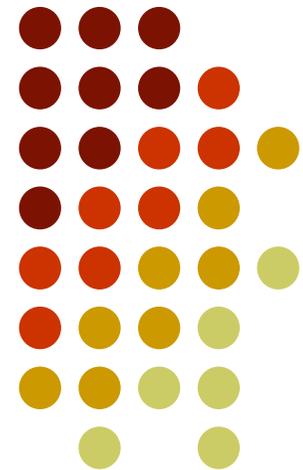


# “Clinical Governance” e miglioramento della qualità del Servizio Sanitario

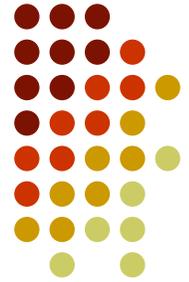
---

*Dr Carlo Romagnoli (cromagnoli@ausl2.umbria.it)  
Medico igienista esperto in organizzazione, programmazione  
e valutazione dei servizi socio sanitari*

*AUSL 2 Perugia*

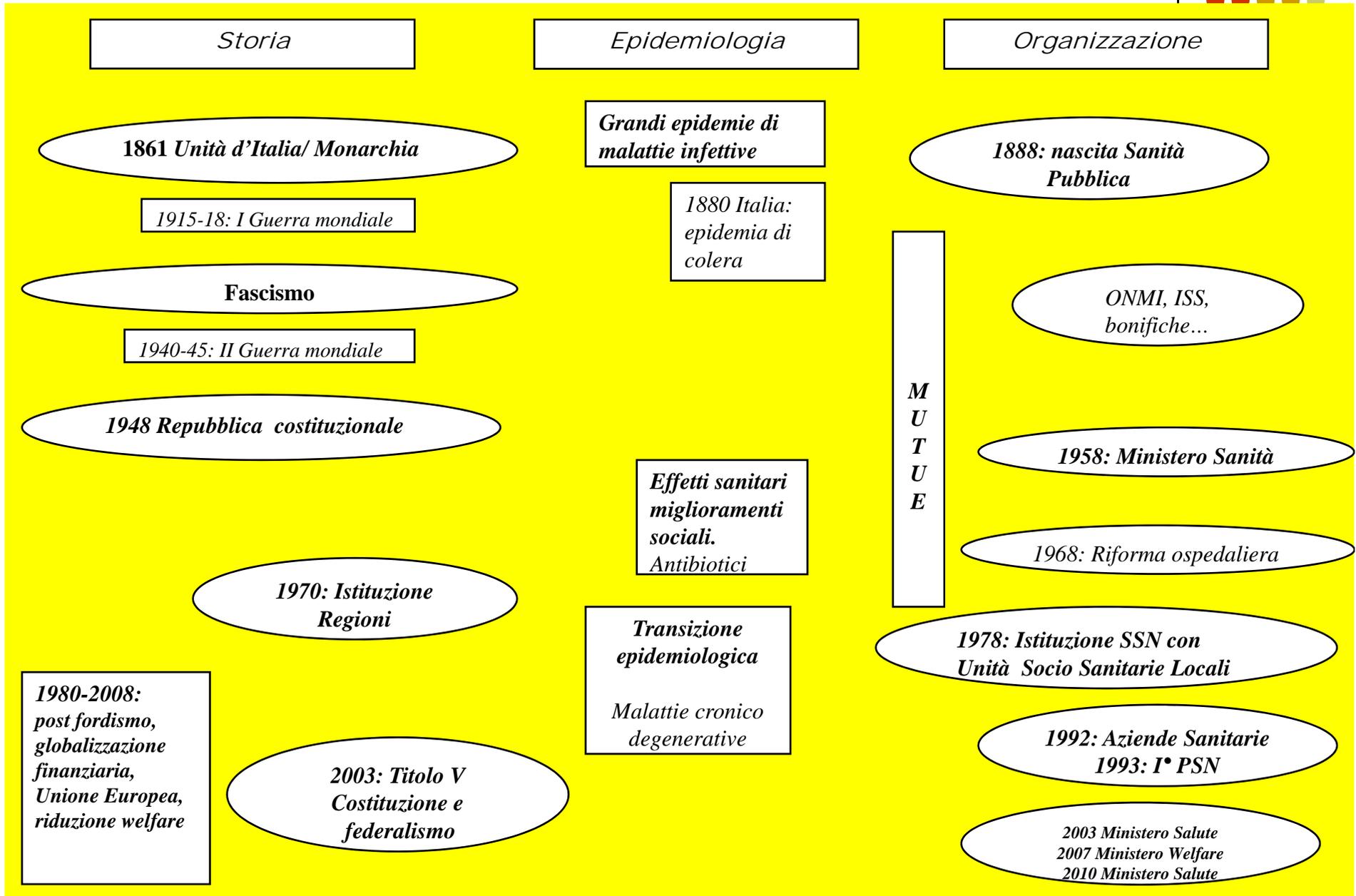


# Argomenti trattati



1. Brevi note sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
2. Clinical Governance e relativi aspetti organizzativi e funzionali in Umbria
3. La programmazione nella Clinical Governance
4. La valutazione di efficacia nella Clinical Governance
5. Problemi aperti, bibliografia ed aree di approfondimento

# 1.1) Sinopsi: la sanità pubblica dall'Unità d'Italia ad oggi

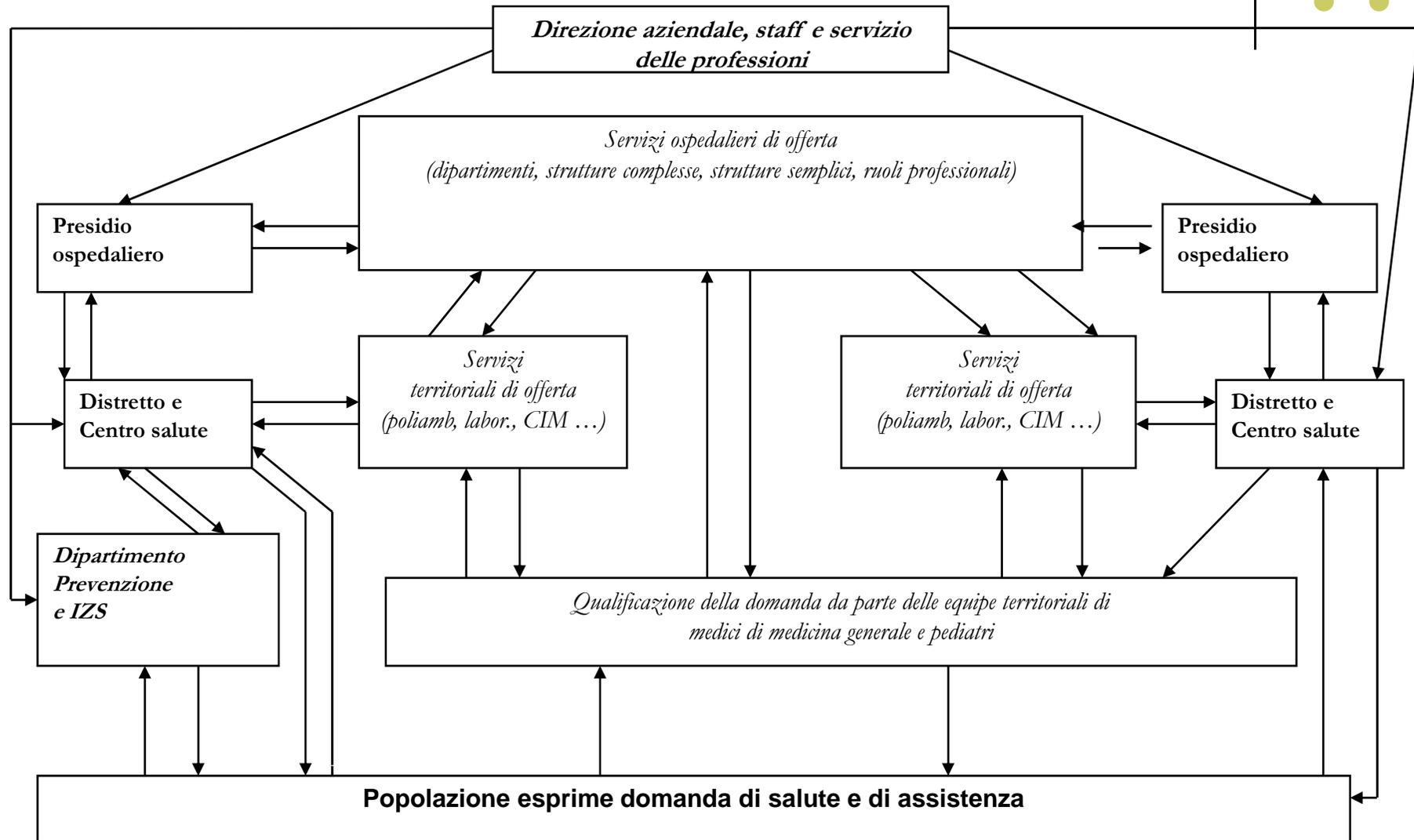
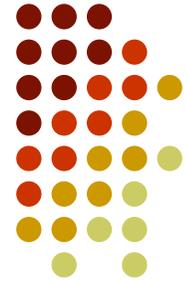


## 1.2) *Principali competenze istituzionali sulla sanità*



- **Unione europea:**
  - Definizione norme e regolamenti per gli scambi tra stati UE e con altri stati
- **Stato :**
  - definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
  - recepimento normativa Unione Europea
  - funzioni regolatorie in caso di epidemie
- **Regioni:**
  - definire i modelli organizzativi tramite cui garantire i LEA
  - Finanziare eventuali integrazioni dei LEA
- **Aziende sanitarie locali e ospedaliere:**
  - garantire l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA
  - Applicare le indicazioni regionali, adattandole alle condizioni locali

# 1.3) Organizzazione del servizio sanitario a livello territoriale



# 2.1) Genesi della Clinical Governance



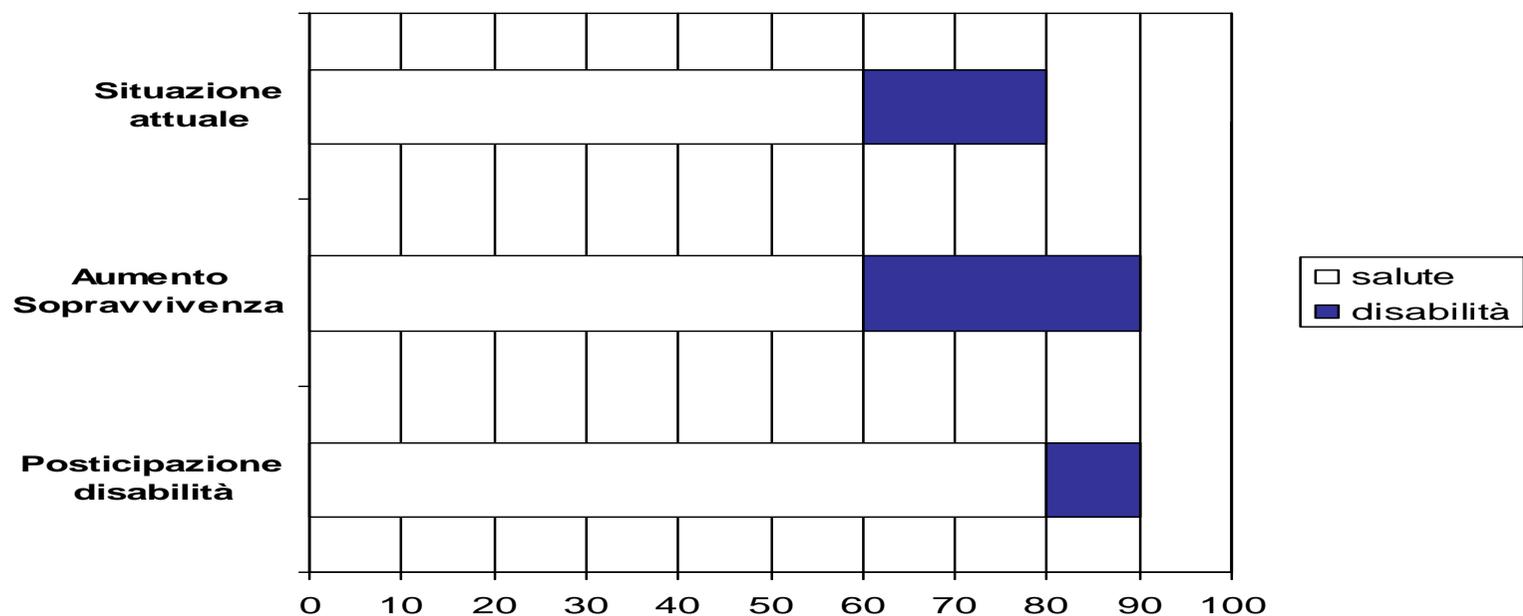
- Nel 1993 l'OMS introduce il termine "clinical governance" per rappresentare una modalità – preferenziale – per portare a sintesi le molte dimensioni della qualità in sanità.
- Nel 1998 il NHS inglese sceglie la governance come il contesto in cui professioni e amministratori si rendono responsabili del miglioramento della qualità dell'assistenza e del percorso verso l'eccellenza.
- *Governance*: esercizio del potere basato sulla gestione di processi di consultazione e di concertazione che, per raggiungere i loro obiettivi, non ricorrono all'esercizio dell'autorità ed all'applicazione di sanzioni.
- *Government* che designa le istituzioni formali e implica l'esercizio legittimo del potere lungo la linea organizzativa.....

