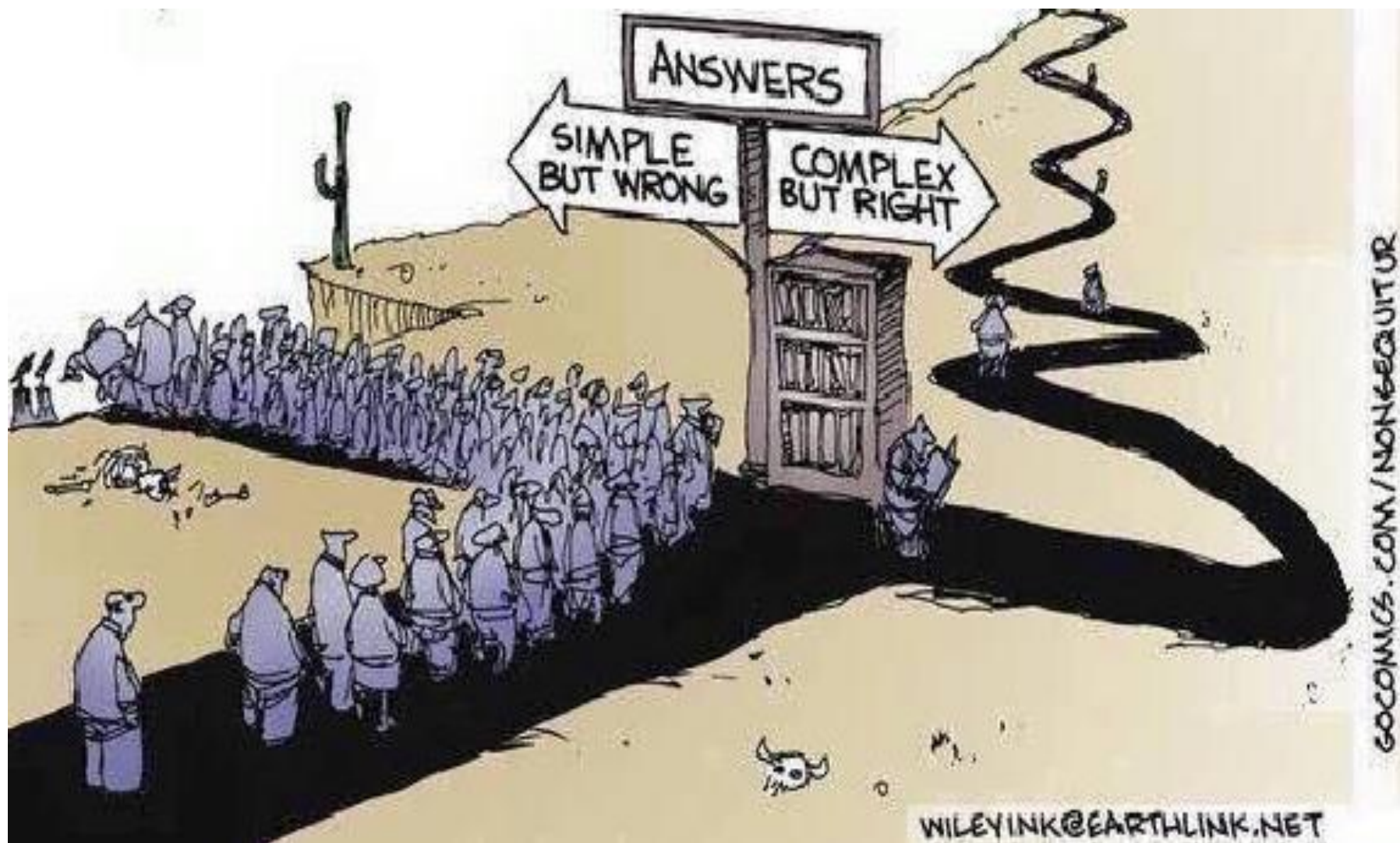
Data inizio terapia antibiotica: .....

Data fine terapia antibiotica: .....

**Possibilità di trasmissione:**

Respiratoria [ ] Orofecale [ ] Contatto diretto [ ] Altro [ ] Specificare: .....

