

Clinical governance: ultima spiaggia per salvare la sanità pubblica?

Antonino Cartabellotta

Fondazione GIMBE, Bologna, Italia

RIASSUNTO

Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini: mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità.

Introduzione

Da quando la sommatoria di varie manovre finanziarie, tutte avvenute al di fuori dell'accordo Stato-Regioni, ha sottratto alla sanità pubblica una cifra stimata tra 25 (dallo Stato) e 30 (dalle Regioni) miliardi di euro, il tema della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è balzato all'onore delle cronache. In particolare, alla fine del 2012 la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha paventato che a partire dal 2014 i tagli rischiano di portare al collasso il SSN, mettendo a rischio la possibilità di garantire tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie oggi erogate sul territorio nazionale. A fronte di questa affermazione, se è legittimo chiedersi quanto la deriva economicista della politica possa erodere il diritto costituzionale alla salute, è altrettanto indispensabile ribadire che l'articolo 32 della Costituzione tutela il diritto alla salute e non alla sanità, oggi intesa come disponibilità illimitata e tempestiva di servizi e prestazioni sanitarie, incluse quelle inefficaci e inappropriate che aumentano i rischi per i pazienti consumando preziose risorse.

Anche se posta al centro della scena solo in tempi recenti, la sostenibilità del SSN da almeno 20 anni è soggetta a una silenziosa erosione conseguente a vari

fattori: le mutate condizioni demografiche, economiche e sociali, la crescente introduzione sul mercato di false innovazioni tecnologiche, le conseguenze della modifica del Titolo V della Costituzione, il perpetuarsi delle ingerenze della politica partitica nella programmazione sanitaria, la grande incompiuta dei LEA, la gestione delle aziende sanitarie come silos in continua competizione, l'evoluzione del rapporto paziente-medico, l'involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie. A fronte di questo progressivo indebolirsi della sostenibilità del SSN, la politica sanitaria si è limitata a occasionali rattoppi: infatti, dopo il D. Lgs. 229/99, solo interventi legislativi dettati dalla contingenza e dall'urgenza e non certo frutto di una programmazione coerente con i bisogni socio-sanitari della popolazione.

Oggi, in un contesto particolarmente critico, teatro di un continuo conflitto istituzionale tra Stato e Regioni, è indispensabile coinvolgere tutti gli stakeholders del pianeta salute per fornire risposte di sistema a cinque questioni chiave da cui dipende il futuro del nostro SSN.¹

Il Servizio Sanitario Nazionale è realmente sotto-finanziato?

I dati dell'OCSE indicano che in Italia la spesa sanitaria - da tempo inferiore a quella dei più importanti paesi europei - continua a scendere,² segnando nel 2012 un record negativo del -3%. L'Italia, dove l'80% della spesa sanitaria è pubblica, è tra i paesi che spendono meno sia in termini di incidenza sul PIL, sia in termini di spesa pro-capite. Infatti, a parità di potere d'acquisto, ogni cittadino italiano dispone per la propria salute di 3027 dollari l'anno, rispetto agli 8388 degli americani, ai quasi 6000 di norvegesi, svizzeri e olandesi, ai 4500 di austriaci, tedeschi e danesi o ai 4100 dei francesi. Di fatto, l'Italia è fanalino di coda insieme a Spagna, Portogallo, Grecia e tutti i paesi dell'est Europa. Tuttavia, a fronte di questi incontrover-

Corrispondente: Antonino Cartabellotta, Fondazione GIMBE, via Amendola 2, 40121 Bologna, Italia.
Tel.: +39.051.5883920 - Fax: +39.051.3372195.
E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

Parole chiave: Servizio Sanitario Nazionale, sostenibilità, politiche sanitarie, sprechi, *clinical governance*, appropriatezza.

Articolo pubblicato secondo la Creative Commons Attribution NonCommercial 3.0 License (CC BY-NC 3.0).