## 2.2) Motivi che hanno portato alla introduzione della “Clinical Governance” nel sistema aziendale umbro della sanità.

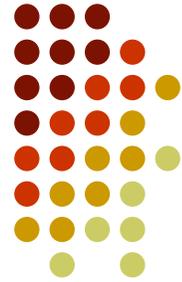


- Necessità di migliorare la qualità dell'assistenza socio sanitaria data le criticità della situazione demografica ed epidemiologica
- Valutazioni sulla prima fase della aziendalizzazione della sanità (1992-2002)
- Evidenze prodotte dalla sociologia delle organizzazioni sanitarie

## 2.3.1) Scenari legati alla prevalenza delle malattie cronico degenerative per gli anni di vita vissuti in disabilità

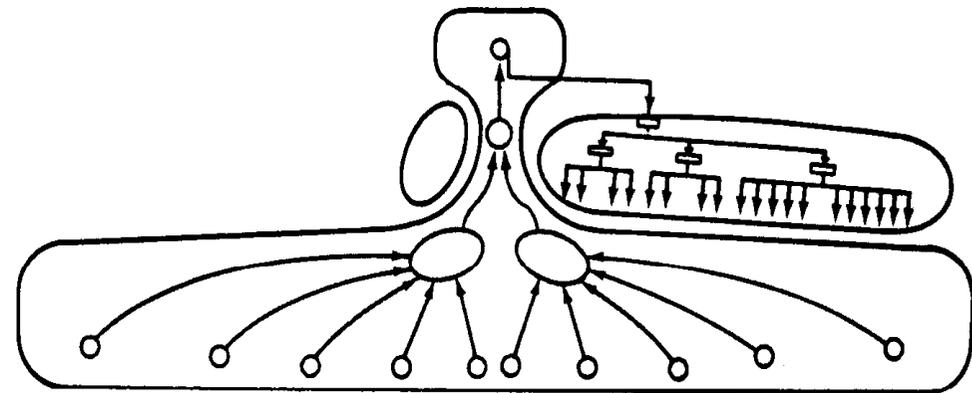
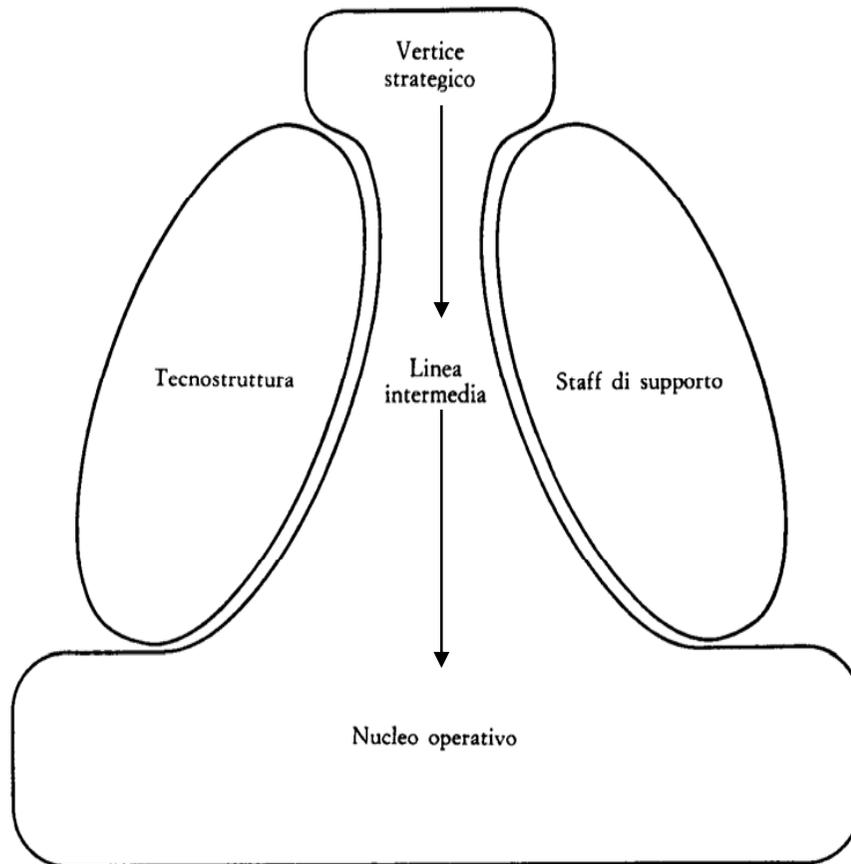


## 2.3.2) Valutazioni sulla prima fase della aziendalizzazione della sanità (1992-2002)



- Risultati della prima fase dell'aziendalizzazione:
  - Attivazione funzioni aziendali negli assetti organizzativi
    - Distretto
    - Dipartimento
  - Realizzazione interventi di razionalizzazione
    - Riduzione numero posti letto
    - Controllo spesa sanitaria
- Limiti della prima fase dell'aziendalizzazione
  - Inversione tra mezzi e fini della sanità
  - Government inappropriato rispetto ai problemi di salute ed alle specificità organizzative

## 2.3.3) Assetti aziendali <versus> evidenze sociologiche sulle “burocrazie professionali”



- Come funziona “effettivamente” la sanità?
- Ha senso applicare un modello aziendale alla sanità?
- Un modello organizzativo inappropriato che effetto ha sulla qualità dell’assistenza?

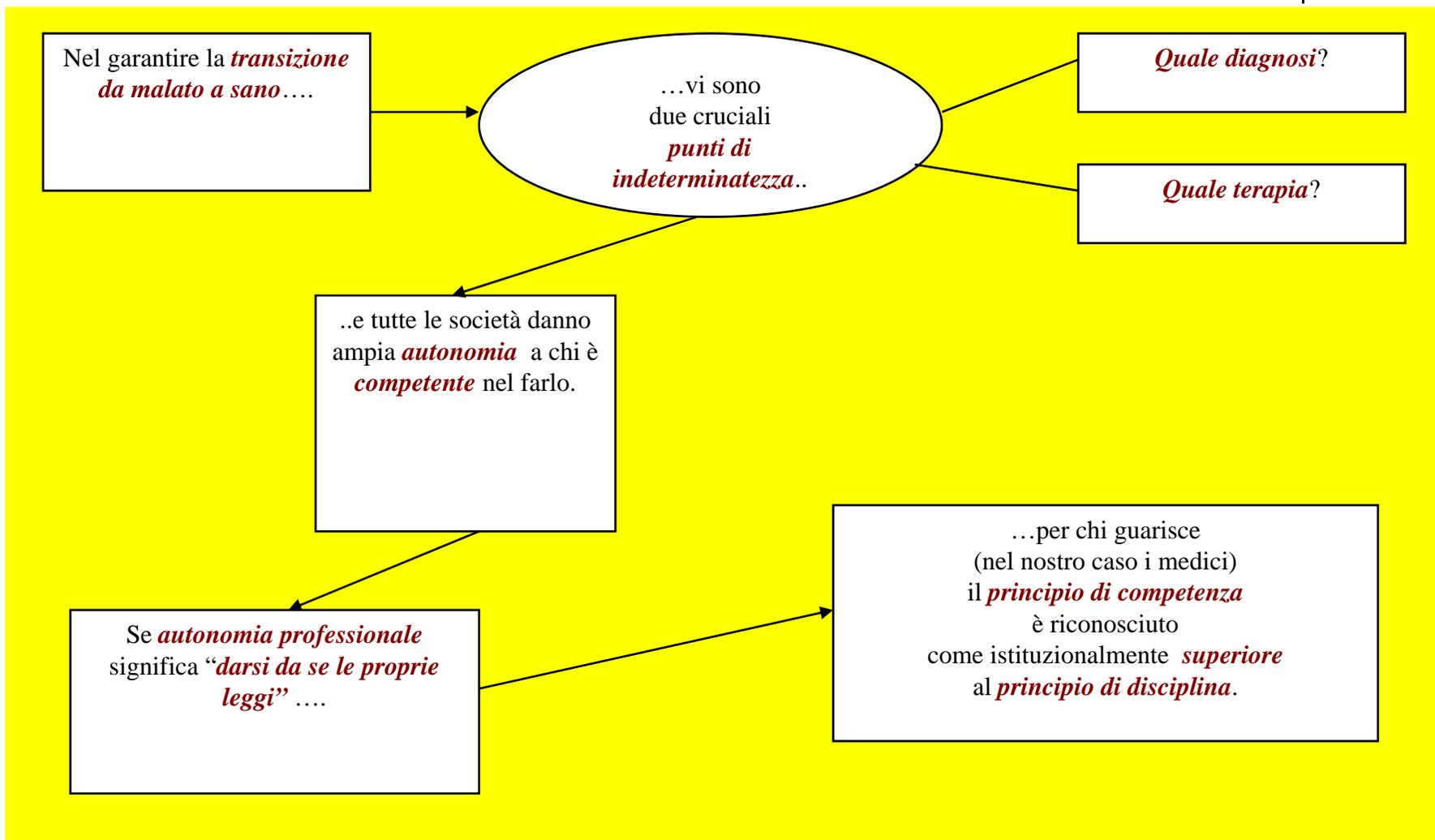
## 2.3.4) Le organizzazioni professionali



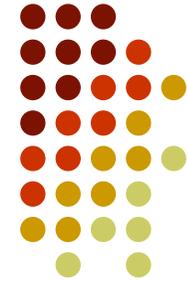
***Una organizzazione è detta professionale (O.P.) quando la sua attività operativa è:***

1. ***basata sulle conoscenze*** di *professionisti* presenti nel nucleo operativo
2. ***stabile***, portando ad un comportamento predeterminato o predicibile o standardizzato;
3. ma anche ***complessa***, dovendo pertanto essere controllata direttamente dagli operatori che la svolgono (autonomia professionale)

