

Padova, 5 maggio 2012

L'appropriatezza nell'organizzazione
sanitaria: un ripiego o un'opportunità?
Riflessioni su principi e criteri di
valutazione

Prof. Ferdinando Romano

The World Health Report 2008 della WHO è dedicato al 30° anniversario della dichiarazione di Alma-Ata e porta il significativo titolo:

Primary Health Care: Now more than ever.

Rivalutare la PHC che è una condizione necessaria, anche se non sufficiente, per garantire alle singole comunità la tutela della salute in condizioni di equità.

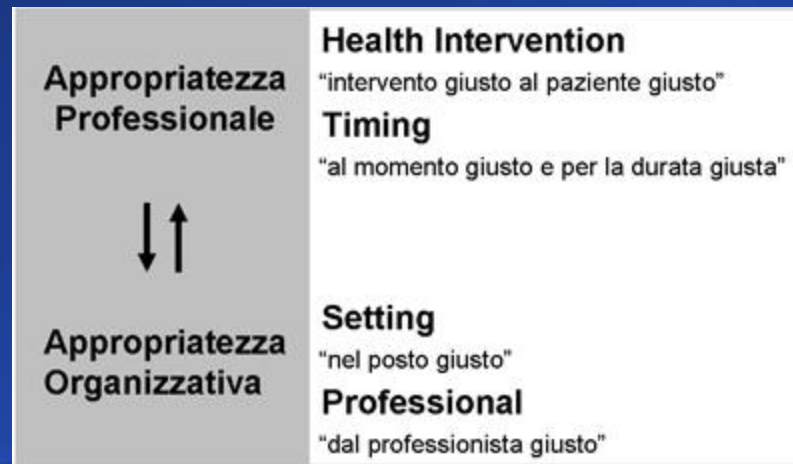
Appropriatezza professionale

Un intervento sanitario è appropriato quando:

- è di efficacia provata
- viene prescritto per le indicazioni cliniche riconosciute
- ha effetti sfavorevoli "accettabili" rispetto ai benefici.

Appropriatezza organizzativa

Un intervento sanitario è appropriato se viene erogato "consumando" un'appropriata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale ed ai professionisti coinvolti.



Criticità

- ✓ l'appropriatezza professionale è condizionata dalle evidenze disponibili sull'efficacia/sicurezza degli interventi sanitari
- ✓ l'appropriatezza organizzativa incontra il proprio "collo di bottiglia" nelle risorse economiche disponibili

KEY POINTS

- ✓ Nell'attuazione del governo clinico è indispensabile misurare l'appropriatezza dei processi assistenziali
- ✓ L'appropriatezza professionale e l'appropriatezza organizzativa si influenzano reciprocamente
- ✓ La raccolta d'indicatori di appropriatezza specifici è condizionata dalla qualità della documentazione disponibile
- ✓ L'appropriatezza organizzativa è un imperativo quando permette di ridurre i costi, ma viene ignorata se "contrastata" i volumi (e conseguenti rimborsi) delle prestazioni

PSN 2011-2013: Conferenza Unificata del 22
Settembre 2011

3.3 ... All'interno dei due tradizionali ambiti dell'appropriatezza, quello clinico e quello organizzativo, si individuano anche delle importanti aree di lavoro, come di seguito riportate:

PSN 2011-2013: Conferenza Unificata del 22 Settembre 2011 (segue 1)

✓ appropriatezza clinica:

- *clinical governance;*

- prescrittiva (governo della domanda) che riguarda anche l'utilizzo delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche (interventi, farmaci etc) ed il contenimento del fenomeno del "difensivismo medico" mediante l'adozione di procedure prestabilite;

PSN 2011-2013: Conferenza Unificata del 22 Settembre 2011 (segue 2)

✓ appropriatezza organizzativa:

- luogo di cura che si associa all'appropriatezza di utilizzo dei regimi assistenziali sia a livello ospedaliero (attraverso lo spostamento progressivo dei 148 DRG dal regime di ricovero ordinario a quello di DH/DS e ambulatoriale) che territoriale (anche attraverso il concreto avvio del Punto Unico di Accesso verso le prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari), come anche previsto dall'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012;
- gestionale/organizzativa.

