

1. OBIETTIVI DI PIANO

Obiettivi di piano

Piano Sanitario 2007-2009

**Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo
sviluppo del SSR per la salute del cittadino
marchigiano**

Indice

I	IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009	3
II	GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSR	7
III	LE LINEE DI SVILUPPO	11
IV	LE LINEE DI INTERVENTO	15
V	ALLEGATI.....	19

I IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2007-2009

Il SSR marchigiano, in quanto sistema universalistico, deve garantire servizi e prestazioni sanitarie a tutti, senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, etc.; contemporaneamente, nel rispetto dei principi di equità del sistema, deve assicurare il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali. In sostanza, il sistema sanitario non deve proporsi di dare tutto a tutti, bensì di garantire che la sua capacità di risposta alle esigenze dei cittadini corrisponda alle effettive necessità espresse.

Il nuovo piano sanitario, in ragione di questi obiettivi, vuole definire un percorso strategico di evoluzione che non rappresenti esclusivamente un insieme di concetti e assunti teorici ma che traduca in concreto un nuovo modo di “fare salute” a vantaggio dei cittadini e adottare in questo un forte impegno di contrasto a sprechi e disfunzioni.

*Il presente documento, in coerenza con i contenuti della **proposta di deliberazione al Consiglio Regionale “Piano sanitario regionale 2007-2009” del 26 febbraio 2007**, introduce gli elaborati di approfondimento sulle linee di intervento previste dal citato documento. Di seguito vengono richiamati i principali contenuti del piano deliberato.*

La strategia del Piano

Il nuovo Piano Regionale Sanitario delle Marche nasce in un contesto di forti vincoli di natura finanziaria e strutturale, legati alle attuali caratteristiche del SSR. Alla luce di tali vincoli, il nuovo Piano fonda il suo sviluppo su quattro opzioni fondamentali di metodo e di merito cui ispirare la programmazione:

- il superamento degli squilibri del sistema, che sono riconducibili ad una serie di fatti: dagli squilibri della domanda di prestazioni a quelli sui flussi di utenza, dai divari nell'assetto dell'offerta agli scompensi nel funzionamento, dagli sbilanciamenti sui costi di gestione a quelli del sistema di finanziamento;
- la programmazione in continuità e coerenza con il nuovo assetto istituzionale del SSR definito dalla L.R. 13/03. Il nuovo piano intende dare prospettive alle scelte fatte di governare la complessità comprendendo la duplice direzione di promuovere logiche di sistema e di semplificare la filiera istituzionale, attraverso una rimodulazione efficace dei processi;
- l'individuazione di linee di sviluppo, accompagnati da strumenti di controllo che consentano il governo dei cambiamenti sia nel breve ma anche e soprattutto nel medio e lungo periodo. Il carattere strategico della programmazione dovrà evidenziare le priorità e le scelte qualificanti il nuovo piano, rispetto alla programmazione precedente;
- la predisposizione di linee di intervento volte a trasformare gli attuali vincoli economico-finanziari e strutturali in opportunità di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini della Regione.

Le condizioni per dare corso al raggiungimento degli obiettivi del nuovo PSR si devono quindi concentrare su *governo, sostenibilità, innovazione e sviluppo* del SSR, nella logica di migliorare quanto più è possibile la salute del cittadino marchigiano:

- per quanto riguarda il *governo*, bisogna considerare almeno due livelli reciprocamente interconnessi: da un lato il governo centrale, ovvero la Regione Marche, che sulla base delle istanze dei diversi attori (stakeholders, professionisti sanitari, cittadinanza, etc.) del territorio definisce le politiche sanitarie e, quindi, i piani di sviluppo strategico che dovranno poi essere implementati, da un punto di vista gestionale, al livello di governo territoriale. È necessario, infatti, riaffermare in modo forte il ruolo di indirizzo strategico e di coordinamento della Regione nella lotta agli spechi e alle disfunzioni della sanità. Il secondo livello di governo è quello del territorio: è qui che, sulla base degli indirizzi formulati dalla Regione, con il Piano Sanitario Regionale - ma non solo -, le politiche devono diventare gestione efficiente delle risorse per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini;
- per quanto riguarda la *sostenibilità* del sistema sanitario regionale, questa non deve essere confusa con la compatibilità degli obiettivi strategici rispetto alle risorse. Il concetto di *sostenibilità* riguarda complessivamente aspetti patrimoniali, economici e finanziari, al fine di valutare quante sono le risorse a disposizione per gli investimenti. Definita chiaramente la capacità di investimento nel tempo, occorrerà individuare gli impieghi in immobilizzazioni materiali e immateriali nel medio – lungo termine, concentrandosi, nel breve, innanzitutto sulle dotazioni necessarie al miglioramento del sistema informativo e informatico, essenziale per predisporre un efficiente network territoriale così come richiesto dal nuovo modello della sanità marchigiana;
- per quanto riguarda il concetto di *innovazione e sviluppo*, esso non costituisce una novità da un punto di vista clinico - medico: è chiaro, infatti, che da questa prospettiva la massima innovazione è nei campi della ricerca e dell'impiego delle cellule staminali, del trapianto di organi, della medicina molecolare, dell'impiego delle nano e biotecnologie, eccetera. Data quindi per scontata l'innovazione in ricerca e sviluppo del "prodotto", ciò che ci si deve sforzare di conseguire è l'innovazione di processo nel contesto sanitario. Bisogna, quindi, agire sull'organizzazione del sistema, dando il necessario impulso al cambiamento e, soprattutto, il progressivo e continuo supporto affinché si vada nella direzione indicata dalle linee di sviluppo strategico decise a livello regionale.

Lo sforzo, quindi, non sarà semplicemente quello di disegnare, per tutto il SSR, i "nuovi processi", ma di evidenziare le relazioni di reciproco coordinamento, decisione e informazione, di contestualizzarli, insomma, tenendo conto dei necessari legami con il sistema amministrativo, contabile e informativo regionale.

Agendo con lungimiranza sulle leve del governo, della sostenibilità e dell'innovazione, sarà possibile non solo parlare dello sviluppo del SSR per la salute del cittadino marchigiano, ma dar vita concretamente a un nuovo SSR marchigiano.

Il rafforzamento della struttura di governo a livello centrale e la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno stesso bacino di utenza, costituisce un elemento imprescindibile per il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Il contesto di riferimento

Sulla base dei recenti dati forniti dal Ministero della Salute tra il 1995 e il 2004 la spesa sanitaria nazionale è cresciuta, con una velocità esponenziale, dell'80,79%.

Negli ultimi anni, inoltre, si è assistito a un incremento consistente degli investimenti privati rispetto a quelli pubblici. Diventa impellente cercare di contenere i livelli di spesa sanitaria pubblica entro i limiti attuali e predisporre adeguati strumenti di regolazione e regolamentazione che incentivino gli investimenti privati.

Con riferimento all'andamento della spesa sanitaria nell'ultimo decennio, a livello nazionale ben il 46,34% delle risorse è stato impiegato nell'assistenza ospedaliera, il 22,32% per l'assistenza specialistica e semi-residenziale territoriale, il 21,86% per l'assistenza sanitaria di base, il 5,46% per l'assistenza residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati e, infine, il 4,02% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro.

Nella Regione Marche, come nel resto dell'Italia, l'ospedale è stato il fulcro del sistema e il paziente una pedina all'interno di un percorso diagnostico terapeutico che ha dovuto adattare i propri bisogni e le proprie domande di salute al ventaglio di offerta dei singoli SSR e del SSN.