## 2.3.5) Basi materiali dell'autonomia professionale

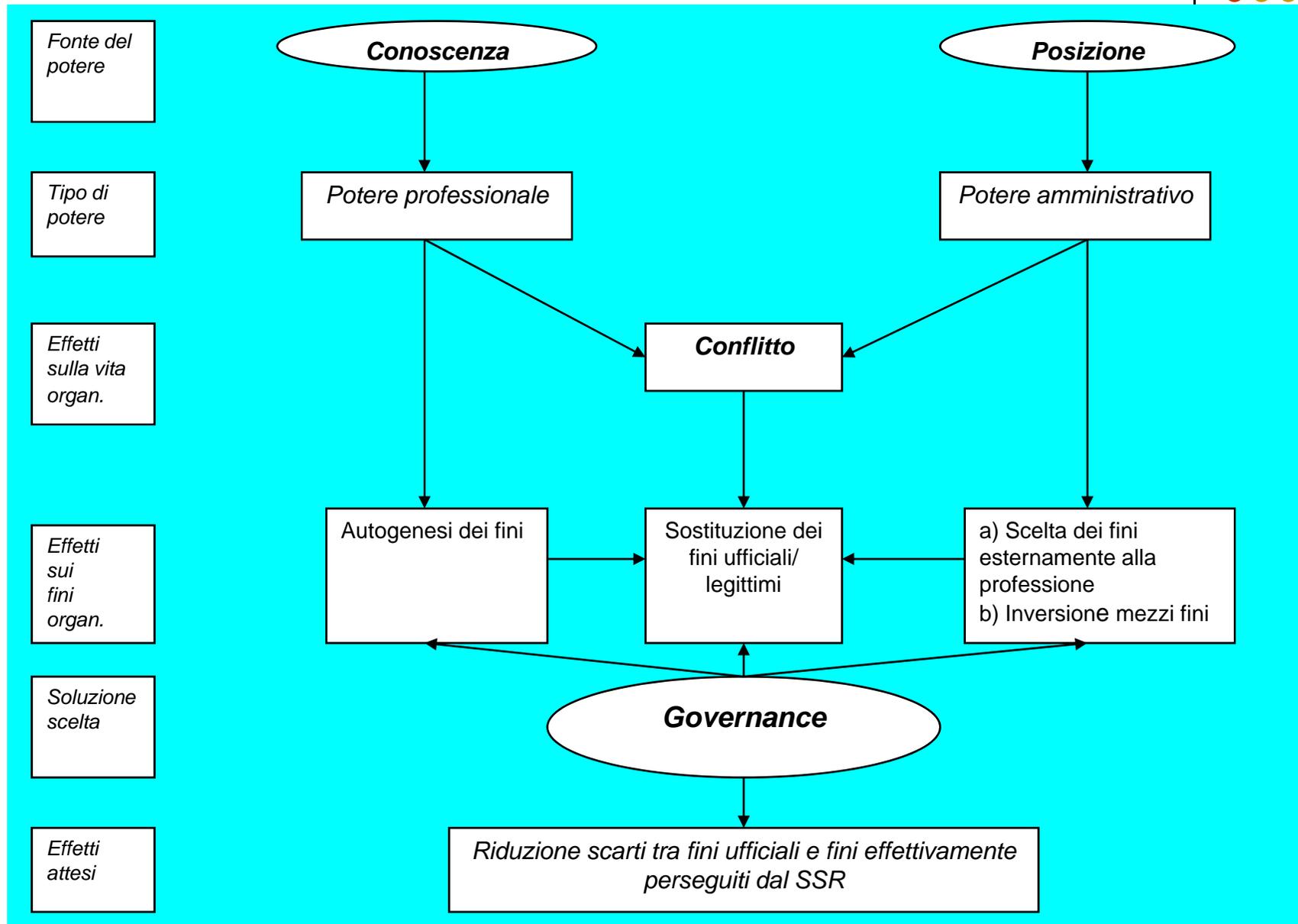
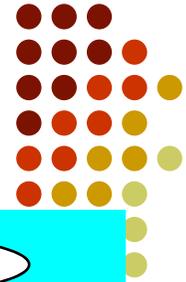


## 2.3.6) Punti critici delle conoscenze applicate dai professionisti

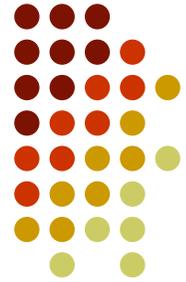


- Non sono definite dall'Azienda ma:
  - Si basano sulle acquisizioni avvenute nel percorso formativo di base universitario;
  - vengono aggiornate al suo esterno, nelle organizzazioni indipendenti di cui fanno parte sia i membri del nucleo operativo sia i loro colleghi di altre O.P.(società scientifiche)
- rappresentano il principale meccanismo di coordinamento nelle O.P., in quanto predeterminano ciò che deve essere fatto (o è lecito attendersi) da ciascun professionista
- hanno una generale connotazione razionale ed etica

2.3.7) Governance come tentativo per iscrivere i conflitti delle org. professionali in un dispositivo di integrazione e mediazione

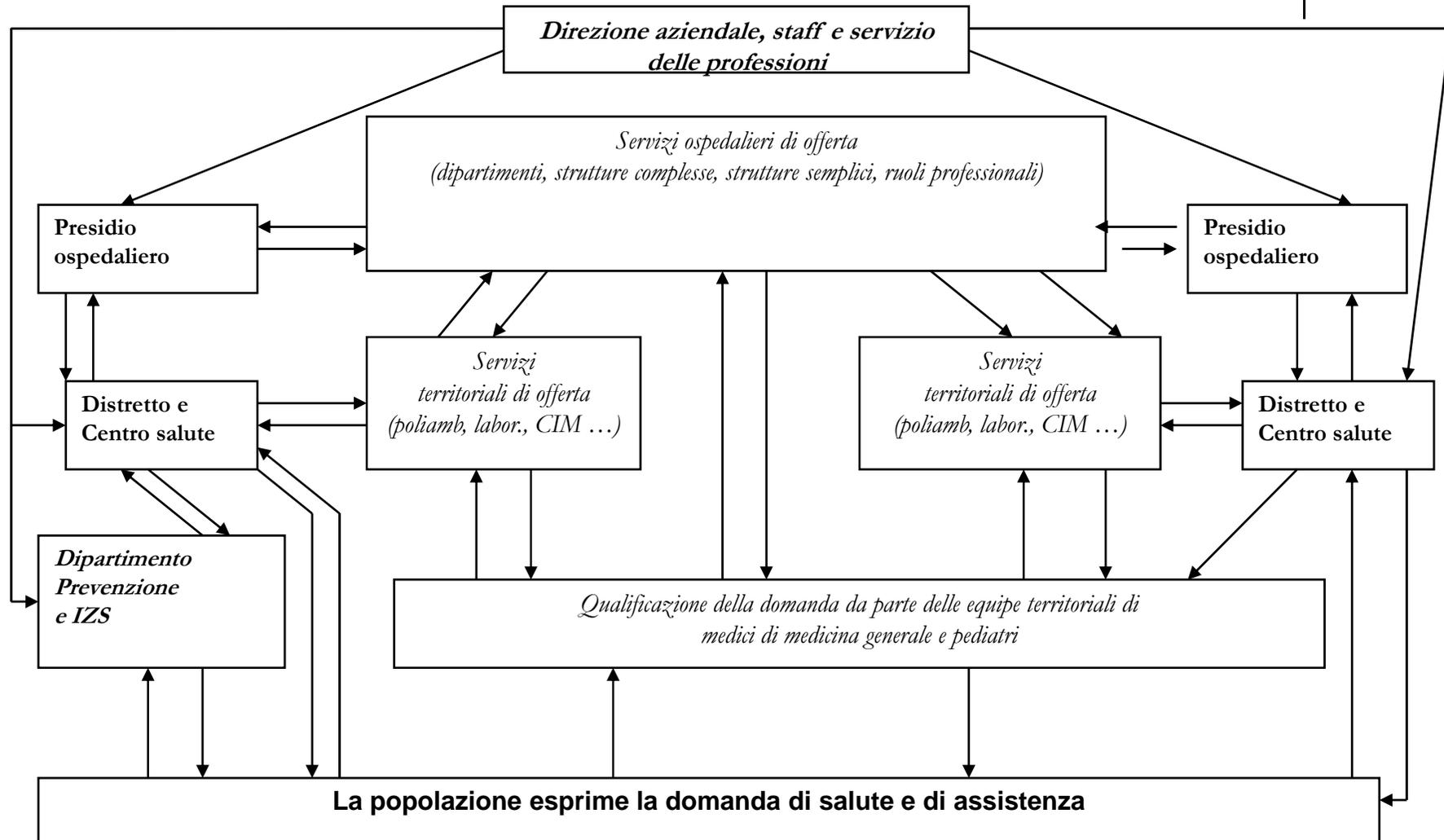
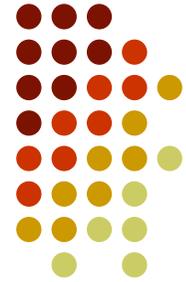


## 2.4) L'organizzazione della Clinical Governance in Umbria: i livelli gestionali

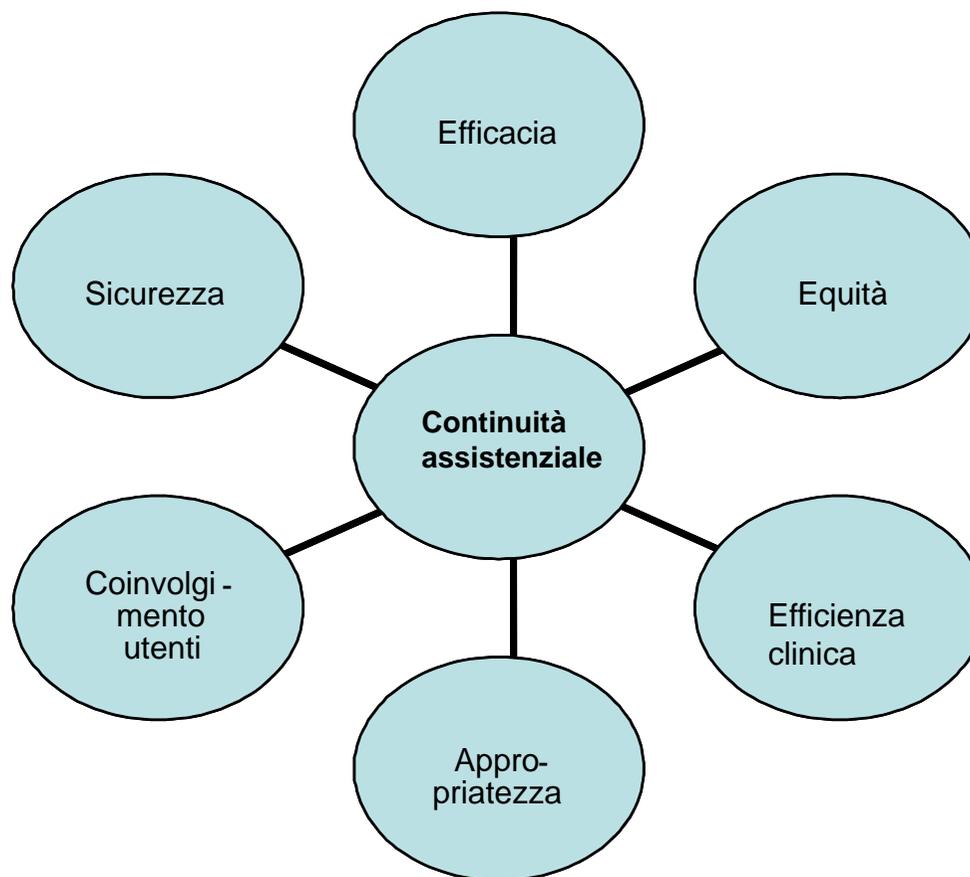


- Gestione nella Clinical governance significa: *creare le condizioni per “far lavorare bene” i professionisti.*
- Tre livelli gestionali principali:
  - Per le attività di **promozione, prevenzione e qualificazione della domanda**: il distretto, le equipe territoriali ed il dipartimento di prevenzione
  - Per la **qualificazione dell’offerta**: i dipartimenti specialistici territoriali e ospedalieri
  - Per il **governo della condivisione**: direzione aziendale

## 2.5) Responsabilità *professionali* e responsabilità *gestionali*



## 2.6) Principali dimensioni della qualità dell'assistenza socio sanitaria

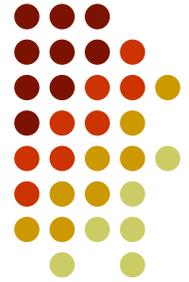




## 2.6.1) Efficacia

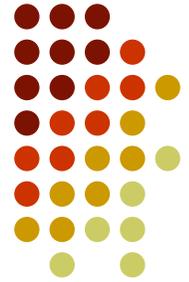
- Si riferisce al grado con cui un intervento sanitario ottiene l'esito desiderato: infatti gli utenti si aspettano che i trattamenti ricevuti producano benefici misurabili.
- Aree di performance:
  - riduzione disabilità evitabile
  - riduzione mortalità evitabile
- Strumenti:
  - revisioni sistematiche
  - linee guida

## 2.6.2) La sicurezza



- Uno degli obiettivi principali di un sistema sanitario è la sicurezza degli utenti in tutte le parti del sistema
- In altre parole dovrebbero essere minimizzati i rischi e danni, sia causati dal professionista sia determinati dal setting in cui è erogato il processo assistenziale.