FASI PER LA COSTRUZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DI UN PERCORSO CLINICO FORMALIZZATO

- 1 Istruire ed ottenere il supporto del personale medico;
- 2 Formare un team multidisciplinare;
- 3 Creare un comitato-guida/specifici gruppi per reparto;
- 4 Il gruppo deve identificare gli ostacoli potenziali all'implementazione;
- 5 Raccolta dei dati: per determinare la popolazione di pazienti con DRG ad alto costo, alta numerosità, difficoltà nella gestione;
- 6 Utilizzare metodi e strumenti selezionati per il Miglioramento della Qualità;
- 7 Determinare quali DRG sono più prevedibili;
- 8 Determinare gli interessi dello staff;
- 9 Selezionare i Pathway da sviluppare;
- 10 Sviluppare il formato per il Pathway;
- 11 Selezionare clinici esperti di varie discipline per la formazione del team;
- 12 Raccogliere i dati sul clinical pathway;
- 13 Revisione delle Cartelle cliniche per comprendere i tipi di pratica;
- 14 Revisione della letteratura;
- 15 Confrontarsi con le altre istituzioni;
- 16 Creazione delle linee guida pratiche;
- 17 Redigere il pathway, farlo valutare dallo staff, rivederlo se necessario;
- 18 Tutti i membri del team multidisciplinare approvano le metodologie di cura tracciate nel pathway;
- 19 Sviluppare un sistema di analisi delle varianze;
- 20 Monitorare la conformità alla documentazione sul pathways;
- 21 Presentare i Pathway alla dirigenza dell'ospedale per l'approvazione; incorporare le revisioni;
- 22 Sviluppare un piano di implementazione;
- 23 Fornire allo staff la formazione in servizio;
- 24 Usare un Pathway pilota da 3 a 6 mesi; modificare se necessario;
- 25 Monitorare le varianze;
- 26 Sviluppare un sistema di raccolta informatizzata dei dati, se possibile;
- 27 Presentare I dati sulle varianze a tutti I membri del team multidisciplinare su base trimestrale;
- 28 Sviluppare piani di azione per superare le varianze avverse;
- 29 Revisione dei pathway su base annuale.

Aspetti positivi del percorso

Uniformare comportamenti/terapie 73%

Migliorare l'interazione medici/infermieri 14%

Migliorare l'aderenza alle Linee Guida 9%

Altro 4%

Aspetti negativi del percorso

Troppo complesso nella lettura 41%

Troppo lungo 36%

Troppo complesso nella compilazione 18%

Altro 5%

Indicatori di appropriatezza

ALLEGATO 2

Gli indicatori di cui al presente allegato vanno intesi come da rapportarsi agli indicatori di cui all'allegato 3 e correlate a valutazioni sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Assistenza distrettuale

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	standard
spesa procapite per l'assistenza sanitaria di base	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa farmaceutica pro-capite (da integrare con altri indicatori Osmed);	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa pro-capite per assistenza specialistica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa procapite per assistenza specialistica – attività clinica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa pro-capite per assistenza specialistica-attività di laboratorio	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
spesa pro capite per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività clinica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di laboratorio	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4

ALLEGATO 3

Indicatori di appropriatezza organizzativa	Standard
Degenza media pre-operatoria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (ord+dh)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatazza (DPCM LEA) sul totale dei ricoveri (esclusi DRG 006,039,119)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 giorni) sul totale dei ricoveri medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
Percentuale di casi medici con degenza oltre-soglia per pazienti con età ≥ 65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 anni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3