Il modello di sanità "ospedalecentrico" non è stato, nella Regione Marche, avulso da criticità sistemiche e da vincoli. In particolare tra le criticità è possibile ascrivere:

- polverizzazione delle responsabilità e insufficiente coordinamento centrale;
- organizzazione delle attività ospedaliere non in logica di rete sovrazonale e regionale;
- distribuzione dei servizi specialistici (laboratori, radiologie) in modo polverizzato, a danno dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni;
- mancanza di organizzazione a rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria;
- introduzione dell'innovazione tecnologica con azioni isolate e non secondo una logica di sistema;

e tra i vincoli, invece:

- un vincolo economico complessivo: l'evoluzione del sistema si colloca in un quadro di vincoli economici di tipo esogeno. L'entità del finanziamento di parte corrente garantito dallo stato tenderà quanto meno a rimanere costante;

- un vincolo specifico sul personale: la politica di sviluppo delle risorse umane dovrà basarsi principalmente su processi di riqualificazione interni alle categorie professionali;
- un vincolo specifico sugli investimenti: gli interventi sulle strutture e tecnologie dovranno essere rimodulati alla luce di fonti alternative di finanziamento in conto capitale, non solo di tipo esogeno (statale) ma anche endogeno (regionale).

II GLI OBIETTIVI GENERALI DEL PSR

Il Piano Sanitario Regionale prevede una serie di obiettivi cui mirare le linee guida di sviluppo e le linee guida di intervento. Questi obiettivi sono trasversali rispetto a queste ed evidenziano gli obiettivi attesi a livello di sistema dall'insieme di azioni messe in campo. Il Piano prevede in particolare i seguenti obiettivi generali:

- l'orientamento ai LEA,
- riduzione dei tempi di attesa,
- appropriatezza,
- promozione della salute,
- prevenzione e sicurezza,
- governo clinico,
- integrazione socio-sanitaria,
- ricerca e innovazione,
- sanità elettronica.

Di seguito, viene presentata una breve descrizione di ciascun obiettivo.

Poiché gli obiettivi di "*orientamento ai LEA*" e di "*appropriatezza*" hanno uno sviluppo non specifico ma diffuso nei settori di intervento oggetto dei documenti di approfondimento, si ritiene opportuno in questo documento declinare in Allegato 1 alcuni elementi aggiuntivi su tali obiettivi, che rappresentano anche alcuni aspetti essenziali sia rispetto ai rapporti con il livello centrale che per quanto attiene al rapporto con le altre Regioni e con il privato accreditato.

L'orientamento ai LEA

I Livelli Essenziali di Assistenza definiscono prestazioni e servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini quando ricorrono al servizio sanitario. Questo deve avvenire in modo uniforme in tutti i territori, cosicché l'obiettivo fondamentale del SSR consiste nel superare progressivamente le disomogeneità e le disuguaglianze presenti nell'offerta di servizi sanitari a fronte di differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione.

All'interno delle verifiche previste dall'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2005 vi sono quelle di competenza del Tavolo per il monitoraggio dei LEA. All'interno di queste verifiche è previsto un set di indicatori che costituisce una utile guida per il PSR in quanto traduce in termini operativi cosa possa intendersi per il cosiddetto mantenimento dell'erogazione dei LEA.

Questi indicatori sono riportati nella Allegato 2 e dovranno essere utilizzati come base di riferimento per tutti gli interventi nell'ambito clinico-sanitario e nell'ambito socio-sanitario.

Nell'Allegato 3 sono riportati i criteri di verifica utilizzati sui dati 2005 per il monitoraggio dell'azione delle Regioni.

Riduzione dei tempi di attesa

Il contenimento del fenomeno delle liste di attesa richiede un insieme di azioni, di cui alcune di natura operativa per individuare le criticità e per rimuoverle con interventi mirati, altre di minor efficacia ma che sono preliminari per un'azione di riposizionamento dell'offerta delle prestazioni specialistiche nella regione. L'obiettivo delle azioni nell'immediato deve comunque essere coerente con un piano complessivo di medio periodo, finalizzato al corretto dimensionamento e alla fruizione dei servizi ad alto valore distribuiti nel territorio regionale.

Appropriatezza

Il Piano deve debitamente considerare gli interventi volti alla appropriatezza, nella duplice accezione di appropriatezza clinico/prescrittiva e appropriatezza nell'ambito di cura e del regime assistenziale. Tali interventi devono essere mirati alla promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica; all'attivazione di Reti cliniche per specifici processi assistenziali; alla previsione di canali informativi sul tessuto sociale per il monitoraggio delle performance; a formulare valutazioni comparate degli outcome in rete clinica o extra rete clinica.

Per quanto riguarda i controlli sulla appropriatezza dei ricoveri si può partire dai seguenti riferimenti nazionali (Allegato 2):

- Linee guida ministeriali n. 1/1995 sulla Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle "tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera", con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri: queste linee guida forniscono molti utili chiarimenti sulla corretta applicazione del sistema di remunerazione della attività ospedaliera e riportano specifiche indicazioni sui comportamenti potenzialmente opportunistici da controllare;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza): questo decreto su cosiddetti LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) prevede:
 - a) un tasso di ospedalizzazione del 160 per mille (evidentemente riferito ai ricoveri ordinari);
 - b) un elenco di DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria per i quali, sulla base delle rilevazioni regionali, doveva essere indicato da ciascuna regione un valore percentuale/soglia di ammissibilità;
 - c) una ulteriore implementazione del sistema informativo in grado, tra l'altro, di generare un adeguato set di indicatori sull'appropriatezza;

- Decreto del 12 dicembre 2001 (Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria): il decreto in questione riprende alcuni degli indicatori del decreto del 29 novembre 2001 e ne conferma l'utilizzabilità ai fini della verifica di appropriatezza.

Occorre poi tenere presente che è obbligo per tutte le Regioni in sede di verifica degli adempimenti per l'anno 2005 monitorati dal Comitato per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, documentare il perseguimento degli obiettivi.

Promozione della salute

Il triennio precedente ha visto, coerentemente con il PSR, sviluppare obiettivi di miglioramento della salute e del benessere sociale attraverso: la qualificazione dell'offerta dei servizi, la tutela delle fragilità, la promozione e la sicurezza della salute, la tutela dell'ambiente, etc. Il nuovo Piano Sanitario deve consolidare il lavoro fatto e impostare nuove iniziative là dove si sono identificati margini di sviluppo ulteriore.

Prevenzione e sicurezza

Gli obiettivi di sistema prioritari per il nostro territorio regionale per lo sviluppo di una rete regionale per la prevenzione collettiva ed il controllo delle sicurezze, devono riguardare: il consolidamento in tutto il territorio della rete per la prevenzione collettiva rappresentata dai Dipartimenti di Prevenzione; la strutturazione ed il consolidamento, all'interno di tale rete, della funzione epidemiologica, in ambito sia umano che animale; la creazione e/o il consolidamento di nodi per il supporto alle azioni sul campo che, ai vari livelli, condividano metodologie, obiettivi, strumenti, reciproche e complementari funzioni; il miglioramento del sistema informativo a supporto della rete per la prevenzione.

Governo Clinico

Il Governo Clinico rappresenta un approccio di integrazione sistemica di strumenti clinici e gestionali: *evidence based medicine, disease management, technology assessment, risk management, accountability and performance, reengineering*, ecc, ed ha l'obiettivo di conseguire il miglioramento continuo ed integrato dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità dei processi clinici diagnostico-terapeutici e dei profili di cura. Essa si realizza mediante l'apprendimento di metodi di organizzazione del lavoro, l'audit clinico e gestionale, il lavoro di gruppo, il lavoro per processi e in rete.

Integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria è una delle direttrici di maggior importanza, i cui punti principali, comuni a quanto presente nel Piano Sociale, sono rivolti a ribadire l'importanza dell'approccio integrato

sociale e sanitario alle problematiche di salute. Particolare attenzione deve essere posta ai soggetti dell'integrazione sociale e sanitaria; ai "luoghi" dell'integrazione sociale e sanitaria (in particolar modo Distretto sanitario e Ambito Territoriale Sociale); alle relazioni su più livelli tra i soggetti e i portatori di interesse dell'integrazione sociale e sanitaria. Si ribadisce l'importanza dell'allineamento e della coerenza degli atti di programmazione, dal livello centrale ai vari ambiti territoriali.

Ricerca e innovazione

Condizione capitale per il progresso medico-scientifico è l'attenzione alla ricerca, alla formazione e all'innovazione; per questo il piano sanitario vi deve contribuire in modo significativo attraverso l'impulso alla ricerca e alla formazione, utilizzando la valutazione delle tecnologie e la sperimentazione di nuovi percorsi e tecnologie nei processi di cura. La attivazione, in collaborazione con enti di ricerca, di interventi sperimentali sul territorio per l'assistenza domiciliare, insieme al sostegno di programmi di ricerca biomedica, di medicina molecolare, di farmacogenomica, di neuroscienze, etc., costituiscono elemento fondamentale per contribuire all'istituzione di percorsi virtuosi fra ricerca, formazione e strutture cliniche- territoriali, con l'obiettivo di integrazione e di sviluppo delle conoscenze.

Sanità elettronica

La sempre maggiore specializzazione e frammentazione degli interventi sanitari, richiede una razionalizzazione di percorsi di cura condivisi tra molteplici attori e una ricostruzione dell'unitarietà d'azione sul singolo paziente. Nello stesso tempo, cresce la disponibilità di soluzioni innovative, in particolare reti sicure, telefonia mobile, apparecchiature intelligenti domiciliari, contact center e portali con informazioni pratiche, conoscenze autorevoli e servizi operativi. L'adozione della sanità elettronica postula principi e azioni che si fondano su una miriade di interventi centrali o distribuiti e questi concorrono a implementare infrastrutture e procedure di notevole complessità; la complessità dei sistemi mette quindi gli operatori di fronte a cambiamenti rilevanti.

III LE LINEE DI SVILUPPO

Le traiettorie di razionalizzazione e sviluppo del "sistema-sanità" devono essere progettate ed attuate in stretto raccordo con l'assetto e l'articolazione dell'intera organizzazione, e più in particolare lungo la direzione del raccordo tra la rete ospedaliera ed i bacini assistenziali omogenei così come configurati nella prospettiva di area vasta a "geometria variabile" (una architettura assolutamente tipica ed innovativa presente nel modello marchigiano), in cui ciascun ospedale si caratterizza per intensità di cura specifica. In particolare, l'Area Vasta è da intendere non quale rappresentazione di un nuovo livello organizzativo, bensì come un ambito di riferimento corrispondente ad un bacino d'utenza, idoneo per una integrazione unitaria di funzioni e per azioni gestionali unificate.

Gli studi sui flussi consentono di verificare come l'utenza ha ormai superato la logica zonale quale confine entro cui cercare le soluzioni per i propri problemi assistenziali; ne è ampia prova il vistoso interscambio di utenza che si verifica tra territori contigui e talora anche tra territori lontani.

In sostanza, l'utenza sanitaria, in particolare ospedaliera, ha già superato le logiche localistiche e municipalistiche, che dunque sono esclusivamente riconducibili a dinamiche autoreferenziali, per lo più interne al sistema, ignorate nei fatti dai cittadini marchigiani. Risulta, in tale prospettiva, ridefinito il ruolo degli Ospedali di Rete: sono attivate sinergie d'Area Vasta, per configurare bacini assistenziali omogenei adatti a meglio interpretare i vincoli della sostenibilità.

Il concetto di Area Vasta a geometria variabile evidenzia tutta la propria potenzialità nella dimensione della rete: la presenza al suo interno di soluzioni assistenziali complete per ciascun specifico percorso, rende possibile la costituzione di bacini omogenei e dinamici nei quali il percorso si articola tra le strutture in modo razionale. Lo sviluppo del SSR passa quindi attraverso i seguenti punti.

Il consolidamento dell'assetto istituzionale

Il rafforzamento ed il consolidamento dell'unitarietà "di sistema" su scala regionale, significa:

- garantire a livello regionale le informazioni per l'indirizzo ed il coordinamento delle componenti del SSR, in una logica di responsabilizzazione per obiettivi;
- perseguire l'obiettivo di fruibilità dei servizi tramite una allocazione delle risorse mirata ai bisogni della popolazione correttamente identificati;
- ricondurre i meccanismi di funzionamento aziendalistici verso obiettivi di governo, compatibilità e sostenibilità economica di sistema nel suo complesso;
- sviluppare l'azione del SSR a sostegno delle peculiarità di contesto locale, legate a variabili di carattere epidemiologico, demografico, socio-economico e comunque adattare le potenzialità delle reti di assistenza alla localizzazione dei bisogni.

Tali soluzioni saranno attivate soprattutto attraverso un rafforzamento della struttura di governo a livello centrale e con la condivisione di processi gestionali tra strutture d'offerta facenti capo ad uno

stesso bacino di utenza: **l'Area Vasta**. Essa è da intendere non quale rappresentazione di un nuovo livello organizzativo, bensì come un ambito di riferimento corrispondente ad un bacino d'utenza, idoneo per una integrazione unitaria di funzioni e per azioni gestionali unificate.

L'organizzazione dei servizi

Nel quadro dei nuovi orientamenti strategici, il SSR deve dare rinnovato impulso alla revisione dell'organizzazione dei propri servizi, collocandoli gradualmente in un contesto reticolare di condivisione dei fattori di produzione.

Assecondando l'obiettivo di integrazione della rete assistenziale, le principali aree di riorganizzazione riguarderanno sia le strutture che il territorio: con lo sviluppo e l'innovazione nell'area della prevenzione; la caratterizzazione e differenziazione degli ospedali di rete in modo compatibile con il fabbisogno del territorio di riferimento (Area Vasta e Zona); il governo della distribuzione delle alte specialità in modo da concentrarle in un numero limitato di sedi in rete tra loro; la riorganizzazione ed il potenziamento dei servizi per i soggetti fragili (anziani, salute mentale, dipendenze patologiche e disabilità gravi) in stretta integrazione con i servizi sociali; il potenziamento/razionalizzazione dell'offerta residenziale extra-ospedaliera attraverso l'utilizzo dei poli ospedalieri. I Centri Servizi si faranno carico dei servizi di amministrativo-gestionali, di supporto e tecnologici per il complesso produttivo e per l'intero SSR.

Un ambito centrale di intervento per la riorganizzazione dei servizi è legato al funzionamento del distretto. Il Distretto si conferma il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria e, attraverso la corrispondenza "speculare" con l'Ambito Territoriale Sociale, l'interfaccia principale tra il sistema dei servizi sanitari ed il sistema dei servizi sociali.

L'adeguamento strutturale

Si ritiene necessario sviluppare il ridisegno della rete ospedaliera ed una conseguente politica di miglioramento e rinnovamento delle strutture, in particolare di quelle più importanti e strategiche.

Le attuali strutture, comprese quelle più recenti, sono spesso inadeguate sotto il profilo della concezione stessa dell'organismo ospedaliero, perché basata sul modello della divisione/reparto ospedaliero autonomo ed autosufficiente. L'esatto contrario di quanto richiede l'introduzione dei nuovi modelli organizzativi di scala dipartimentale e dei modelli organizzativi delle aree di degenza basati sulla modulazione dell'intensità assistenziale.