©Copyright A. Cartabellotta, 2014
Licensee PAGEPress, Italy

QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2014; 2:90-94

tibili dati economici, è bene ricordare che nei sistemi sanitari avanzati non esistono evidenze scientifiche che sostengono una correlazione positiva tra entità degli investimenti in sanità e miglioramento degli esiti di salute delle popolazioni.³

Il Patto per la Salute, approvato dal Ministero della Salute e dalle Regioni,⁴ sembra aver messo in sicurezza il finanziamento del SSN, fissando le risorse destinate alla sanità pubblica sino al 2016. Tuttavia, il Ministero dell'Economia e delle Finanze non ha rinunciato alla precisazione *salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico*. In altre parole, nonostante l'impegno e le continue rassicurazioni del Ministro Lorenzin, il Patto per la Salute non scongiura affatto ulteriori tagli per esigenze di finanza pubblica.

Il modello di politica sanitaria che ha generato 21 sistemi regionali deve essere ripensato?

A fronte di un diritto costituzionale che garantisce *universalità ed equità di accesso a tutte le persone* e alla L. 833/78 che conferma la *globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini*, dati e fatti smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il SSN.⁵ Infatti, le inaccettabili disuguaglianze regionali documentano che l'universalità e l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale e la reciprocità di assistenza tra le Regioni rappresentano oggi un lontano miraggio. Inoltre, la stessa attuazione dei principi organizzativi del SSN è parziale e spesso contraddittoria: infatti, la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari e l'integrazione socio-sanitaria presentano innumerevoli criticità. Considerato che la recente controriforma del Titolo V ha eliminato la legislazione concorrente e confermato l'autonomia organizzativa delle Regioni, è indispensabile ampliare le capacità di indirizzo e verifica del Ministero della Salute sui 21 sistemi sanitari regionali, in particolare attraverso la definizione di standard clinico-assistenziali e indicatori di performance unitari per tutto il territorio nazionale.

La modalità di organizzazione e gestione delle aziende sanitarie è adeguata?

Pianificazione, organizzazione ed erogazione dell'assistenza sanitaria incontrano numerosi ostacoli, legati in parte all'eterogeneità delle aziende sanitarie, in

parte a modalità gestionali poco compatibili con il *prodotto salute*. Innanzitutto, l'approccio al management continua a essere guidato dalla produttività (*output-driven*) e non dagli esiti di salute (*outcome-driven*): di conseguenza, la valutazione e il finanziamento delle aziende sanitarie sono basati quasi esclusivamente sul binomio produttività-consumi. In secondo luogo, le differenti modalità di finanziamento tra aziende sanitarie che erogano gli stessi servizi generano interessi in competizione. Infine, esistono notevoli resistenze e difficoltà ad attuare modalità sovra-aziendali di organizzazione dell'assistenza: modelli per intensità di cura, *hub-spoke*, *transitional care*, etc.

I professionisti sanitari possono contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale?

Secondo il principio di giustizia distributiva se l'etica del razione appartiene alla politica, quella della riduzione degli sprechi è legata alla professionalità dei medici, con le loro prescrizioni diagnosticoterapeutiche.⁶ Di conseguenza, guidati da un equilibrato mix di evidenze e buonsenso, tutti i professionisti sanitari - medici in particolare - dovrebbero collaborare con le Istituzioni per identificare gli interventi sanitari inefficaci, inappropriati e dal *low value*, che riducono l'efficacia dell'assistenza, aumentano il rischio clinico per i pazienti e determinano un ingente spreco di risorse.⁷⁻¹⁰ Inoltre, quando le evidenze scientifiche non supportano le richieste del paziente, il medico ha sempre il dovere di rifiutarle, convincendolo attraverso una *evidence-based persuasion*,¹¹ e contribuendo a riformulare l'imperativo socio-culturale dominante *more is better* - che ha trasformato il cittadino/paziente in consumatore - in *less is more*, vessillo di una medicina parsimoniosa.¹²

Quali responsabilità per cittadini e pazienti?