Ministero della Salute - 2011

PROGRAMMA OPERATIVO APPROPRIATEZZA

Studio e sperimentazione di indicatori per determinare il grado di appropriatezza delle prestazioni di ricovero dovute a carenze delle altre forme di assistenza

Appropriatezza intesa sia in termini di appropriatezza clinica, ovvero del percorso assistenziale più efficace, oltre che sicuro, efficiente ed economico, sia di appropriatezza organizzativa, in termini di adeguatezza del *setting* assistenziale prescelto e quindi, per esempio, di *ospedalizzazione evitabile*

L'appropriatezza, in questo contesto, viene a costituirsi come principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali.

set di indicatori basato sui seguenti criteri:

- ✓ robustezza, valutata sulla base delle evidenze scientifiche disponibili;
- ✓ coerenza con i sistemi di monitoraggio per la garanzia dei livelli di assistenza vigenti e in corso di aggiornamento;
- ✓ fattibilità, valutata sulla disponibilità dei dati e sulla buona qualità delle fonti informative, nonché sulle eventuali criticità di elaborazione e calcolo.

19 indicatori di appropriatezza, idonei a valutare

- ✓ l'adeguatezza del setting prescelto per alcune prestazioni sanitarie, il grado di utilizzazione di alcune procedure, e in particolare
- ✓ l'ospedalizzazione evitabile per alcune patologie croniche, la cui gestione attiene prevalentemente alle competenze territoriali.

Ciò al fine di individuare e caratterizzare le eventuali carenze nell'offerta dei servizi extraospedalieri.

Assistenza ospedaliera

6 indicatori di appropriatezza organizzativa:

1. percentuale di ricoveri con degenza ≥ 2 gg attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in modalità ordinaria;
2. percentuale di ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico;
3. percentuale di ricoveri brevi con DRG medico (≤ 1 gg e 2-3 gg);
4. percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico;
5. indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per decompressione del tunnel carpale;
6. indice di trasferimento in day surgery dei ricoveri per cataratta.

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

4 indicatori

- ✓ 2 **misurano** l'ospedalizzazione per patologie prevenibili con vaccinazione (**influenza e polmonite pneumococcica**)
- ✓ 2 **riguardano la tutela dai rischi connessi con gli ambienti di vita, quali incidenti stradali e di lavoro (infortuni).**

Assistenza distrettuale

7 indicatori

- ✓ ricoveri prevenibili per patologie croniche (asma, insufficienza cardiaca e diabete mellito), che possono essere efficacemente gestite con l'assistenza territoriale, sia primaria che specialistica e domiciliare
- ✓ tasso di ospedalizzazione per IVG → carenze nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria alle donne.
- ✓ volume di ricoveri per patologie alcool-correlate → efficacia di azioni e interventi a favore di soggetti con dipendenze.
- ✓ frequenza di ricoveri, nella popolazione anziana, con DRG medico e prolungata durata della degenza → proxy che valuta la capacità di accoglienza del territorio, attraverso l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

Appropriatezza clinica

2 indicatori

- ✓ Percentuale di parti cesarei
- ✓ Tasso di ospedalizzazione per tonsillectomia.

Il caso del Pronto Soccorso

Quali criticità?

- ✓ Afflusso
- ✓ Organizzazione interna
- ✓ Deflusso

Afflusso



- ✓ Appropriatazza dell'offerta
- ✓ Decongestionamento
- ✓ Riduzione tempi di attesa
- ✓ Efficientamento organizzativo
- ✓ Tutela dei diritti dell'utente

Organizzazione interna



Adozione di modelli organizzativi in grado di garantire tempestività, efficienza, efficacia, sicurezza, appropriatezza della risposta sanitaria

Deflusso



- ✓ Dimissioni
- ✓ Trasferimento
- ✓ Decesso

Afflusso

Implementazione *GIPSE*



Raccordo funzionale-organizzativo tra 118 e P.S.