La qualità dei servizi del SSR

La definizione di qualità e la sua valutazione non sono identiche nei vari Paesi e anche fra regione e regione della stessa Nazione possono esservi differenze. L'obiettivo per ogni sistema sanitario è

quindi quello di organizzarsi per riconoscere le aspettative legittime della popolazione e rispondere in modo sollecito ed equilibrato.

Le principali priorità devono riguardare il miglioramento dell'informazione per lo sviluppo della Sanità Pubblica; la capacità di reagire rapidamente ai pericoli per la salute; la necessità di affrontare i determinanti della salute mediante azioni di promozione della salute e di prevenzione delle malattie

Una politica della qualità a livello regionale deve avviare analisi approfondite sulle cause delle prestazioni scadenti; recenti esperienze indicano che il miglioramento della qualità dipende, non tanto dall'aver maggiori risorse (personale, equipaggiamenti o denaro), ma dalla riorganizzazione dell'uso delle risorse esistenti, e dalla modifica del modo con cui vengono utilizzate.

La valorizzazione delle risorse umane

La capacità di intraprendere percorsi nuovi e modelli più evoluti per il SSR dipende dal patrimonio delle proprie risorse umane. Solo la condivisione degli obiettivi, il consolidamento delle competenze generali ed il sostegno alle competenze distintive, la leva strategica della formazione e lo stimolo della partecipazione, porteranno l'evoluzione del SSR nella direzione degli obiettivi indicati dal PSR.

La tradizionale gestione del personale orientata al controllo dovrà essere sostituita da una **gestione del personale orientata soprattutto alla formazione**, che dovrà avere come punto di riferimento la persona nel suo complesso e non solo la preparazione scientifica e tecnico-operativa.

La formazione, è lo strumento alla base della produzione del servizio sanitario e del suo funzionamento ed è un elemento cruciale della gestione e, soprattutto, della **valorizzazione delle risorse umane** ed ha, in questo senso, un profondo significato strategico.

L'ottimizzazione delle risorse economiche e finanziarie

La politica degli investimenti deve superare logiche puramente incrementali orientandosi invece nella generazione di valore attraverso la coerenza con quanto già esiste.

La sostenibilità del sistema per il futuro e la possibilità di reggere il passo di una evoluzione tecnologica e scientifico-specialistica costante ed incalzante dipenderanno, in larga parte, dalla capacità di sviluppare una politica di riequilibrio in grado di recuperare risorse dal superamento di ipertrofie e ridondanze non più giustificate dall'evoluzione assistenziale e da una gestione equilibrata; nonché di intervenire su modelli organizzativi ad elevato assorbimento di risorse, ad elevata cristallizzazione di assetto, a bassa flessibilità operativa, a limitata relazionalità interoperativa ed a scadente capacità di presa in carico. Esigenza indifferibile è costituita dal recupero delle risorse oggi drenate dalla mobilità passiva interregionale.

L'innovazione tecnologica

Il corretto utilizzo di strumenti innovativi apporta sensibili benefici in termini di qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie migliorando nel contempo i livelli di sicurezza per pazienti ed operatori e riducendo, frequentemente, i costi ed i tempi di processo.

L'introduzione di un sistema di governo della innovazione tecnologica costituisce un elemento di primaria importanza, anche in ragione del fatto che le tecnologie biomediche rappresentano una grande risorsa produttiva ed un considerevole patrimonio per il sistema sanitario e sono da considerare a pieno titolo come uno degli elementi fondamentali nella definizione programmatoria delle politiche sanitarie e dei relativi piani attuativi e realizzativi.

Lo sviluppo dei sistemi di rete

La rete è costituita da relazioni, interazioni, punti di intervento, eventi interdipendenti, responsabilità, procedure, infrastrutture, strumenti tecnologici, etc.. L'insieme di queste componenti si dispone in strutture organizzative finalizzate a incrementare la qualità dei servizi con cui il sistema sanitario assiste la popolazione regionale.

Reti di patologia: La rete di patologia ha l'obiettivo di costituire un luogo dove raccogliere le informazioni ed i protocolli di cura più aggiornati, di fornire in modo condiviso servizi ad alto contenuto tecnologico a supporto degli stessi protocolli, e di distribuire questi servizi in modo organizzato nell'ambito regionale.

Reti di servizi specialistici: L'efficienza e l'efficacia per i servizi specialistici del SSR sono gli obiettivi principali della realizzazione dei sistemi di rete, per la copertura dell'intero territorio, con servizi ad alto valore economico-tecnologico. Fra gli obiettivi di questa classe di reti, ad esempio le Reti di Laboratori o le Reti di Diagnostica per Immagini, vi è quella di supportare le reti di patologia nei loro complessi protocolli specialistici.

Reti di servizi territoriali: per il territorio, l'interconnessione tra i sistemi comporta lo sviluppo di una nuova gamma di servizi, erogati sempre più in prossimità dell'ambiente di vita dell'assistito, soprattutto in relazione ad interventi per patologie che non necessitano di terapia intensiva o rilevante impegno tecnologico. I servizi sono distribuiti nell'ambito geografico tramite soggetti quali gli Ospedali di polo, le strutture distrettuali, le organizzazioni volontaristiche, i MMG, etc., utilizzando infrastrutture di servizio, con le quali attivare, ognuno per la propria competenza, l'azione di assistenza socio-sanitaria.

Rete per la prevenzione collettiva: la risposta più efficace per il contenimento di rischi che possono riguardare intere collettività, passa attraverso la operatività efficace di strutture in rete e, sempre più spesso, attraverso il collegamento tra reti diverse, sia sul versante dello scambio rapido di informazioni, sia sul versante dell'intervento coordinato sul campo.

IV LE LINEE DI INTERVENTO

Il processo di cambiamento in atto nella sanità marchigiana mira a spostare il focus delle proprie linee strategiche e d'azione dall'ospedale al cittadino, dalla predisposizione di una gamma di generici servizi e prestazioni offerti ai pazienti/utenti, a risposte sanitarie in grado di rispondere efficacemente e tempestivamente ai bisogni di cura e di salute dei marchigiani.

L'obiettivo principale è oggi quello di garantire uniformità nei servizi offerti ed effettivamente utilizzati e non, viceversa, nel numero e nella dimensione delle strutture.

Infatti, l'eccessiva enfasi sulla disponibilità dei servizi ha rischiato di far passare in secondo piano il fatto che i servizi devono essere accessibili e appropriati, sia da parte dei cittadini, sia da parte degli operatori secondo le rispettive necessità e responsabilità.

Il Piano Sanitario Regionale 2007-2009 indica chiaramente delle linee "operative" sulla distribuzione dei servizi che dovranno riguardare:

- i livelli di attività secondo volumi e tipologie di prestazioni e non secondo le dotazioni strutturali. Questo implica il passaggio da una logica di assistenza basata su strutture e posti letto ad una logica basata sulle funzioni che devono essere svolte dentro e fuori le strutture;
- una strategia di supporto alla realizzazione della rete nel territorio locale e criteri di verifica dei risultati ottenuti per garantire il principio virtuoso della correlazione tra responsabilità e risultati.

Il Piano descrive, quindi, il passaggio dall'obiettivo della programmazione tradizionale, rivolto a definire i servizi necessari per soddisfare localmente i bisogni assistenziali della popolazione di un territorio, ad un obiettivo di rimodulazione e di revisione dei modelli di programmazione stessa, orientandola principalmente all'integrazione funzionale al fine di ottimizzare le risorse disponibili per:

- superare la frammentarietà dei servizi che si caratterizzano per essere tendenzialmente dei duplicati e raramente delle forme complementari;
- garantire dimensioni e caratteristiche delle Unità Operative dal punto di vista della funzionalità e dell'economicità, correlandole ad un bacino di utenza sufficiente/necessario per garantirne la qualità in termini di risultati (elevata casistica, elevate prestazioni e, di conseguenza, elevate esperienze professionali).