## 2.6.3) Il coinvolgimento dei cittadini



- Dal cliente al cittadino competente
  - nell'adottare stili di vita salubri
  - nell'interazione con i servizi (es.: uso dei farmaci, visite specialistiche, gestione non autosufficienza, etc.)
  - Nel decidere se accettare o meno i rischi e le implicazioni di un intervento

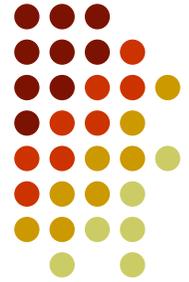
## 2.6.4) Equità di accesso



		TRATTAMENTO	
		Egual	Diseguale
BISOGNI	Eguali	a	b
	Diseguali	c	d

- **a = eguaglianza:** *gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente.*
- **d = equità:** *gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente*
- **b c = ingiustizia sociale e/o distributiva**

## 2.6.5) Efficienza



- Implica che le scelte nella erogazione di prestazioni e servizi sanitari dovrebbero ottenere il massimo beneficio dall'investimento delle risorse impegnate.
- Efficienza tecnica: la “combinazione meno costosa di risorse necessarie per l'erogazione di un certo servizio”.
- Efficienza allocativa: le modalità su come ottenere dalle risorse disponibili il mix ottimale di servizi e prestazioni sanitarie per massimizzare i benefici.