Riconversione dell'offerta per i codici bianchi e verdi



Dal P.S. alla *Medicina Generale*



Governo della domanda

Call Center

Reindirizzamento della
domanda verso tipologie di
offerta appropriate



Medico di famiglia

UCP

P.S.

Ambulatori di Medicina
Generale in affiancamento al
P.S.



Gestione codici bianchi e verdi
post triage

Valorizzazione delle UCP



Destinatari della domanda

Campagne di informazione



Nuovo modello assistenziale

Organizzazione interna



Logistica

Organizzazione dei processi

Organizzazione dei percorsi

Organizzazione del personale



Commissione di esperti

Deflusso



Disponibilità P.L.



Nessun aumento di posti letto ma
efficientamento organizzativo-
gestionale

Efficientamento organizzativo-gestionale del presidio ospedaliero



- ✓ ricoveri inappropriati
- ✓ degenza media
- ✓ degenza preoperatoria
- ✓ tempi di attesa per l'erogazione di servizi diagnostici ai pazienti ricoverati
- ✓ dimissioni



Nucleo ispettivo

Efficientamento organizzativo-gestionale del presidio ospedaliero



Dimissioni (Aumento del tasso di dimissione)

→ Interventi di riorganizzazione interna e di
raccordo con la *ASL* di riferimento (*UVM*)

→ Potenziamento delle strutture territoriali



- Strutture intermedie/ospedali di comunità
- Riordino dell'assistenza domiciliare

Efficientamento organizzativo-gestionale del presidio ospedaliero



ricoveri inappropriati
degenza media
degenza preoperatoria
tempi di attesa per l'erogazione di servizi
diagnostici ai pazienti ricoverati

Rilevazione analitica delle inefficienze organizzativo-gestionali



Identificazione dei livelli di responsabilità



Reingegnerizzazione

L'assistenza domiciliare

**MODELLO SPERIMENTALE DI
RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA
REGIONALE DEI SERVIZI DI
ASSISTENZA DOMICILIARE**