Il SSN è a disposizione delle persone che di volta in volta assumono ruoli differenti: sono pazienti, quando presi in carico per problemi assistenziali, utenti quando si rivolgono per informazioni, transazioni, certificazioni, cittadini quando con il loro voto contribuiscono alle scelte politiche.¹³ Oggi la progressiva involuzione del cittadino in consumatore di servizi e prestazioni sanitarie fa il gioco della politica, perché la *customer satisfaction* rappresenta un insostituibile strumento di consenso elettorale.¹⁴ Peraltro, solo pochi contribuenti sono consapevoli che la domanda inappropriata di servizi e prestazioni sanitarie concorre agli sprechi del SSN, con pesanti ricadute sotto forma di imposte locali e di mancate detrazioni, in particolare nelle regioni in piano di rientro.

In un simile contesto, l'obiettivo del SSN finisce inevitabilmente per identificarsi con l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie, un'attività influenzata sia da logiche di profitto, sia da conflitti di interesse a vari livelli, a dispetto di quanto sancito dalla L. 833/78 che istituiva il SSN per *promuovere, mantenere, e recuperare la salute fisica e psichica di tutta la popolazione*. Oggi chi spalleggia la non sostenibilità del SSN è consapevole che il mercato della sanità è regolato dall'offerta di servizi e prestazioni sanitarie in grado, al tempo stesso, di modulare e soddisfare la domanda dei cittadini: da un lato inducendo i consumi (professionisti, aziende sanitarie), dall'altro attuando il razioneamento implicito (politica sanitaria). Queste regole sopravvivono indisturbate, sia perché il finanziamento di servizi e prestazioni sanitarie si basa su criteri quantitativi che non tengono conto della loro efficacia e appropriatezza, sia perché la soddisfazione dei cittadini costituisce un potente strumento di consenso elettorale.

Oggi che la sostenibilità irrompe prepotentemente sulla scena, l'equilibrio offerta-domanda rischia di saltare perché l'involuzione del SSN ha generato sia una ipertrofia di strutture e servizi, sia un livello di inappropriatezza di prestazioni che il finanziamento pubblico non è più in grado di mantenere. Questo circolo vizioso può essere spezzato solo attuando politiche sanitarie coerenti con una delle seguenti strategie:

- *Aumentare il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale*: nella realistica impossibilità di disporre di ulteriori risorse pubbliche, questo può essere ottenuto attraverso l'intermediazione finanziaria e assicurativa dei privati, che aumenta le disuguaglianze sociali, e/o mediante aumento della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, una misura troppo impopolare per la politica oltre che fortemente condizionata dalla crisi economica. In ogni caso, senza adeguate strategie per prevenire inefficienze e sprechi, buona parte delle risorse aggiuntive finirebbe paradossalmente per finanziare servizi e prestazioni inutili, determinando ulteriori sprechi.
- *Effettuare tagli lineari*: è la strada percorsa sinora

dalla politica: riduzione dei posti letto, blocco delle assunzioni, riduzione delle tariffe di rimborso per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, soppressione di servizi. Strategia semplice da attuare, ma per la sua scarsa selettività rischia di privare un numero sempre più elevato di cittadini di servizi essenziali e appropriati.