Lo strumento per rispondere a questi criteri di rimodulazione e riprogettazione funzionale del sistema, e quindi di un corretto equilibrio tra diffusione dei servizi, competenze, capacità professionali, garanzia di alti volumi di attività, obiettivi clinici della continuità e della globalità dell'approccio assistenziale ed esigenze economiche, è quello delle Reti Integrate dei Servizi.

Integrare molteplici livelli di attività delle diverse Unità Operative significa passare da un definito ambito territoriale, per esempio intra-zonale, a livelli di attività che operano secondo una logica

orizzontale ordinata per processo e, quindi, rispondere al bisogno complessivo piuttosto che a linee gerarchiche di competenza verticale.

Occorre quindi passare da una logica di efficienza operativa della singola Unità Operativa e del singolo ospedale ad una logica di efficienza allocativa del sistema nella sua globalità, potenziando la telemedicina, la medicina e l'organizzazione sul territorio attraverso nuove funzioni e modelli organizzativi per l'emergenza, la cronicità, la riabilitazione e la lungodegenza, con un occhio di riguardo ai bisogni della popolazione anziana.

Il nuovo piano sanitario, quindi, in coerenza con vincoli e opportunità, e secondo l'orientamento dell'integrazione dei servizi in rete, privilegerà le seguenti direttrici di intervento:

- **interventi per il governo del SSR**, per conseguire gli strumenti per la guida del SSR, dapprima in termini di indirizzo, in secondo luogo in termini di monitoraggio e valutazione, cosicché si possa attivare in un circolo virtuoso il processo di continuo miglioramento ed evoluzione del SSR;
- **interventi organizzativi**, nella logica dell'integrazione e della differenziazione di strutture e servizi;
- **interventi nell'ambito clinico-sanitario**, per completare il sistema reticolare dell'assistenza ospedaliera, dare seguito al consolidamento del sistema dell'emergenza-urgenza in particolare a copertura della fascia montana della Regione, realizzare le reti di patologia ed i profili di cura, procedere alla riorganizzazione delle attività territoriali nella logica del "distretto integrato", rafforzare l'intervento nell'ambito dell'assistenza primaria collettiva potenziando l'area della sanità pubblica, della veterinaria e della sicurezza alimentare;
- **interventi nell'ambito socio-sanitario**, per proseguire nel processo di integrazione tra componente sociale e componente sanitaria della Regione;
- **interventi in ambito economico-amministrativo e tecnico-logistico**, nel rispetto del vincolo di compatibilità economica, procedendo all'organizzazione delle funzioni amministrative delle aziende del SSR, introducendo forme di innovazione nella funzione acquisti e logistica, garantendo la valorizzazione del patrimonio, implementando un nuovo modello di controllo di gestione del SSR;
- **interventi in ambito ICT**, per dare seguito al Piano di e-Health, completare la rete di telecomunicazione e le reti delle strutture, integrare i percorsi diagnostico terapeutici, realizzare i network di servizi e i centri servizi;
- **interventi in ambito tecnologico-strutturale**, procedendo alla realizzazione di assessment sulle tecnologie esistenti e introducendo logiche di intervento strutturale secondo innovativi modelli progettuali;

- ***interventi nell'ambito dei rapporti con i soggetti istituzionali del SSR***, per raggiungere accordi, individuare strumenti e conseguire risultati qualificanti nel contenimento della spesa e nell'utilizzo razionale delle risorse disponibili.

Di seguito vengono elencate le specifiche linee di intervento che, coerentemente con gli orientamenti sopra descritti, indicano le azioni da intraprendere nel breve-medio-lungo termine per il raggiungimento degli obiettivi generali del Piano.

I diversi capitoli che costituiscono il livello di approfondimento sui contenuti relativi alle diverse linee di intervento sono parte integrante di questo documento e sono articolati come di seguito descritto:

- 1) Obiettivi di Piano
- 2) Sistema organizzativo
- 3) Sistema di governo
- 4) Sistema epidemiologico
- 5) Rete prevenzione - Assistenza collettiva
- 6) Reti cliniche
- 7) Rete ospedaliera
- 8) Rete emergenza-urgenza
- 9) Rete socio-sanitaria
- 10) Rete territoriale
- 11) Rete ricerca e sviluppo
- 12) Sistema farmaco
- 13) Sistema qualità
- 14) Rete formazione
- 15) Rete ICT
- 16) Rete tecnologica
- 17) Rete trasfusionale
- 18) Rete trapianti
- 19) Sistema amministrativo tecnico logistico
- 20) Programmazione economico finanziaria
- 21) Rete infrastrutturale

La catena del valore

Politiche per i sistemi relazionali



V ALLEGATI

Allegato 1.

ORIENTAMENTO AI LEA E APPROPRIATEZZA

Assessment organizzativo

Relativamente agli strumenti organizzativi esistenti focalizzati alla verifica del rispetto dell'indirizzo generale del sistema verso i LEA lo strumento di riferimento è rappresentato dalla definizione degli obiettivi di attività nell'ambito del budget annuale delle Aziende / Zone territoriali. Il percorso di costruzione degli obiettivi ha come riferimento i vincoli del livello nazionale e la rilevazione delle criticità interne al sistema e trova nell'area vasta la dimensione di governo dei processi adeguata per la garanzia piena dei LEA.

Per quanto attiene al governo dell'appropriatezza (Allegato 3) si rileva che gli strumenti a disposizione del livello regionale per il governo dell'appropriatezza sono:

- attività di analisi della produzione tramite un sistema di reporting orientato alla verifica dell'appropriatezza;
- definizione di linee guida di indirizzo sull'erogazione delle prestazioni che comprendano costantemente la dimensione dell'appropriatezza nella definizione di nuovi regimi di erogazione / modelli organizzativi;
- corretto orientamento del sistema dei controlli di appropriatezza nell'ambito di quanto previsto dalla DGR 1212/04;
- governo della produzione delle strutture private accreditate nell'ambito del budget regionale;
- governo dei rapporti con le altre Regioni.

Elementi di criticità e punti di forza

- *Difficoltà di monitorare le attività territoriali*
Un problema rilevante è rappresentato dalle carenze dei sistemi informativi sulle attività territoriali. Ciò rende estremamente difficile la misurazione dei LEA nella parte relativa alla assistenza extra-ospedaliera ed in particolar modo nell'Area dell'assistenza domiciliare.
- *Il ruolo del processo di budget*
Un grosso contributo può essere dato – come già ricordato – dal processo regionale di budget che con gli opportuni accorgimenti può consentire il trasferimento operativo degli obiettivi regionale a livello regionale e poi al livello aziendale. Ciò richiede però di dare sia a livello

regionale che aziendale un maggiore peso agli obiettivi di salute e di attività dentro ai vincoli economici.

- *L'appropriatezza come strumento*

L'appropriatezza deve garantire il recupero di risorse determinando una ridefinizione dell'offerta che va portata al livello appropriato e riorganizzata. La riduzione dei ricoveri non è un obiettivo di per sé, ma è la base per la riduzione dei posti letto e la loro riorganizzazione su base dipartimentale e/o per livelli di intensità assistenziale.

Strategia di intervento

- *Piano di risanamento - investimento*

Le azioni volte all'orientamento ai LEA e all'appropriatezza nell'attività sanitaria rappresentano le due dimensioni fondamentali per la riorganizzazione del sistema e costituiscono elementi portanti del nuovo PSR.