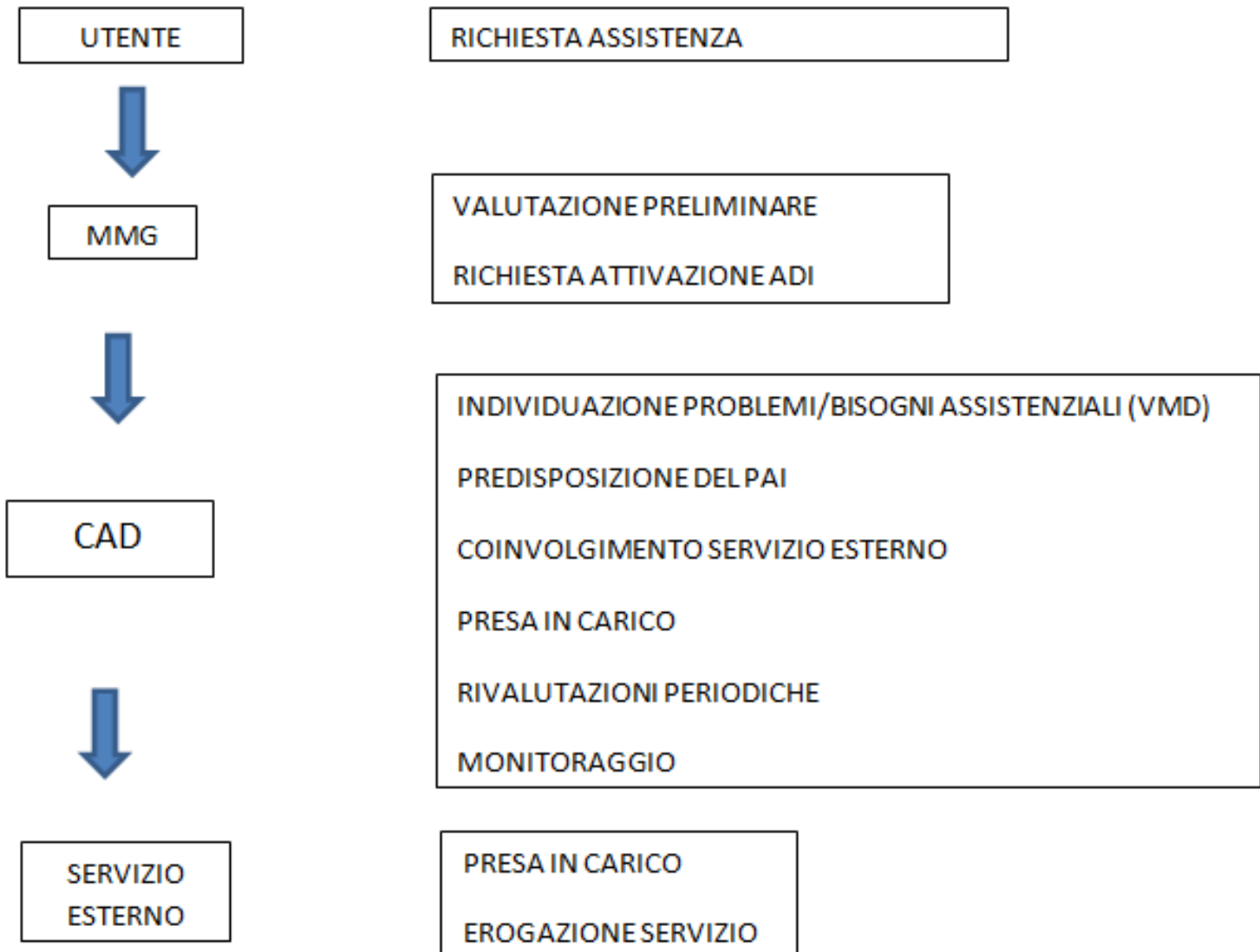
Criticità del sistema attuale

- ✓ disomogeneità dei modelli di ADI nelle diverse ASL (cfr. bandi di gara)
- ✓ scarso coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nei processi di presa in carico e continuità assistenziale
- ✓ parziale responsabilizzazione dei soggetti erogatori esterni
- ✓ scarsa governance sul sistema da parte delle ASL
- ✓ crescenti difficoltà di sostenibilità economica dei servizi
- ✓ carenza di strumenti efficaci di verifica per la Regione
- ✓ percorso giuridico-amministrativo di autorizzazione e accreditamento ancora incompleto