# 2.6.7) L'efficienza clinica

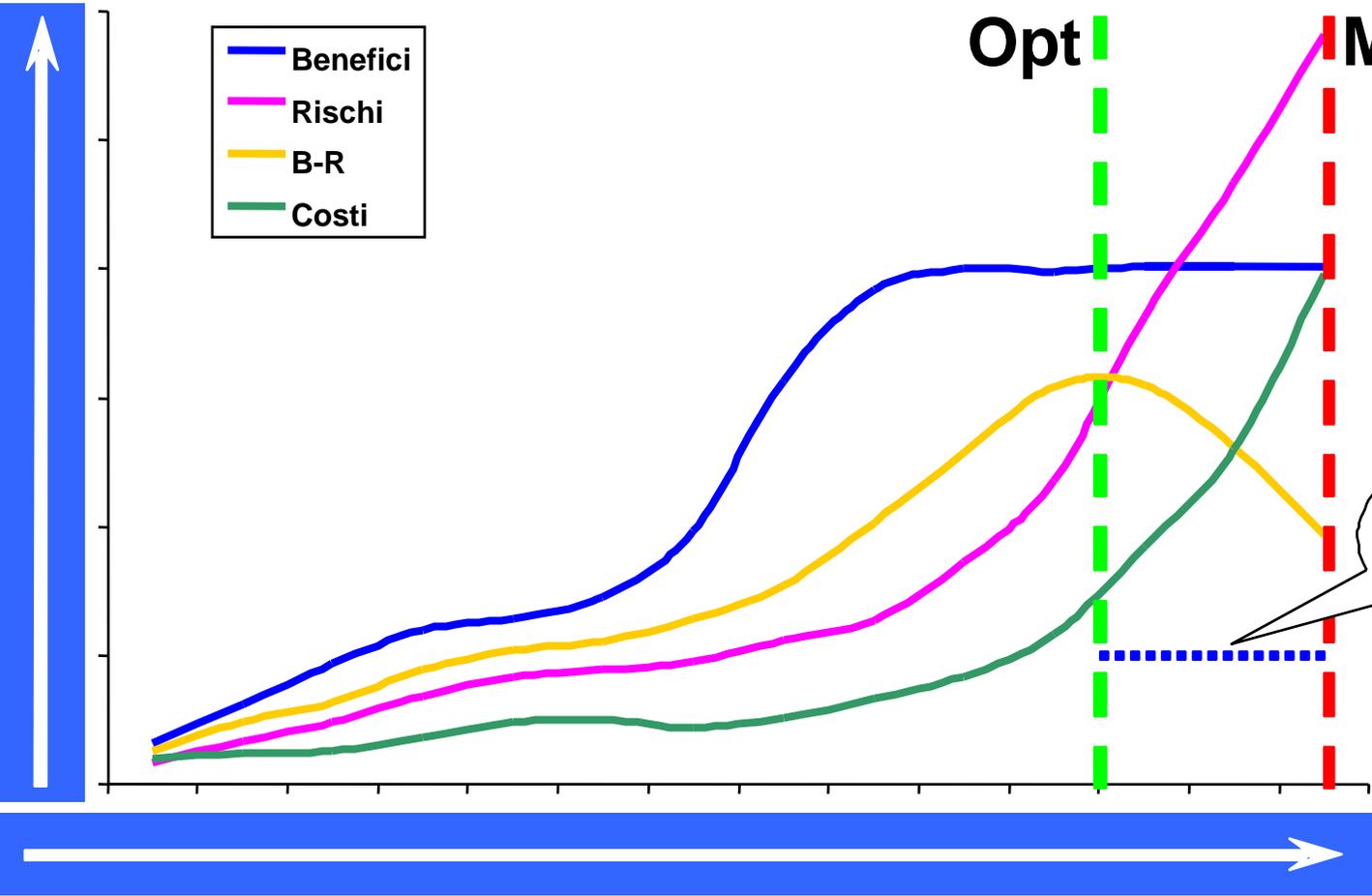


Salute espressa in termini di benefici o rischi



Opt

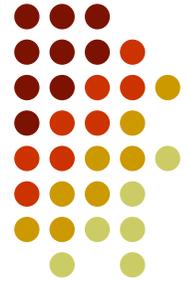
Max



Contenimento etico degli sprechi

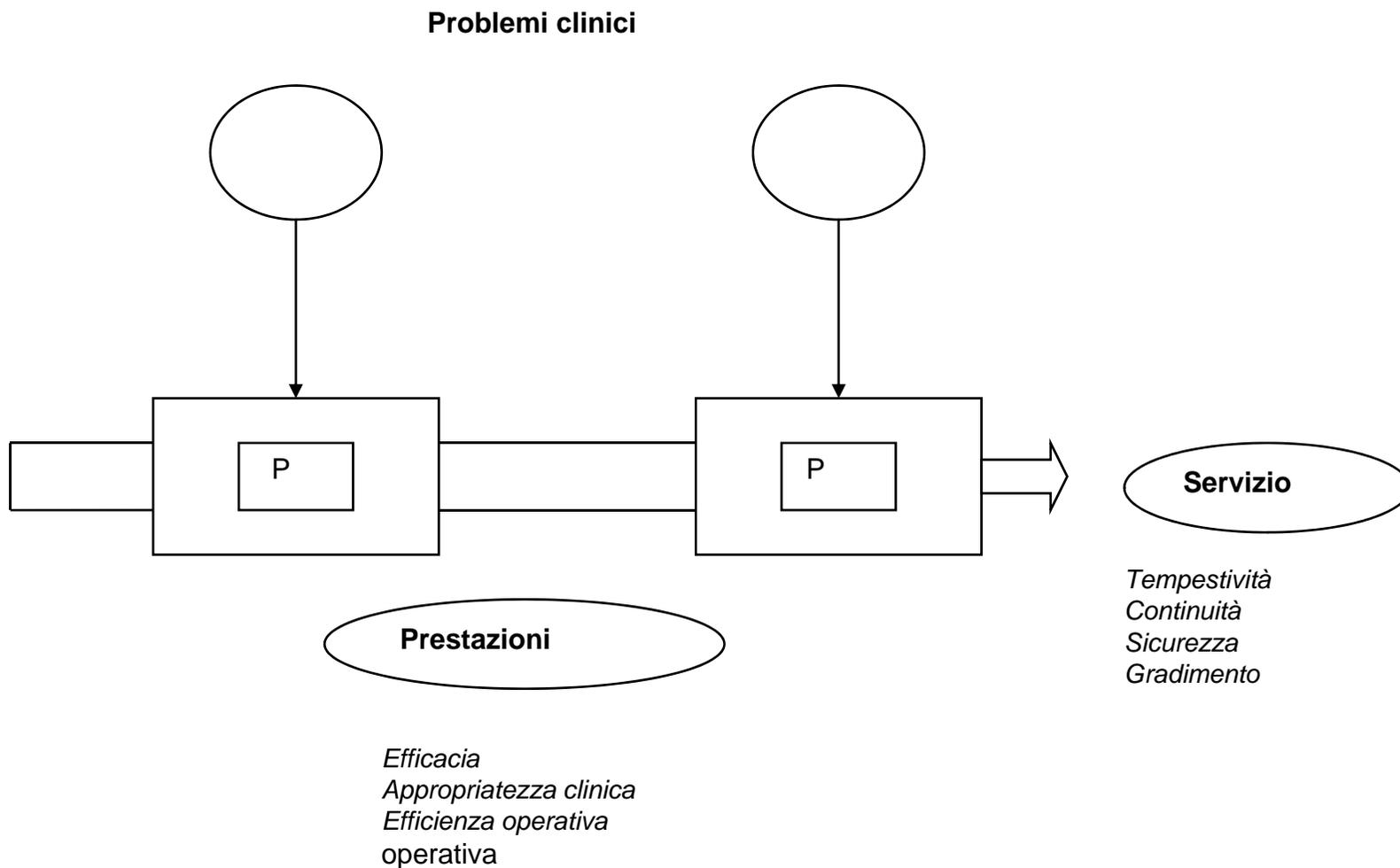
Quantità aggiunta di servizi

## 2.6.8) L'appropriatezza: fare bene le cose giuste

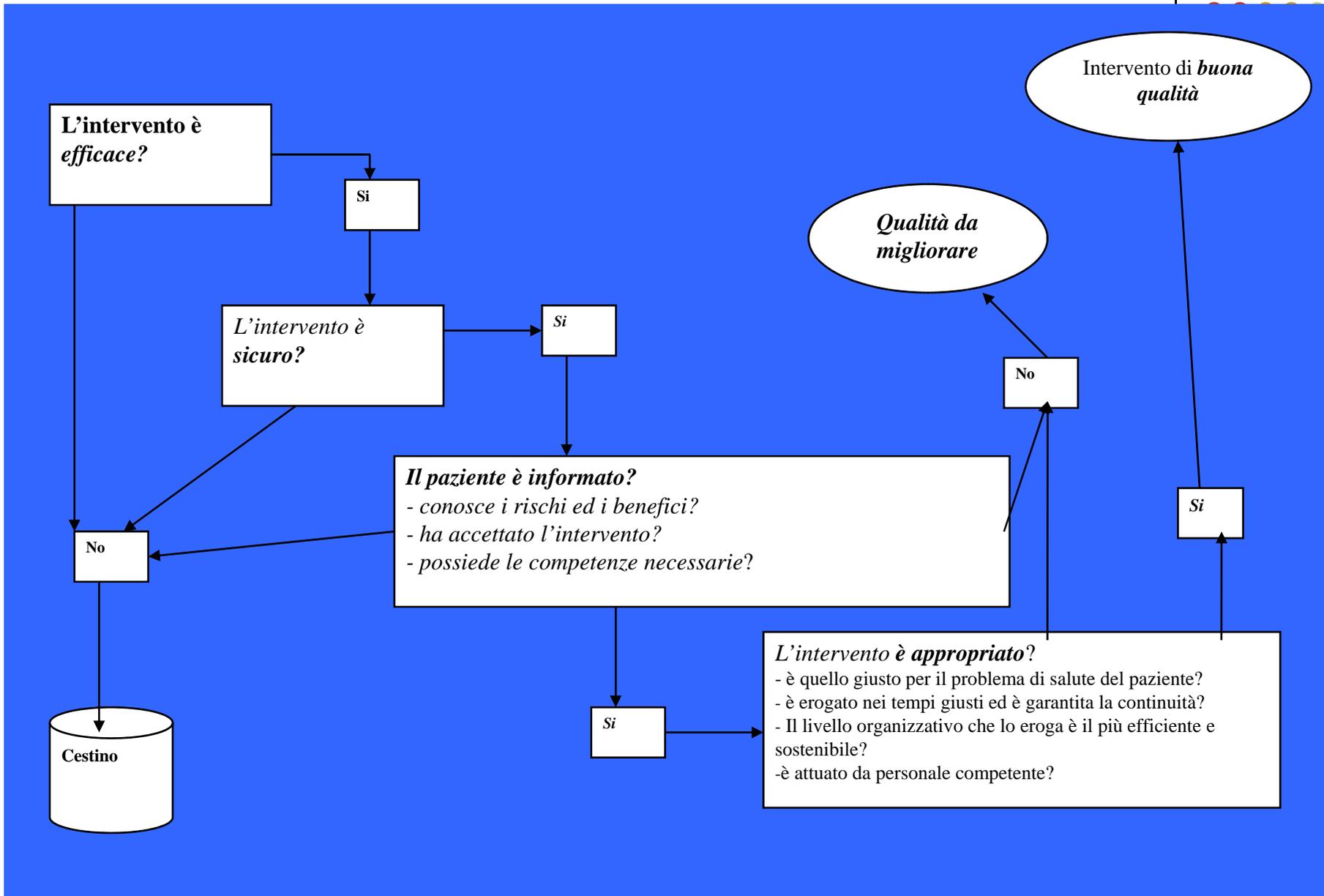


- Appropriatezza tecnico specifica: fare bene gli interventi efficaci
- Appropriatezza gestionale: supportare bene gli interventi efficaci
- Ergo: gli interventi erogati per la diagnosi ed il trattamento di una determinata condizione clinica vanno scelti per il *“paziente giusto, nel momento giusto, nel livello assistenziale adeguato e dal professionisti giusto”*, in quanto ciò massimizza la probabilità di ottenere gli effetti desiderati e riduce gli sprechi

## 2.6.9) La continuità assistenziale: dalle prestazioni ai percorsi

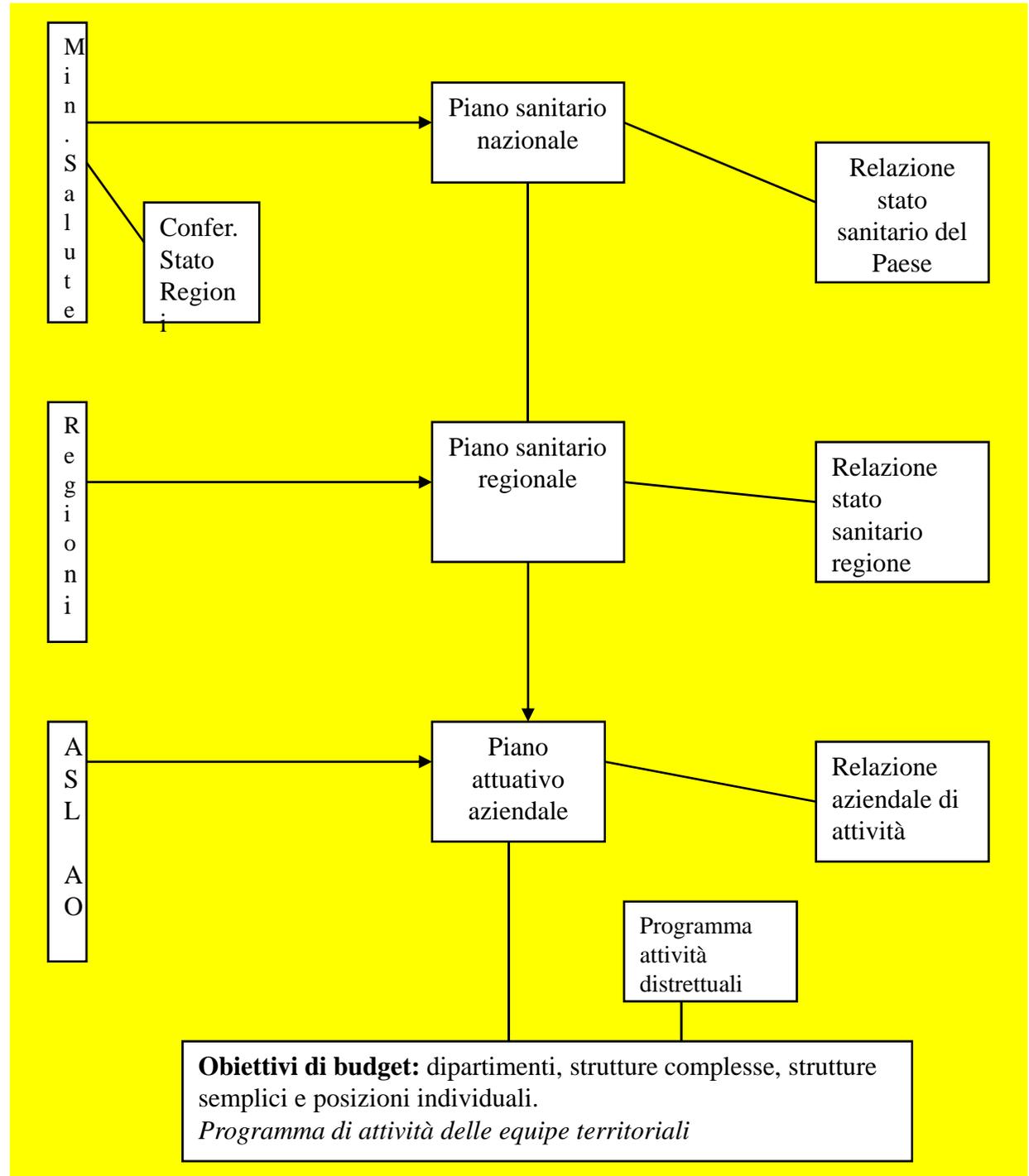


## 2.7) Come valutare la qualità di un intervento sanitario



### 3.1) La programmazione secondo la Clinical governance

- Programmare in una OP è molto diverso rispetto ad altre organizzazioni
- Carente relazione tra programmazione e organizzazione
- Difficoltà ad accettare la valutazione tecnica
- Poche valutazioni sulla salute prodotta dai servizi e sugli assetti organizzativi.
- Impianto top-down della programmazione sanitaria



## 3.2) Approvazione dei Piani sanitari da parte delle Regioni

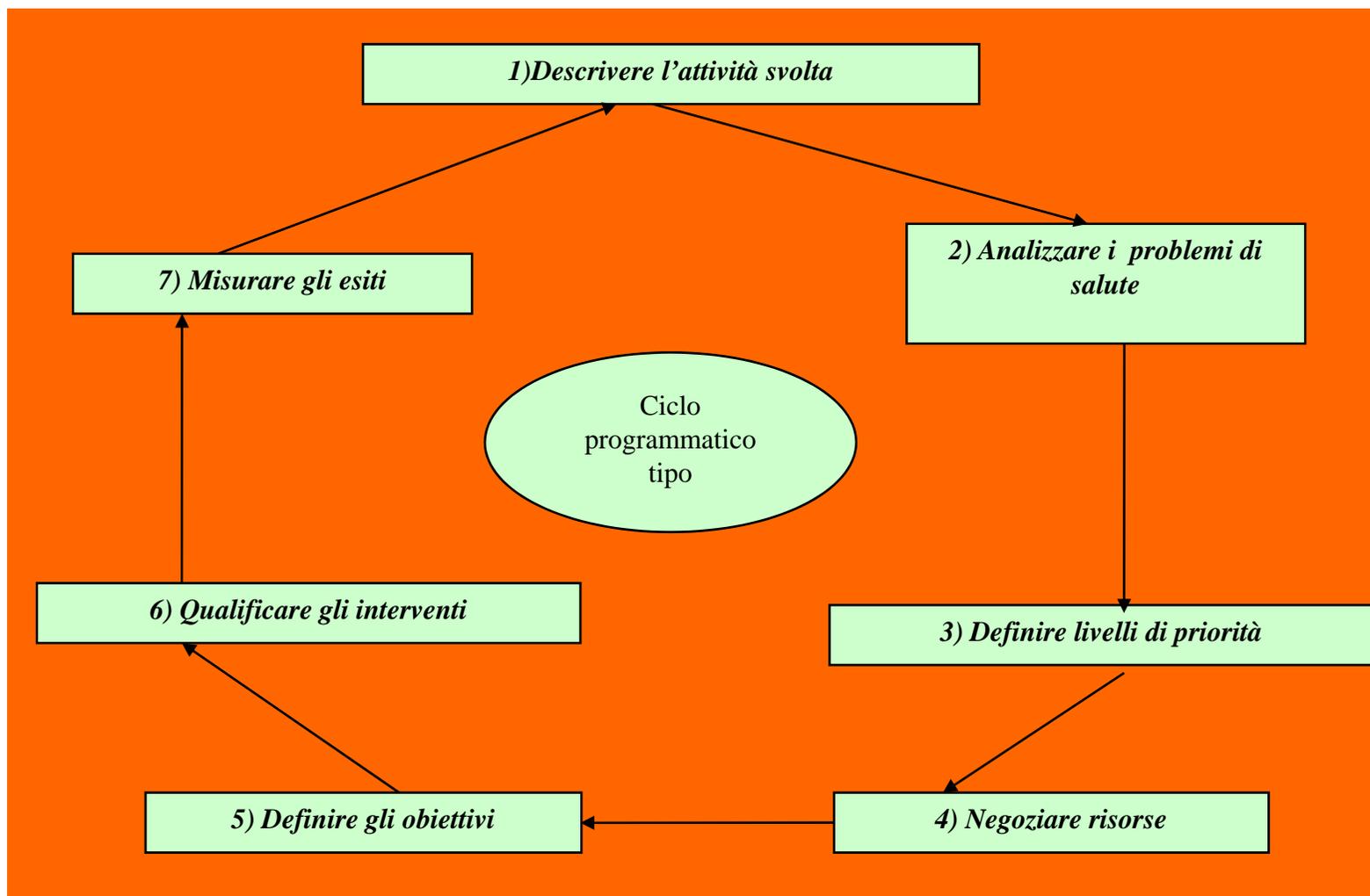


- SU 21 entità amministrative con forti responsabilità di governo:
  - **11** hanno approvato un PSR entro il triennio precedente alla rilevazione (giugno 2008- fonte SEDES)
  - **4** sono ferme ad un Psr con valenza anteriore al 2000