Occorre peraltro garantire un monitoraggio sulle ricadute sull'utilizzo delle risorse delle azioni poste in essere per garantire l'effettivo recupero di efficienza che deriva al sistema da queste azioni.

Altro elemento rilevante è rappresentato dalla necessità di un investimento in termini formativi al fine di potenziare l'azione dei Comitati verifica delle prestazioni sanitarie costituiti con la DGR 1212/04 e che in ambito ASUR hanno sin da subito assunto una dimensione di area vasta.

- *Modello di sviluppo sistemico*

La necessità di comportamenti ed interventi appropriati è una questione sostanzialmente etica ed indipendente dalla quota di risorse a disposizione; per definire e governare in maniera equa il livello di risposta sanitaria, poiché è impossibile dare il massimo a tutti, si deve garantire un livello minimo di assistenza per tutti (a partire dai LEA), che sia il più alto possibile.

- *Ridisegno dei processi*

In questo senso, gli strumenti indicati dal PSR possono essere schematizzati in:

- promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica;
- attivazione di Reti cliniche per specifici processi assistenziali;
- canali informativi sul tessuto sociale per il monitoraggio delle performance;
- valutazioni comparate degli outcome in rete clinica o extra rete clinica.

La promozione dell'efficacia e dell'appropriatezza clinica, rispettivamente intese come la capacità di ottenere i risultati desiderabili e l'utilizzo di un intervento sanitario efficace su pazienti che ne possono effettivamente beneficiare, viene garantita dall'interazione di diversi processi da attivare nel SSR:

- l'Evidence Based Health Care che fornisce evidenze attraverso la ricerca e le revisioni scientifiche, la produzione e la diffusione di linee guida, la formazione ed il sostegno al cambiamento culturale nell'applicazione di pratiche basate sull'evidenza e su criteri di costoefficacia;
- l'Health Technology Assessment (HTA), che concorre a definire servizi e sistemi appropriati ed efficaci, in quanto strumento che permette ai gestori delle organizzazioni sanitarie di accertare le proprietà, gli effetti e l'impatto delle tecnologie sanitarie impiegate;
- la reingegnerizzazione dei processi assistenziali in quanto consente di trasformare in scelte organizzative contestualizzate le prove di efficacia messe a disposizione dall'Evidence Based Healthcare;
- l'attività di audit clinico per la valutazione della coerenza degli standard clinici;
- la ricerca clinica ed assistenziale in quanto promuove progetti che mirano a rilevare nella pratica clinica nuovi approcci ed evidenze e quindi possono sicuramente sostenere l'aggiornamento e l'introduzione di più efficaci ed appropriate procedure clinico-assistenziali.

Le azioni

Il lavoro sinora svolto relativamente alla costruzione di un sistema di misurazione dell'appropriatezza (a partire dall'analisi della fuga extraregionale) deve essere completato con l'approfondimento dei seguenti punti:

1. i valori soglia da utilizzare per identificare le situazioni critiche;
2. i fattori influenzanti il valore e l'interpretazione dell'indicatore (il tipo di ospedale o di reparto, la fascia d'età, il peso dei ricoveri urgenti, le linee di tendenza temporali, ecc.);
3. la possibilità di introdurre ulteriori indicatori attraverso il confronto con il mondo direzionale e professionale.

A proposito del terzo punto, le dimensioni utilizzate per la identificazione di comportamenti a rischio di inappropriatezza possono essere adattate ad esempio alle seguenti aree/discipline in modo da rifinire e arricchire l'elenco degli indicatori:

- area materno-infantile;
- area della salute mentale;
- area delle dipendenze patologiche;

- singole discipline di area medica;
- singole discipline di area chirurgica;
- area delle post-acuzie (lungodegenza e riabilitazione).

Un particolare importante potrà essere dato da quanti già operano nei Comitati per la Verifica delle Prestazioni Sanitarie e negli uffici/servizi che si occupano di committenza nei confronti delle strutture private. Lo schema di analisi dei dati di appropriatezza può inoltre essere “incrociato” con il progetto profili di assistenza e con tutti i gruppi di lavoro regionali ed aziendali su tematiche correlabili.

Vanno regolamentate altre attività come già avvenuto per quelle di day hospital medico e di day surgery (regolamenti che pure vanno monitorati e aggiornati) ed in particolare:

- vanno trasferite alcune attività chirurgiche al livello ambulatoriale (come il trattamento della cataratta e del tunnel carpale);
- va regolamentato definitivamente l'attività di day service per il trasferimento in questo modello organizzativo dell'attività ambulatoriale ancora attualmente svolta in regime di day hospital;
- vanno trasferite le attività di area psichiatrica delle Case di Cura private del settore in attività residenziali.

L'analisi con il sistema di indicatori proposto va supportata da un sistema di reporting sui consumi (e quindi con i tassi di consumo delle prestazioni a rischio calcolati a livello delle aree “esposte”) orientato anch'esso alla appropriatezza. A solo titolo di esempio la frequenza di consumi di alcune procedure chirurgiche può aiutare a interpretare se certi picchi di produzione di alcune strutture possono dipendere da una “forzatura” delle indicazioni.

Occorre rivedere l'organizzazione della funzione di controllo della appropriatezza della attività di ricovero per trasformarla quanto più possibile in una funzione di orientamento a priori della produzione.

La funzione di controllo a posteriori va mantenuta nei confronti dei produttori “puri” e soprattutto di quelli che sulla base dei dati storici hanno evidenziato comportamenti a rischio. A questo scopo occorre integrare e rendere coerenti tra loro le seguenti funzioni a livello di Zona Territoriale, Area Vasta, ASUR, Aziende Ospedaliere/INRCA e Regione:

- funzione organizzativa e di controllo tipica della direzione medica ospedaliera;
- funzione di committenza nei confronti dei produttori esterni (Aziende Ospedaliere/INRCA e strutture private compresi quelli di fuori Regione);
- funzione di controllo svolta dai Comitati per la Verifica delle Prestazioni Sanitarie;
- funzione di governo clinico che dovrebbe orientare e monitorare i modelli organizzativi ed i comportamenti professionali verso una maggiore efficacia e sicurezza, attraverso gli strumenti della medicina basata sulle evidenze e non solo;
- funzione di promozione e verifica della qualità dell'assistenza.

Quest'insieme di funzioni andrebbe reso coerente e quindi organizzato in modo esplicito e fatto lavorare in base ad un comune sistema di obiettivi. Uno di questi dovrebbe essere rappresentato dalla appropriatezza così come è stata definita e un altro dal miglioramento della qualità dell'assistenza nelle due dimensioni della efficacia e della sicurezza.

Mettere al centro della riorganizzazione del sistema ospedaliero il tema dell'appropriatezza vuol dire anche:

- orientare il sistema di obiettivi a tutti i livelli in questa direzione;
- coinvolgere il sistema delle Direzioni nelle iniziative che lo affrontano;
- supportare tali iniziative con interventi formativi;
- coinvolgere il mondo professionale.