- *Eliminare gli sprechi*: attraverso il coinvolgimento di tutte le categorie di stakeholders, questa strategia prevede l'identificazione e la riduzione degli sprechi che aumentano i costi dell'assistenza, senza produrre alcun beneficio.¹⁵ In particolare, secondo la tassonomia di Don Berwick, 6 categorie di sprechi assorbono circa il 20% della spesa sanitaria (Tabella 1), che in Italia equivale a una cifra superiore ai 20 miliardi di euro. Al di là delle dichiarazioni di intenti e di quanto stabilito dal Patto per la Salute (art. 1, comma 4: *I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie*), questo obiettivo è realisticamente perseguibile solo se tutti gli attori della sanità, accantonando definitivamente ogni interesse individuale e di categoria, sono disponibili a riallinearsi sul vero obiettivo del SSN. Infatti, se è indiscutibile il principio che tutte le risorse recuperate devono rimanere nel comparto sanitario, in assenza di chiari obiettivi di disinvestimento e riallocazione, la maggior parte delle regioni non riuscirà mai nella titanica duplice impresa di tagliare gli sprechi e investire su servizi e prestazioni sotto-utilizzate, oltre che effettuare i necessari investimenti strutturali.

Per intervenire in maniera efficace su alcune categorie di sprechi - in particolare il sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati (*overuse*¹⁶), il sotto-utilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati (*underuse*) e l'inadeguato coordinamento dell'assistenza tra ospedale e cure primarie - è indubbio che gli strumenti della *clinical governance* rappresentano da tempo un riferi-

Tabella 1. Categorie di sprechi e relativo impatto sul Sistema Sanitario Nazionale.

Categoria sprechi	% sprechi	Mld di €
1. Sovra-utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati	26	5,72
2. Frodi e abusi	21	4,62
3. Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	19	4,18
4. Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati	12	2,64
5. Complessità amministrative	12	2,64
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	10	2,20

Tassonomia e percentuali sprechi da Berwick et al.¹⁵.

mento assoluto, indispensabile per migliorare sia l'appropriatezza professionale, sia quella organizzativa. Tuttavia, questa strategia di politica sanitaria, in Italia non ha mai inciso realmente sulla programmazione sanitaria nazionale e regionale, né ha condizionato in maniera significativa le pratiche professionali, nonostante l'impegno attivo di alcune società scientifiche.¹⁷

A sorpresa, il Patto per la Salute 2014-2016, disegnando le politiche sanitarie del prossimo triennio, relativamente all'assistenza ospedaliera (art. 3) *conviene sull'adozione del regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi*, in attuazione del decreto Balduzzi. In altre parole, quella bozza che per oltre 18 mesi è rimasta parcheggiata in attesa di essere riesumata o gettata definitivamente alle ortiche viene inserita nel Patto per la Salute e approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome il 5 agosto.¹⁸ Senza entrare nel merito degli aspetti relativi alla riorganizzazione dei posti letto, è indubbiamente degno di nota che la *clinical governance*, sopravvissuta ai ripetuti tentativi di archiviazione, torna ad essere a pieno titolo lo strumento di riferimento per garantire qualità e sostenibilità dell'assistenza sanitaria, almeno in ambito ospedaliero. Nell'incipit dell'Allegato 1 si legge infatti che *i significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare di quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del SSN, partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione della Clinical Governance [...]*.

Ma è nella sezione 5 (standard generali di qualità), che si concretizza il vero e proprio rinascimento del governo clinico: si legge, infatti, che *è necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di Clinical Governance, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile (accountability), centrato sui bisogni della persona e che le strutture ospedaliere declinano le dimensioni della clinical governance, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi*. In particolare, gli standard organizzativi per tutti i presidi ospedalieri (di base, di I e II livello) sono costituiti dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di: i) gestione del rischio clinico: dai sistemi di segnalazione di eventi avversi alle procedure di identificazione del paziente; dalla checklist operatoria alla scheda unica di terapia; dai sistemi di reporting delle infezioni alla sorveglianza microbiologica; dai protocolli per la profilassi antibiotica a quelli per il lavaggio delle mani; ii) *evidence-based medicine*: dalla definizione all'implementazione di percorsi assistenziali secondo linee guida esistenti; iii) *health technology assessment* (HTA): dall'utilizzo dei report HTA nazionali e interna-

zionali alla partecipazione alle reti HTA coordinate dall'Age.Na.S.; iv) valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche: dell'audit clinico alla misurazione della performance clinica, degli esiti e della qualità percepita; v) documentazione sanitaria, comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente: dall'integrazione dei sistemi informativi alla trasmissione di informazioni gestionali e sanitarie; dall'informazione ai cittadini/pazienti al loro coinvolgimento attivo nel processo di cura; vi) formazione continua del personale: dalla rilevazione sistematica di fabbisogni formativi alla valutazione dell'efficacia dei programmi di formazione continua attuati.