Nota: Dopo aver compilato la scheda *in ogni sua parte*, inviare tramite e-mail : [mdanzi@ulss22.ven.it](mailto:mdanzi@ulss22.ven.it)



NHS 1998

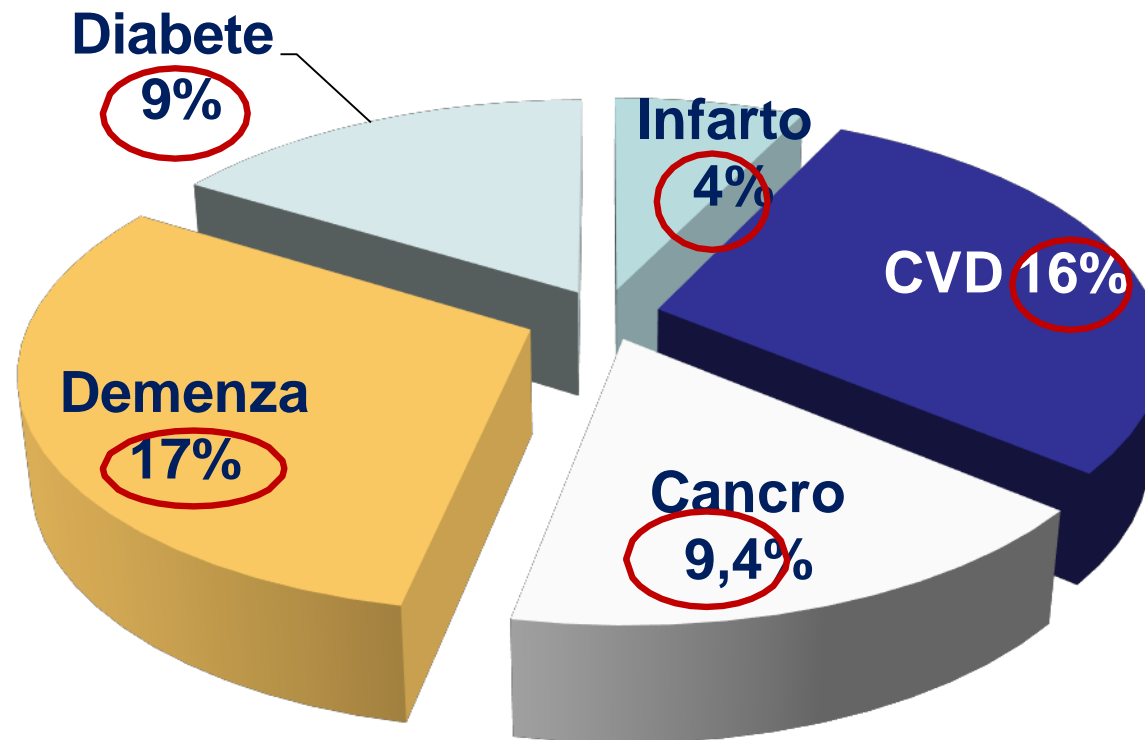
# I cambiamenti nella domanda e nell'offerta di servizi sanitari



# Condizioni croniche e peso economico

**Sistima che le condizioni croniche più comuni costino ai Paesi dell'Unione Europea oltre 1 miliardo di € l'anno; entro il 2050 I costi saranno di 6 miliardi di € l'anno.**

**Nel Regno Unito, il costo delle patologie croniche quali l'infarto, le patologie cardiovascolari, il diabete, il cancro e le demenze, rappresentano cumulativamente fino al 50% della spesa sanitaria totale.**



**Nessun Paese può permetterselo**

# La sostenibilità fiscale dei Servizi Sanitari

## La prospettiva sanitaria e finanziaria

- La sostenibilità di bilancio è un tema importante per i sistemi sanitari di oggi e in futuro, a causa della rapida crescita della spesa sanitaria.
- Storicamente, la spesa sanitaria ha generalmente superato la crescita economica, **con la spesa in gran parte determinata dalle nuove tecnologie.**
- Nonostante il recente rallentamento a seguito della crisi economica, **si prevede di consumare un ulteriore 2% del PIL nel corso dei prossimi 20 anni per la sanità.**
- **Le implicazioni di aumento dei costi sanitari sono particolarmente importanti per le finanze pubbliche,** dal momento che l'assistenza sanitaria è finanziata in prevalenza da fonti pubbliche nella maggior parte dei paesi dell'OCSE.
- **La spesa sanitaria non è automaticamente un problema.**
  - Buona salute rimane una parte fondamentale dello sviluppo umano e un importante contributo alla crescita economica.
- **Accogliere una maggiore spesa sanitaria come quota del bilancio dello Stato non è quindi automaticamente un problema.**
- **La sfida è quella di garantire che qualsiasi aumento della spesa rispetta i vincoli di sostenibilità fiscale, e che il denaro venga speso in modo efficace.**