Allegato 2.**Indicatori per il monitoraggio del mantenimento dell'erogazione dei LEA previsti dall'Accordo Stato – Regioni.**

N.	Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
1	Copertura vaccinale - Vaccinazioni obbligatorie - Vaccinazioni raccomandate (MPR, influenza nell'anziano)	$(N. \text{ vaccinati} / \text{Popolazione residente}) * 100$	Vaccinazioni obbligatorie: difterite, tetano, polio, epatite B Vaccinazioni raccomandate: morbillo, pertosse, rosolia, influenza nell'anziano Per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate MPR età ≤ 24 mesi. Per influenza età ≥ 65 anni Fonte: Sistema di sorveglianza delle Regioni per le coperture vaccinali.
2	Incidenza % costi assistenza prevenzione collettiva	$(\text{Costo assistenza collettiva} / \text{Totale costi LEA}) * 100$	Fonte: SIS Modello LA voce 19999 e voce 49999
3	Ricoveri prevenibili per asma e diabete (tassi standardizzati) * 100.000	$(N \text{ dimessi} / \text{Popolazione residente}) * 100.000$	Tassi standardizzati per età e sesso con popolazione italiana al censimento 2001 (vedi foglio allegato). Ricoveri dei residenti nelle strutture pubbliche e private accreditate in modalità ordinaria per asma e diabete (cod. diagnosi principale ICD-9-CM 493.xx ;250.xx). Fonte: SDO
4	Percentuale di anziani trattati in ADI	$(N \text{ anziani trattati in ADI} / \text{Popolazione anziana residente}) * 100$	Anziani: 65 anni e più Fonte: SIS Modello FLS.21 quadro H
5	Numero di posti in RSA per 1.000 anziani	$(\text{Posti nelle strutture per anziani} / \text{Popolazione anziana residente}) * 1000$	Anziani: 65 anni e più Fonte: SIS Modello STS.24 quadri F e G Posti delle strutture per attività residenziale e semi-residenziale
6	Posti residenziali e semiresidenziali negli istituti e centri di riabilitazione per 1.000 ab.	$(\text{Posti nelle strutture di riabilitazione} / \text{Popolazione residente}) * 1.000$	Fonte: SIS Modello RIA.11 quadro F Posti delle strutture per attività residenziale e semi-residenziale
7	Degenza media pazienti negli istituti di riabilitazione	Giornate di riabilitazione / Pazienti	Fonte SIS Modello RIA.11 quadro H Pazienti e totale giornate di assistenza riabilitativa erogate in modalità residenziale
8	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	$(\text{Posti letto in hospice} / \text{Media deceduti per tumore}) * 100$	Posti letto dedicati all'attività residenziale in hospice Media dei deceduti negli ultimi 3 anni con cod. ICD-9 140-208
9	Incidenza % spesa farmaceutica - territoriale - complessiva	$(\text{Costo assistenza farmaceutica} / \text{Totale costi LEA}) * 100$	Fonte: SIS Modello LA voci 20401 (assistenza farmaceutica erogata tramite le farmacie convenzionate); 20402 (altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica) e voce 49999 (Totali costi LEA)

N.	Definizione	Formula	Note per l'elaborazione
10	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000	$(N \text{ dimessi/Popolazione residente}) * 1.000$	Tassi standardizzati per età e sesso con popolazione italiana al censimento 2001 (vedi foglio allegato). Ricoveri dei residenti nelle strutture pubbliche e private accreditate in modalità ordinaria e diurna per le discipline di acuti, riabilitazione e lungodegenza. Per la modalità diurna considerare come ricovero unitario l'intero ciclo di trattamento del paziente nella medesima struttura e non i singoli accessi nell'arco di un anno. Sono esclusi i neonati sani. Il trasferimento di un paziente da un'unità operativa all'altra dello stesso istituto non comporta la compilazione di una nuova scheda di dimissione. Fanno eccezione i casi di passaggio da ricovero ordinario a ricovero diurno o viceversa e i passaggi da ricovero per acuti o riabilitazione o lungodegenza e viceversa. Fonte: SDO
11	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri	$(N \text{ dimessi con DRG chirurgico/Ricoveri}) * 100$	Numero dei dimessi in modalità ordinaria e diurna. Attività erogata dalla Regione per residenti e non residenti Fonte SDO
12	Percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG del DPCM 29 nov. 2001 all. 2C sul totale dei ricoveri	$(N \text{ dimessi in degenza ordinaria con DRG inappropriato/Totale dimissioni con DRG inappropriato}) * 100$	Al denominatore numero dei dimessi in modalità ordinaria e diurna. Attività erogata dalla Regione per residenti e non residenti. Fonte SDO
13	Percentuale parti cesarei	$(\text{Dimesse con parto cesareo/Totale dimesse per parto}) * 100$	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti. Parti cesarei DRG 370;371 - Totale parti DRG 370;371;372;373;374;375. Fonte SDO
14	Degenza media standardizzata per case-mix	$\sum_{DRG} (\text{Degenze medie}_{DRG} \times F_{DRG})$ F_{DRG} = rapporto tra il numero dei ricoveri per il DRG specifico e il totale dei ricoveri a livello nazionale	Dimissioni nelle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per le discipline per acuti Per la standardizzazione per case-mix utilizzare la distribuzione nazionale per DRG in allegato. Fonte SDO
15	Percentuale di occupazione dei posti letto	$(\text{Giornate erogate in modalità ordinaria/Numero medio giornaliero posti letto} * 365) * 100$	Giornate erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per le discipline per acuti. I posti letto considerati sono quelli effettivamente utilizzati desunti dal modello HSP.22Bis per le strutture pubbliche e dal modello HSP.13 per le strutture private accreditate. Fonte SDO - SIS - Mod HSP.22Bis e HSP.13
16	Degenza media dei reparti di lungodegenza	Giornate di degenza erogate nella disciplina di lungodegenza/Numero dimessi	Dimessi e giornate erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria nella disciplina di lungodegenza (Cod. 60). Fonte SDO

Allegato 3 Documento relativo alla griglia di valutazione per gli indicatori sul “mantenimento dell'erogazione dei LEA”

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				Valore nominale	Scostamento minimo ⁶	Scostamento rilevante ma in miglioramento ³	Scostamento non accettabile
1	Prevenzione	Copertura vaccinale - Vaccinazione obbligatorie - Vaccinazioni raccomandate (MPR, influenza negli anziani)	1,5	tutte >= 95%	tutte >= 93%	una < 93%	Più di 1 < 93%
			0,5	tutte >= 75%	tutte >= 70%	una < 70%	Più di 1 < 70%
2	Prevenzione	Incidenza % costi assistenza prevenzione collettiva	3	>= 5%	4% - 5%	< 4% e in aumento	< 4% e non in aumento
3	Distrettuale specialistica	Ricoveri prevenibili per asma e diabete (tassi standardizzati per età) * 100.000	1	<=40	41-50	> 50 e in diminuzione	> 50 e non in diminuzione
			1	<=90	91-110	> 110 e in diminuzione	> 110 e non in diminuzione
4	Distrettuale anziani	Percentuale di anziani trattati in ADI	1	>= 3,5%	2,5-3,5	< 2,5 e in aumento	< 2,5 e non in aumento
5	Distrettuale Anziani	Numero di posti in RSA per 1.000 anziani	1	>=10	6-10	< 6 e in aumento	< 6 e non in aumento
			2				
6	Distrettuale	Posti residenziali e semiresidenziali negli istituti e centri di riabilitazione per 1.000 ab.	1	>=0,4	0,3 - 0,39	<0,3 e in aumento	< 0,3 e non in aumento

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				Valore nominale	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile
7	Disabili	Degenza media pazienti negli istituti di riabilitazione	1	<=150	150-180	> 180 e in diminuzione	> 180 e non in diminuzione
8	Distrettuale Malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	0,8	>= 0,5 e in aumento	>= 0, 5 e non in aumento	> 14% e in diminuzione	<0,5
9	Distrettuale Farmaceutica	Incidenza % spesa farmaceutica - territoriale - complessiva	1,8	<= 13%	<= 14%	> 14% e in diminuzione	> 14% e non in diminuzione
			0,4	<= 16 %	<= 17% e awenuta adozione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica Ospedaliera di cui al punto 4.18 del Patto per la salute	> 17% e awenuta adozione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica Ospedaliera di cui al punto 4.18 del Patto per la salute	> 17% e non awenuta adozione del Piano di contenimento della spesa farmaceutica Ospedaliera di cui al punto 4.18 del Patto per la salute