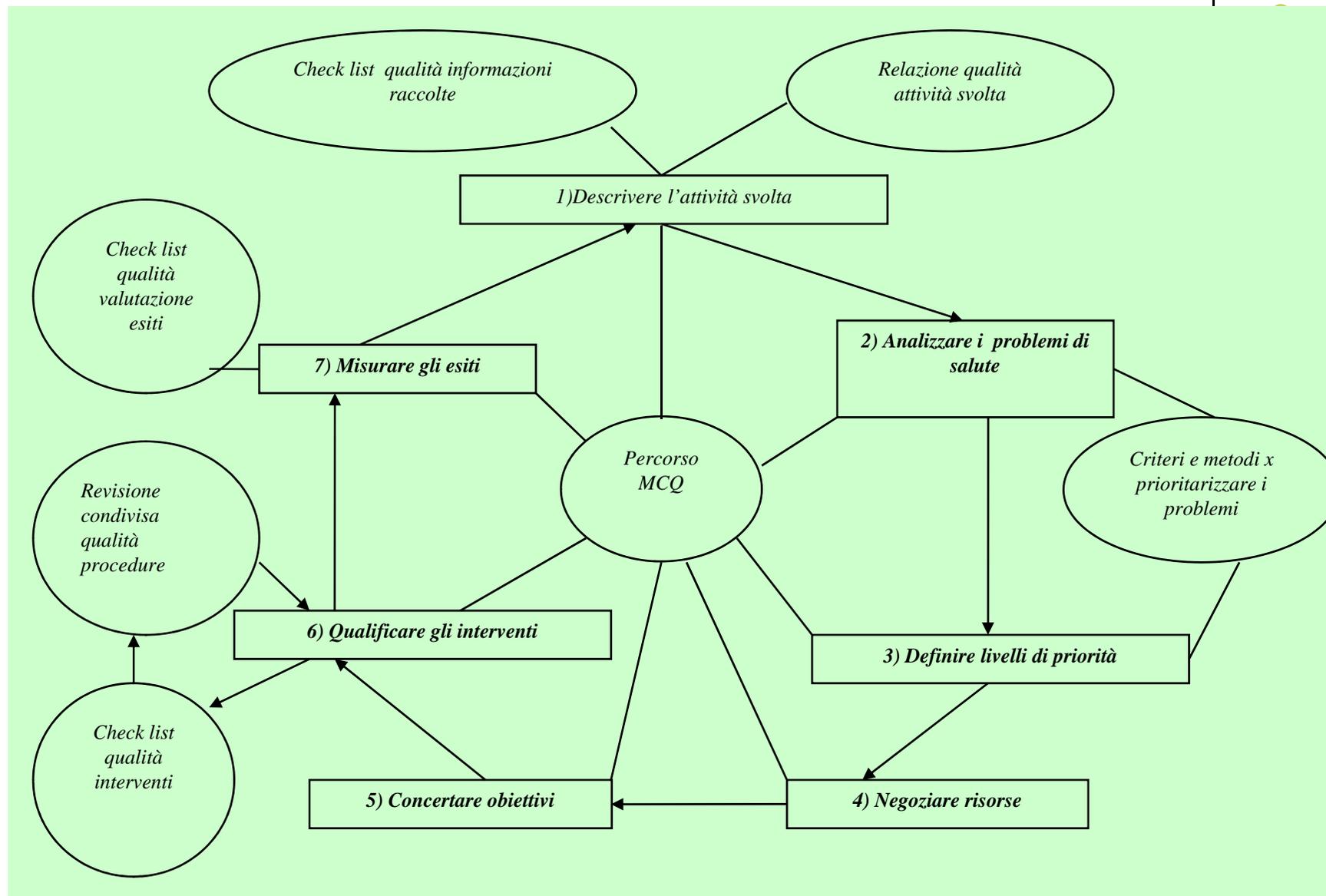
<i>Regione</i>	<i>Data PSR vigente</i>	<i>Regione</i>	<i>Data PSR vigente</i>
<i>Abruzzo</i>	1999-2001	<i>Molise</i>	1997-1999
<i>Basilicata</i>	1990-1992	<i>Piemonte</i>	1997-1999
<i>PA Bolzano</i>	2000-2002	<i>Puglia</i>	2002-2004
<i>Calabria</i>	2004-2006	<i>Sardegna</i>	2006-2008
<i>Campania</i>	2002-2004	<i>Sicilia</i>	2000-2002
<i>Emilia Romagna</i>	2007-2009	<i>Toscana</i>	2005-2007
<i>Friuli Venezia G</i>	2000-2002	<i>PA.Trento</i>	2000-2002
<i>Lazio</i>	2002-2004	<i>Umbria</i>	2003-2005
<i>Liguria</i>	2003-2005	<i>Valle d'Aosta</i>	2006-2008
<i>Lombardia</i>	2007-2009	<i>Veneto</i>	1996-1998
<i>Marche</i>	2003-2005		



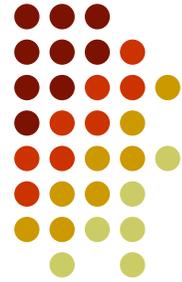
### 3.3) Ciclo programmatico “tipo” in sanità



### 3.4) Ciclo programmatico inserito in un percorso di miglioramento condiviso della qualità

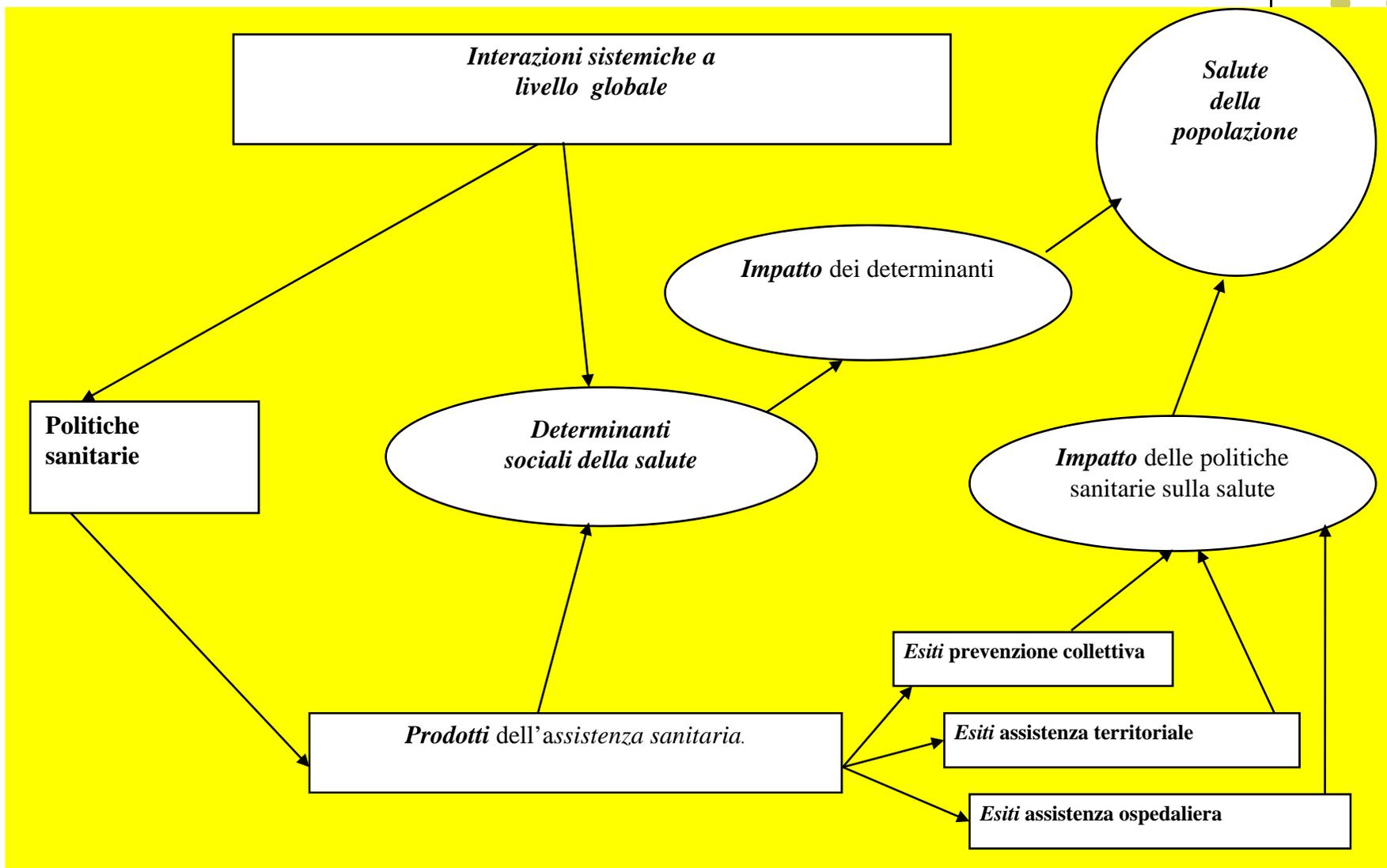


## *4.1) La valutazione nella clinical governance come risposta alle precedenti carenze del nostro SSR*

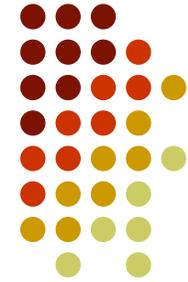


- **Tanti piani sanitari, nessuna valutazione fino al 2003**
  - **PSSR 1985-1987: L. R. 11/85**
  - **PSSR 1989-1991: L. R.**
  - **Piano ospedaliero 1996: DCR 317/96**
  - **PSR 1999-2001: DCR 783/1999**
  - **PSR 2003-2005:DCR 314/2003**
- **Nel ciclo programmatico va inserita la fase valutativa**
- **Poche conoscenze e debolezza dell'impianto metodologico su**
  - **Lo stato di salute della popolazione**
  - **La salute prodotta dai servizi**
  - **La congruenza tra scelte attuative e indicazioni programmatiche**
  - **Gli effetti della disponibilità di nuove evidenze sugli assetti organizzativi**
- **Collegare formazione, valutazione e responsabilizzazione in merito ad outcome e processi**

## 4.2.1) La valutazione di efficacia e di impatto: schema concettuale di riferimento



## 4.2.2) La Valutazione di efficacia e di impatto: definizioni e livelli appropriati di misurazione



- *Valutazione di efficacia delle strutture sanitarie*: azione organizzativa volta ad assegnare, attraverso metodi appropriati, valore ad una struttura sanitaria in base alla sua capacità di produrre esiti positivi per la salute dei suoi fruitori
- *Valutazione di Impatto sulla salute* : una combinazione di procedure, metodi e strumenti tramite i quali una politica, programma o progetto può essere giudicato per quanto riguarda i suoi potenziali effetti sulla salute di una popolazione e/o la distribuzione di tali effetti all'interno della popolazione stessa ( es.: speranza di vita senza disabilità, mortalità evitabile, ecc.)