<http://ifuturo.org/documentacion/FiscalSustainability.pdf#page=8&zoom=10,-162,767>



# **TIPOLOGIE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

**Oltre alle prestazioni specialistiche e in molti casi di assistenza farmaceutica le tipologie di assistenza ospedaliera sono:**

- Day Service***
- Day Hospital / Day Surgery***
- Ricovero ordinario per acuti***
- Ricovero per riabilitazione***

# CARATTERISTICHE IPPS (DRG)

- 1. Le informazioni necessarie debbono essere derivabili esclusivamente dalle informazioni cliniche e sociodemografiche disponibili nella SDO (scheda dimissione ospedaliera), tra cui: *età, sesso, stato alla dimissione, diagnosi di dimissione ed eventuali interventi chirurgici o procedure;***
- 2. Devono essere gruppi cl clinicamente significativi, in quanto raggruppano ricoveri di pazienti con problemi clinici simili;**
- 3. Gruppi mediamente omogenei rispetto alla quantità di risorse assorbite, in quanto caratterizzate da ricoveri di pazienti con profili di cura simili;**
- 4. Mutualmente esclusive ed esaustive di tutti i ricoveri in ospedale;**
- 5. Contenute in un numero sufficientemente ridotto perché sia gestibile.**

# EVIDENTI PROBLEMI DI AGGIORNAMENTO

Mentre negli USA il sistema prevede un ciclo annuale (o addirittura semestrale) di aggiornamento di:

- *Codici di diagnosi e procedure* (ICD-9-CM)
- *Gruppi finali* (DRGs)
- *Tariffe e/o "PESI RELATIVI"* (RW)

in Italia la situazione è drammatica per intervalli temporali e disomogeneità di applicazione (siamo ancora ai CMS DRG vs 24 del 2007, introdotti nel SSN nel 2009) → EVIDENTI PROBLEMI DI EQUITÀ E GOVERNO DELL'INNOVAZIONE.

# CONSIDERAZIONI FINALI 1.

Le innovazioni tecnologiche e, per esempio, l'erogazione di terapie innovative comporta, quantomeno:

- Il riconoscimento dell'innovazione e valore della terapia;
- La constatazione della complessità ed intreccio di diversi soggetti coinvolti nel processo, che devono essere inseriti ed integrati nel sistema sanitario;
- Non si tratta solo di una sequenza intesa quale *“Percorso Diagnostico Terapeutico ed Assistenziale (PDTA)”* che consiste in diversi episodi/contatti per diagnosi e/o accertamenti / trattamenti sanitari (di tipo medico, chirurgico o integrato) e/o sociali, attraverso più setting assistenziali, secondo quanto dettato dalla storia naturale di una malattia e/o di una condizione clinica), ma di un sistema articolato che richiede approccio multidisciplinare.

# Possibile ruolo dell'ISS

A partire dalla fine degli anni '90 (NHS, 1998) è emerso il modello della **CLINICAL GOVERNANCE**, ovvero *“un sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della salvaguardia di alti livelli di cure, attraverso la creazione di un ambiente che favorisce l'eccellenza professionale”*. E' questa un'indispensabile funzione di garanzia dei cittadini e controllo dei *processi, performances* ed *outcomes*, a tipica valenza “pubblica” per cui occorre attrezzarsi culturalmente e disporre di strumenti all'uopo.

**Così è nata l'idea di una Struttura di Clinical Governance in seno all'ISS.**

# Cosa serve oggi?

**Oggi è necessario spostare il focus su quelle soluzioni in grado di garantire un elevato rapporto costo-efficacia e di generare valore per il sistema:**

- **PDTA**
- **Integrazione tra i diversi setting assistenziali**
- **Politiche di prevenzione e medicina pro-attiva**
- **Riorganizzazione del lavoro dei professionisti**
- **Integrazione tra sistemi istituzionali diversi**
- **Integrazione tra robotica e domotica**
- **...**

- focalizzerà sui programmi *antimicrobial stewardship* e sicurezza del farmaco.