N.	Livello di assistenza	Definizione	Peso	Punteggi di valutazione			
				Valore nominale	Scostamento minimo ⁶	Scostamento rilevante ma in miglioramento ³	Scostamento non accettabile
10	Ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000 ab.	2	<= 180	180-200	> 200 e in diminuzione	> 200 e non in diminuzione
11	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri	0,5	>= 40%	33-40 %	< 33% e in aumento	< 33% e non in aumento
12	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri ordinari dei 43 DRG del DPCM 29 nov. 2001 all. 2C sul totale dei ricoveri	2,5	< 50%	50-60%	> 60% e in diminuzione	> 60% e non in diminuzione
13	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei	1	< 30 %	30-35%	> 35 % e in diminuzione	> 35 e non in diminuzione
14	Ospedaliera	Degenza media standardizzata per case-mix	2	<6,75	6,75-7,25	> 7,25 e in diminuzione	> 7,25 e non in diminuzione
15	Ospedaliera	Percentuale di occupazione dei posti letto	1,5	> 75%	70 - 75%	< 70 e in aumento	< 70 e non in aumento
16	Ospedaliera	Degenza media dei reparti di lungodegenza	0,5	<=40	40-50	> 50 e in diminuzione	> 50 e non in diminuzione

Per la sintesi dei punteggi ottenuti da ciascuna regione si propone di considerare 4 intervalli individuati sulla base dei seguenti cut-off:

Valutazione	Intervallo
Adeguate	>150
In osservazione	106-150
Critica in miglioramento	76-105
Critica non in miglioramento	<75

Allegato 4.

L'appropriatezza

La chiave con cui rileggere il rapporto tra bisogni-domanda-offerta e risultati è rappresentata tra l'altro da una analisi dell'appropriatezza. Il perseguimento di questa rappresenta uno degli strumenti con cui trasferire risorse dal livello ospedaliero a quello territoriale. Per questo motivo l'appropriatezza dell'attività di ricovero costituisce uno degli obiettivi prioritari (sia in termini di importanza che in termini temporali da perseguire). Per questo motivo si dà particolare risalto a questa tipologia di inapproprietezza.

L'appropriatezza: definizione e obiettivi

Una possibile definizione di appropriatezza è molto semplice: corrispondenza ad un comportamento "corretto" di riferimento. In termini pratici, conviene operativamente declinare subito la appropriatezza in macro-categorie diverse, anche se in qualche misura sovrapponibili:

- a) appropriatezza organizzativa: attiene all'utilizzo "corretto" delle risorse e quindi ai costi sostenuti per produrre o acquistare le prestazioni. Essa può essere declinata in due sottocomponenti:
 - o scelta del livello più appropriato di erogazione (ad esempio, day hospital rispetto al ricovero ordinario);
 - o organizzazione ottimale delle aree di degenza con lo sviluppo di aree di degenza dipartimentali e aree a ciclo breve con chiusura nel fine settimana;
- b) appropriatezza amministrativa: attiene alla "correttezza" delle regole per la valorizzazione economica delle prestazioni;
- c) appropriatezza clinica: attiene alla "corretta" scelta delle indicazioni e delle "tecniche" per l'erogazione delle prestazioni;
- d) appropriatezza programmatica: attiene alla "corretta" distribuzione delle attività in moda da favorirne la appropriatezza organizzativa e clinica.

Costruire un sistema di regole e di controlli sulla appropriatezza ha due principali obiettivi:

- o favorire il massimo di efficienza nell'utilizzo delle risorse;
- o favorire le condizioni per una erogazione più efficace delle prestazioni.

L'accento è di solito posto sul primo dei due obiettivi, ma in realtà è opportuno enfatizzare come spesso una attività non appropriata sul piano organizzativo e programmatico sia meno efficace e/o più rischiosa sul piano clinico. Ogni ricovero ospedaliero o giornata di

ricovero in più, ad esempio, rischia di aumentare l'esposizione ai rischi tipici dell'ospedale come quello relativo alle infezioni ospedaliere. Allo stesso tempo lo svolgimento di un'attività complessa in una sede non idonea aumenta contemporaneamente i costi ed i rischi.

Le cause della inappropriatezza

Alla base dei comportamenti a rischio di inappropriatezza vi sono due situazioni diverse (ancora una volta in parte sovrapponibili):

- a) la inappropriatezza del singolo produttore, che cerca di massimizzare il valore dei ricoveri e aumentare i "numeri", adottando più o meno volontariamente comportamenti "opportunistic" (termine tecnico che definisce quei comportamenti sistematici che aumentano il valore e/o la quantità della produzione);
- b) la inappropriatezza del sistema territoriale dei servizi che non riuscendo a dare una risposta al livello più appropriato (ad esempio domiciliare o residenziale) ricorre a quello ospedaliero.

Vi sono diverse possibili dimensioni della inappropriatezza utilizzabili per identificare aree di razionalizzazione e controllo nell'ambito della attività di ricovero:

1. **inappropriatezza della prestazione:** riguarda la non opportunità di eseguire quella prestazione per l'assenza di condizioni cliniche che la giustificano (si applica di regola a procedure di tipo chirurgico o comunque invasivo);
2. **inappropriatezza del livello di erogazione:** riguarda la possibilità di eseguire quella attività in un regime di trattamento a minor costo (ricovero in day surgery o in one day surgery anziché in regime di ricovero ordinario di due o più giorni, ricovero diurno anziché ricovero ordinario, livello ambulatoriale anziché di ricovero);
3. **inappropriatezza della sede di erogazione:** riguarda o la adeguatezza dell'ospedale sede di effettuazione dell'attività in questione - che può non essere appropriato in termini di adeguatezza dei volumi di attività (certe attività vanno effettuate in quantità al di sopra di livelli minimi che garantiscano maggiore competenza ed economie di scala) e di adeguatezza degli standard strutturali (tecnologie ed impianti) ed organizzativi (qualità e quantità delle competenze professionali disponibili) - o del **reparto/disciplina** che può non essere autorizzato o pertinente per quel tipo di attività (ad esempio i ricoveri per problemi psichiatrici vanno effettuati di regola in reparti con codice 40);
4. **inappropriatezza della codifica:** riguarda la possibilità di aumentare il valore del ricovero attraverso una "forzatura" dei criteri di codifica della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);
5. **inappropriatezza della modalità di ammissione/dimissione:** in alcune aree il ricovero va gestito di regola in integrazione e continuità con il Dipartimento che ha in carico il paziente (ricoveri nell'area della salute mentale e delle dipendenze patologiche);
6. **inappropriatezza per l'erogazione di prestazioni non incluse nei LEA:** riguarda ad esempio particolari tipologie di trattamento chirurgico per fini estetici;

7. **inappropriatezza della durata del trattamento: riguarda la durata di un ricovero ospedaliero nelle aree di degenza o nella fase di ricovero in cui la valorizzazione avviene a giornata;**
8. **inappropriatezza della gestione del ricovero in termini organizzativo-amministrativi e conseguente aumento “non giustificato” del suo valore: riguarda ad esempio il frazionamento del ricovero in più episodi (come nel caso di un rapido trasferimento da un reparto per acuti ad un reparto di post-acuzie dello stesso ospedale o nella dimissione e rapida riammissione di un paziente) o l’addebito di prestazioni da considerare incluse nel valore del DRG del ricovero.**