	Regione	AUSL	Ospedale/distretto	Dipartimento	UOC/UOS
Indicatori di impatto	X	X			
Indicatori di esito			X	X	X

## 4.3) Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del SSR



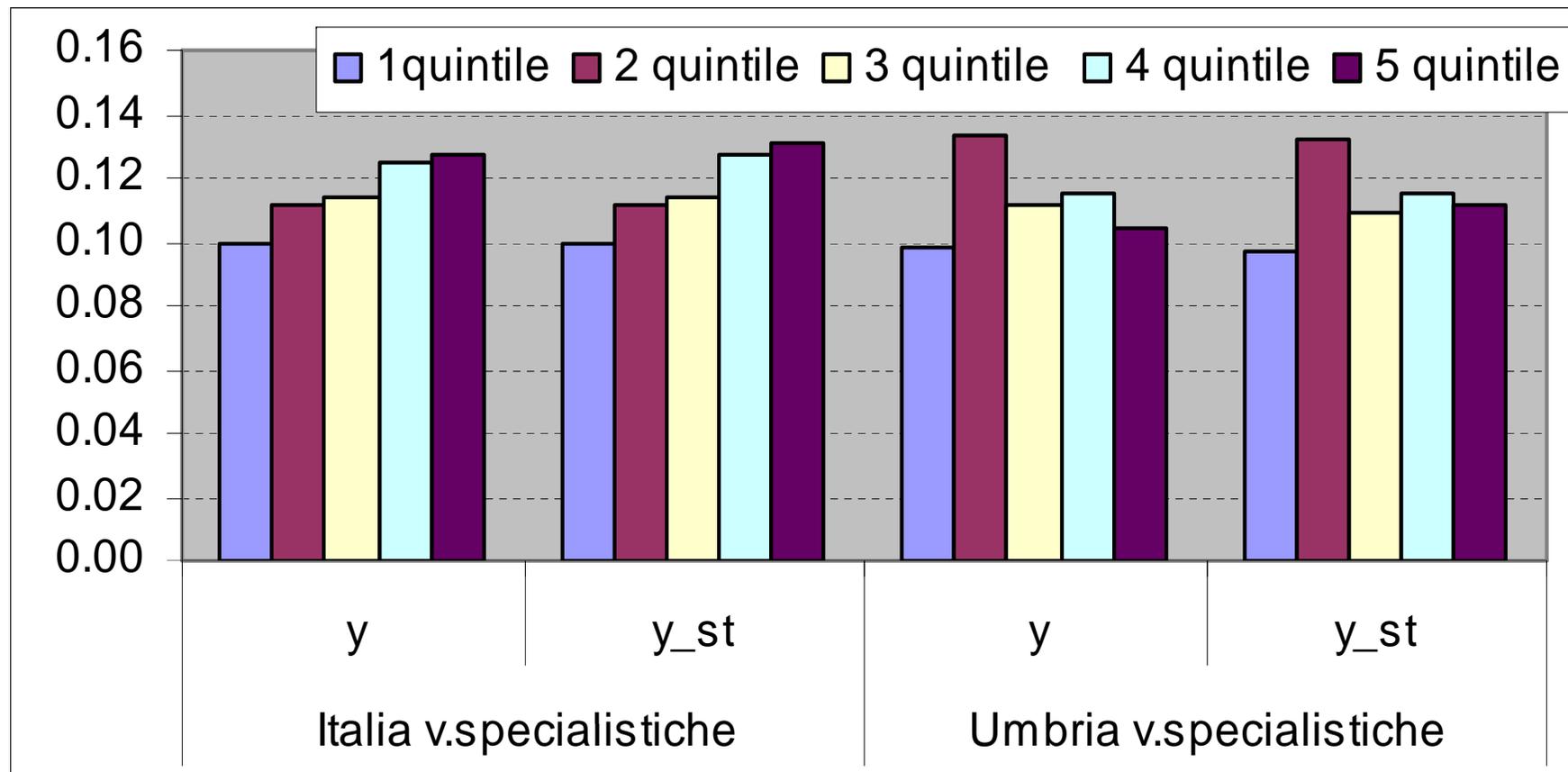
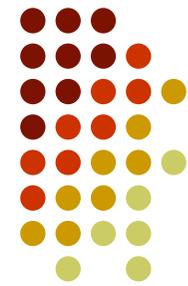
## 4.4.1) Risultati del DVSS: esempio di misura di impatto della politica sanitaria: Aspettativa di vita senza disabilità. Anni 2000-2005.



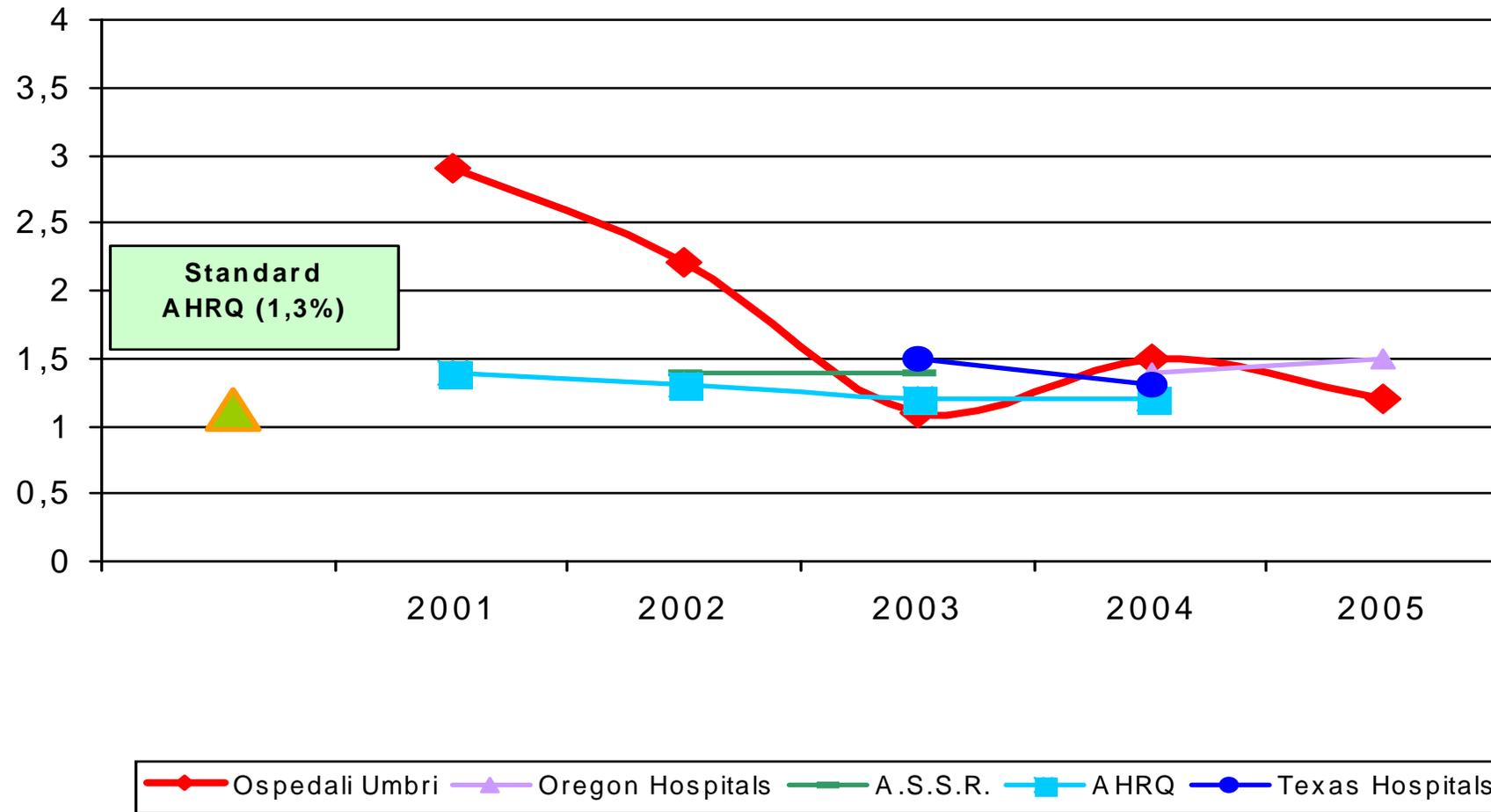
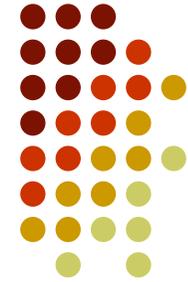
Età	Umbria				Italia			
	2000		2005		2000		2005	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
0	74,7	77,3	77	77,8	72,8	76	74,8	77,9
15	60,3	63	61,6	63,4	58,7	61,8	60,5	63,5
45	31,7	33,8	32,9	34,1	30,4	32,7	32,2	34,3
65	14,6	15,4	15,7	16	13,5	14,7	14,9	16,1
75	7,9	7,5	8,8	8,3	7,0	7,1	8,1	8,3

- in tutte le età indice e per tutti e due i sessi c'è stato in Umbria un miglioramento nel quinquennio considerato;
- nel confronto con il resto d'Italia tra il 2000 ed 2005:
  - per le donne in tutte le età indice nel 2005 si perde il vantaggio che l'Umbria aveva nel 2000 sull'Italia in termini di aspettativa di vita senza disabilità;
  - per i maschi tale vantaggio si riduce nel 2005 rispetto al 2000 in tutte le età indice, ad eccezione che alla nascita.

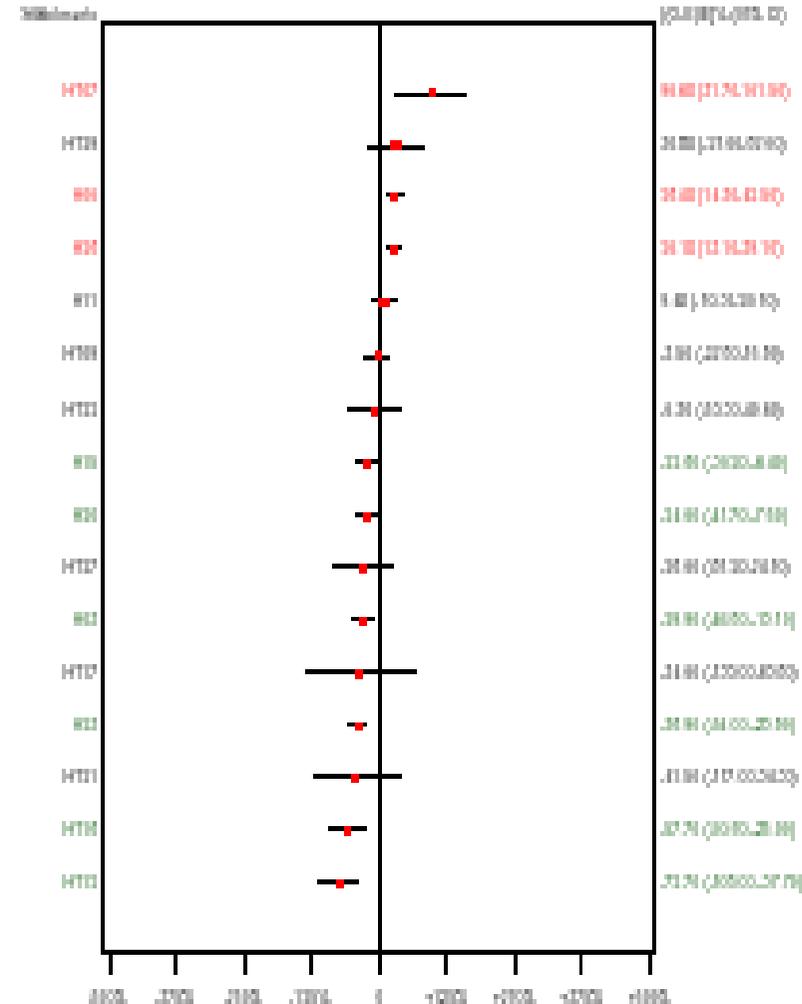
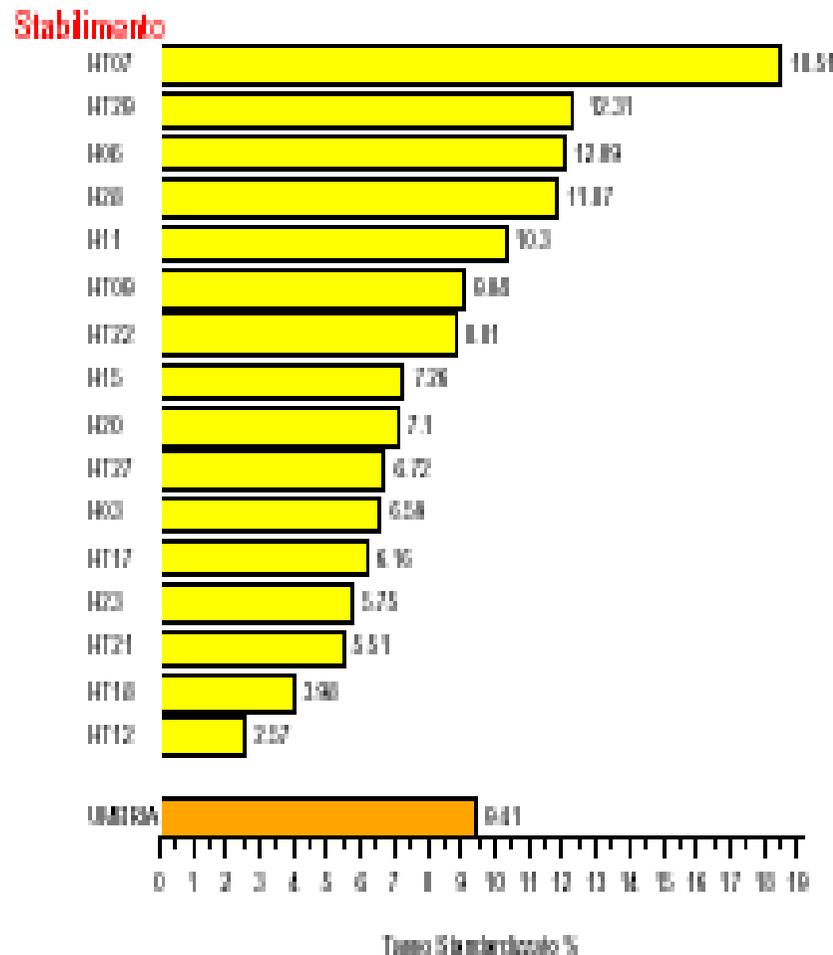
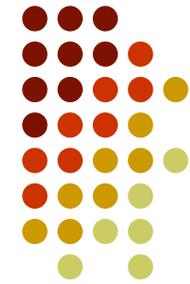
4.4.2) Risultati del DVSS: esempio di misura di impatto della politica sanitaria. *Equità nell'assistenza*: Probabilità di effettuare una visita specialistica per quintili di reddito (1999-2000).