Questo elenco non rappresenta affatto una novità: infatti era già stato proposto nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013,¹⁹ che aveva sapientemente introdotto l'approccio di sistema alla *clinical governance realizzata tramite l'integrazione di numerosi fattori tra di loro interconnessi e complementari, tra i quali vi sono la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, la medicina basata sulle evidenze, le linee guida cliniche e i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e gestione della documentazione, la ricerca e lo sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale*. Anche il Sistema di Formazione Continua in Medicina²⁰ annovera tutti gli strumenti della *clinical governance* tra gli obiettivi di processo e di sistema - due dei tre pilastri che concorrono alla costruzione del dossier formativo di tutti i professionisti sanitari - definiti come *Attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza*.

Dopo una schizofrenica alternanza tra momenti di entusiasmo propositivo, sia legislativo che professionale, e lunghi periodi di assuefazione disinteressata, il Patto per la Salute conferma che la *clinical governance* è viva e vegeta: tuttavia, dopo oltre 15 anni dalla sua nascita, se da un lato fa sempre tendenza, dall'altro inculca giustificati timori perché pone i professionisti sanitari al centro del sistema,²¹ rivoluzionando una logica aziendalista troppo impegnata alla produzione di servizi e prestazioni sanitarie, senza tenere conto della loro efficacia e appropriatezza. Inoltre, la *clinical governance* impone a tutti i professionisti sanitari sia di acquisire nuove competenze²² - non ancora previste dai programmi di formazione universitaria e specialistica - sia soprattutto di essere *accountable* in tutte le prescrizioni diagnostico-terapeutico-assistenziali, rinunciando ad autonomie professionali e interessi corporativi oggi non più sostenibili.

Il Servizio Sanitario Nazionale ha da poco compiuto 35 anni nell'indifferenza generale:²³ il silenzio delle Istituzioni è stato assordante, ma assolutamente

coerente con la linea abbracciata dalla politica che, dietro l'alibi del Titolo V, ha rinunciato a ogni forma di programmazione sanitaria, subordinando il diritto costituzionale alla salute alla crisi finanziaria del Paese. Il Ministero dell'Economia e delle Finanze ha progressivamente stretto il nodo della cravatta e il Governo, sbarazzatosi di una quota di spesa pubblica destinata alla Sanità, sembra aver imboccato senza troppi clamori la strada dell'intermediazione assicurativa e finanziaria dei privati, per garantire ossigeno a un settore la cui governance è da tempo sfuggita di mano allo Stato. In questo scenario particolarmente critico, con un Governo in grado di tenere a freno la spesa sanitaria attraverso tagli lineari, ma sinora incapace di attuare riforme già esistenti e di riprendere il dialogo con le Regioni per garantire un federalismo solidale senza derive regionaliste, i professionisti sanitari appaiono *spettatori innocenti* di fronte allo smantellamento del SSN e incapaci di qualunque reazione propositiva. Le categorie professionali variamente schiacciate tra contingenti necessità di contenere i costi, irrealistiche aspettative dei cittadini e assillanti timori medico-legali, non riescono a riprendere in mano le redini della Sanità in un ottica multi-professionale, basata sulle evidenze e centrata sul paziente, ma continuano a sprecare energie in lotte senza quartiere per mantenere i privilegi acquisiti senza rinunciare a nulla per la causa comune, testimonianza di corporazioni estremamente competitive e poco collaborative.