### 4.4.3) Risultati del DVSS: Esempio di misura di esito: Mortalità intraospedaliera per angioplastica coronarica (2001-2005)



# 4.4.4) Risultati del DVSS: Esempio di misura di esito: mortalità per infarto miocardico acuto; variabilità tra i presidi umbri.2001-05



## 4.4.5) Risultati del DVSS: Confronti, tendenze e variabilità intraregionale per ciascuna area di valutazione



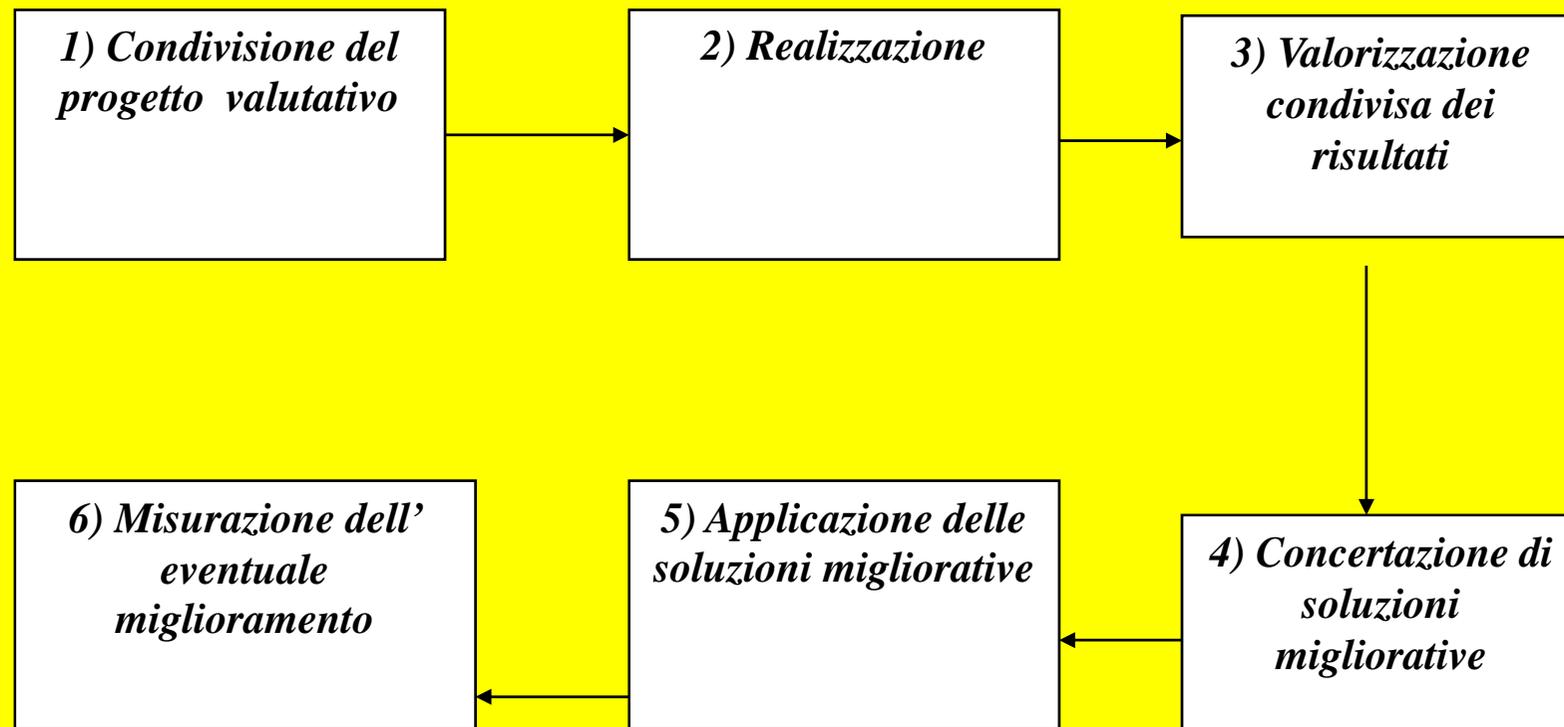
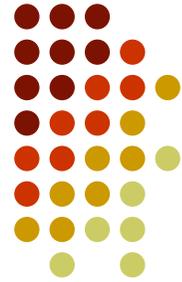
Are di valutazione	Tipologia di esito di salute#	Confronti con realtà extraregionali	Tendenza°	Variabilità intra regionale*
1) Mortalità evitabile	Esiti finali	Favorevole (salvo overdose)	Al miglioramento (salvo overdose)	Presente
2) Coperture vaccinali	Esiti intermedi	Favorevole	Al miglioramento	Assente
3) Screening cervice	Esiti intermedi	Favorevole	Al miglioramento	Presente
4) DP-IZS-ARPA 4.1) San. Pubbl.	Esiti finali	Non disponibile	Al miglioramento	Presente
4.2) PSAL	Esiti intermedi	“ “	Alternata	“
4.3) San. Veter	Esiti intermedi	Sfavorevole	Alternata	Presente
4.4) Sic. Alim	Esiti intermedi	Non disponibile	Alternata	Presente
	Esiti intermedi	Non disponibile	Alternata	Presente

**Tipologie di esito di salute:** Esito finale; esito intermedio; soddisfazione del cittadino

**Tendenza:** miglioramento o peggioramento (misurazioni con test statistici convergono), stabile (misurazioni con test statistici senza variazioni significative) o alternata (misurazioni con variazioni significative in campi consistenti di valutazione ma non convergenti).

**Variabilità intra regionale:** presente o assente a seconda della significatività statistica negli scostamenti dalla media regionale per le misurazioni in specifiche ASL, distretti, ospedali.

## 4.4.6) Risultati del DVSS: Innovazioni metodologiche emerse dallo studio Umbria Stemi

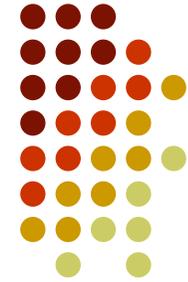


## 4.5) Limiti e carenze delle valutazioni di esito nel DVSS



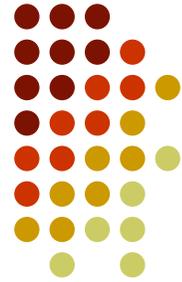
- Metodo
  - Inappropriatezza di contesto:
    - organizzazione ASL fordista
    - Organizzazione regionale burocratico amministrativa
    - Manca il punto di vista dei cittadini
  - Carenze reti cognitive:
    - Scarsa ramificazione
    - Monoprofessionalità
    - Pochi apicali
  - Limiti banche dati amministrative ( SDO, ecc)
- Merito
  - Esiti:
    - Aree non sviluppate:
      - Nursing;
      - Integrazione socio sanitaria
      - nefrologia, urologia, pneumologia, ecc
    - Poche misurazioni sulla disabilità e sulla persona nel suo complesso

## 5) Problemi aperti e aree di approfondimento su organizzazione, programmazione e valutazione secondo la Clinical governance



- **Clinical governance:**
  - Approcci organizzativi > approcci meta organizzativi
  - Qualità nominale > qualità effettiva
- **Programmazione e CG**
  - Priorità scelte dai tecnici > scelta condivisa delle priorità
  - Sistemi di pianificazione e controllo ( budget) > efficacia
- **Valutazione e CG**
  - Come rendere la valutazione degli esiti nelle strutture sanitarie una azione organizzativa pari ad altre e :
    - Supportata da metodologie adeguate
    - Richiesta e valorizzata dall'organizzazione sanitaria
    - Sostenibile da dirigenti e professionisti
    - Integrata con i percorsi di MCQ della line organizzativa
    - Condivisa con fruitori/esposti e professionisti

# Bibliografia essenziale



- Cosmacini: "Storia della medicina e della sanità in Italia" Laterza 1994 (3 vol.)
- Mc Keown: "Health and medical progress": Relazione al Convegno internazionale: Medicina ed epistemologia. Perugia 1985
- Henry Mintzberg: "*La progettazione dell'organizzazione aziendale.*" Il Mulino, Bologna, 1996
- Morgan G. (1995): "*Images. Le metafore dell'organizzazione*" Franco Angeli Ed. Milano.
- Gross E., Etzioni A.(1996): "*Organizzazioni e società*". Il Mulino, Bologna
- NHS Executive (1999) *Clinical governace in the new Nhs.* Circular 065. ([www.doh.gov.uk](http://www.doh.gov.uk)).
- G. Bonazzi " Storia del pensiero organizzativo" F. Angeli 2002
- M. Castells "***L'età dell'informazione: economia, società, cultura***" (3 vol.) Università Bocconi 2004.
- H. Mintzberg: "***Managers not MBAs***". Berrett Koehler, 2004;
- OERU (Osservatorio Epidemiologico Regione Umbria) (2006- 2007) "*Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario – DVSS – 4 volumi e 6 monografie*, SEDES, Perugia;
- C. Vercellone (a cura di): "***Capitalismo cognitivo. Conoscenza e finanza nell'epoca postfordista.***" Manifestolibri, Roma, 2006. -
- WHO (2008): "The world health report 2008 : primary health care now more than ever." WHO <http://www.who.int/research/en/>