L'approccio di sistema alla *clinical governance* rappresenta senza alcun dubbio un passaggio obbligato per salvare il nostro SSN: adesso che anche il Patto per la Salute ne ha legittimato definitivamente la rilevanza non esiste più alcun alibi per tutti i professionisti sanitari che devono solo accantonare i propri interessi di categoria e aprire una nuova stagione di collaborazione, contribuendo a salvaguardare la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico.

Bibliografia

1. Cartabellotta A. Il Servizio Sanitario Nazionale: una conquista sociale irrinunciabile. Huffington Post, 7 luglio 2013. Disponibile a: www.huffingtonpost.it/nino-cartabellotta/il-servizio-sanitario-nazionale-una-conquista-sociale-irrinunciabile_b_3550305.html Ultimo accesso: 25 agosto 2014.
2. OECD Health Data 2014. Dove si colloca l'Italia? June 2013. Disponibile a: www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ITALIA-2014-in-Italian.pdf Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
3. Hussey PS, Wertheimer S, Mehrotra A. The association between health care quality and cost: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158:27-34.
4. Ministero della Salute. Patto della salute 2014-2016, intesa Stato Regioni. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1654 Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
5. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osserva Salute 2013. Disponibile a: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto/argomenti/2013/13>. Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
6. Brody H. From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance. *N Engl J Med* 2012;366:1949-51.
7. Elshaug AG, McWilliams JM, Landon BE. The value of low-value lists. *JAMA* 2013;309:775-6.
8. Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, et al. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. *Ann Intern Med* 2013;158:55-9.
9. Garner S, Littlejohns P. Disinvestment from low value clinical interventions: NICELY done? *BMJ* 2011;343:d4519.
10. Elshaug AG, Watt AM, Mundy L, Willis CD. Over 150 potentially low-value health care practices: an Australian study. *Med J Aust* 2012;197:556-60.
11. Shaw D, Elger B. Evidence-based persuasion: an ethical imperative. *JAMA* 2013;309:1689-90.
12. Tilburt JC, Cassel CK. Why the ethics of parsimonious medicine is not the ethics of rationing. *JAMA* 2013;309:773-4.
13. Geddes da Filicaia M. Cliente, paziente, persona. *Ricerca e Pratica* 2012;28:28-9.
14. Cartabellotta A. Il paziente è soddisfatto? Sì, ma costa troppo e sta peggio. *Evidence* 2012;4:e1000010.
15. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307:1513-6.
16. Mathias JS, Baker DW. Developing quality measures to address overuse. *JAMA* 2013;309:1897-8.
17. FADOI. Master II Livello in Clinical Governance. Disponibile a: www.fadoi.org/formazione_master_secondo_livello Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
18. Ministero della Salute. Approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il Regolamento per la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera. Disponibile a: www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1694 Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
19. Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario 2011-2013. Disponibile a: www.statoregioni.it/Documenti/DOC_033515_88%20CU%20PARTE%201.pdf Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
20. Ministero della Salute. Nuovo sistema di formazione continua in medicina. Disponibile a: http://ape.agenas.it/documenti/Normativa/Il_nuovo_sistema_di_formazione_continua_in_medicina.pdf Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
21. Degeling PJ, Maxwell S, Iedema R, Hunter DJ. Making clinical governance work. *BMJ* 2004;329:679-81.
22. Fondazione GIMBE. Clinical Governance core curriculum. Disponibile a: www.gimbeducation.it/pagine/641/it/curriculum Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.
23. Cartabellotta A. Quel compleanno del SSN ignorato dalla politica e dimenticato dai professionisti. *Il Sole 24 ORE Sanità*; 21-27 gennaio 2014, pp 18-19. Disponibile a: www.gimbe.org/report_attivita/pubblicazioni/articoli/20140121-S24HS_AdP25-imp1.pdf Ultimo accesso: 25 Agosto 2014.