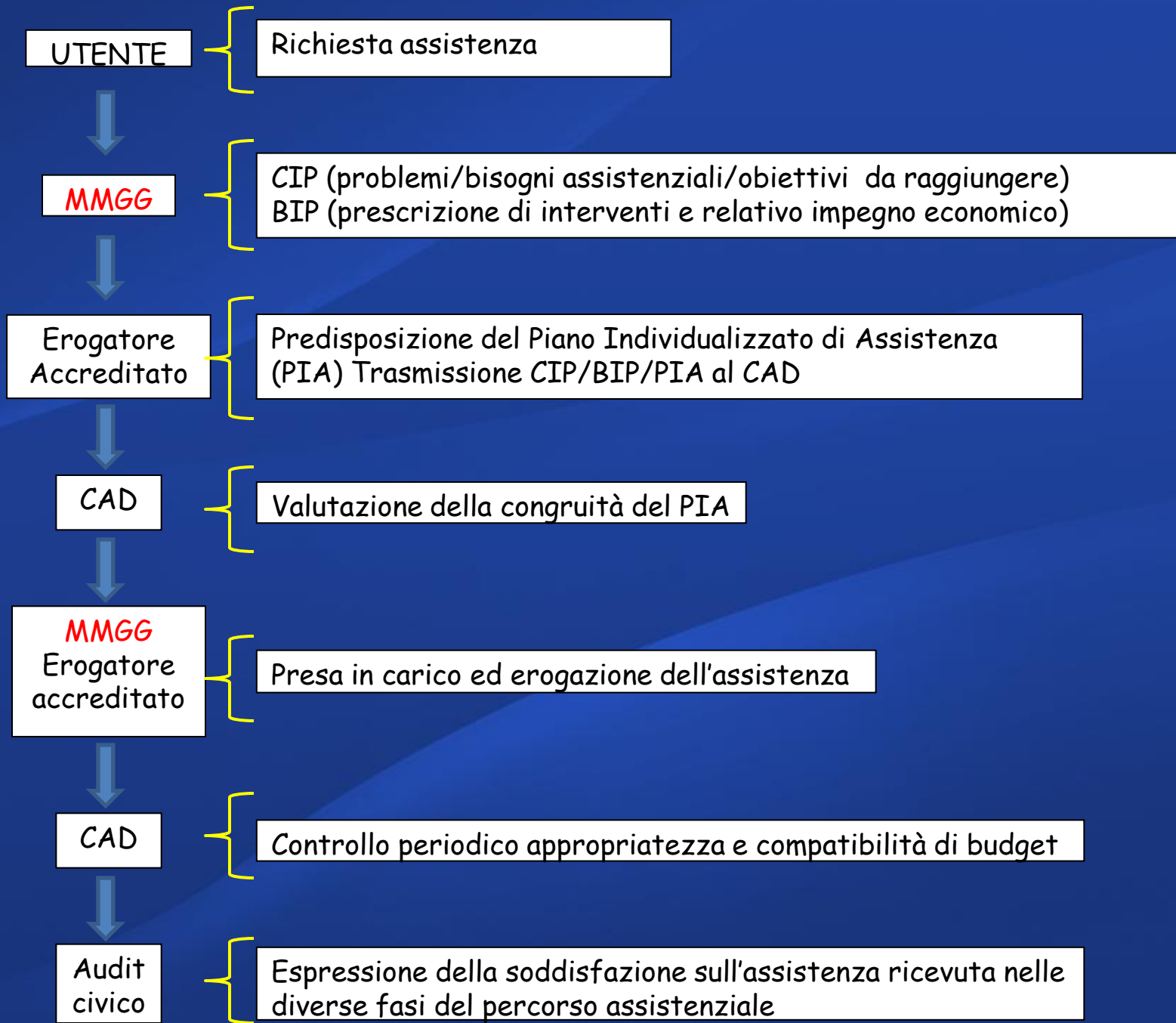
Proposte di razionalizzazione e ottimizzazione dell'ADI

1. Ottimizzare le risorse attualmente esistenti migliorando l'articolazione organizzativa dell'ADI (*erogatori accreditati in competizione amministrata*)
2. Valorizzare pienamente i ruoli specifici di tutti i protagonisti del sistema mirando all'integrazione sociosanitaria
 - ❖ **MMG** → gatekeeper del sistema, traduce i bisogni dei propri assistiti in domanda di prestazione, propone obiettivi assistenziali e indica la valorizzazione economica degli interventi
 - ❖ **Distretto/CAD** → valutazione dei bisogni di salute e di assistenza del territorio, governance del sistema con monitoraggio costante
 - ❖ **Erogatore Accreditato** → garante del Piano Assistenziale e dei flussi informativi con reale responsabilizzazione sulle fasi della presa in carico
 - ❖ **Cittadino** → responsabilizzazione del paziente di fronte alla gestione consapevole della propria salute (**empowerment**)

MODELLO ATTUALE



MODELLO



La attivazione dell'ADI è **compito esclusivo del MMG**.
Il MMG, sulla base della segnalazione pervenuta, valuta il caso, compila la Cartella Individuale Personalizzata (CIP) e la trasmette all'Erogatore Accreditato (EA) e al CAD. Unitamente alla CIP, il MMG invia all'EA anche una proposta di Budget di Intervento Personalizzato (BIP)

La figura del **MMG è centrale nel tradurre il bisogno di salute in domanda di prestazione**, svolgere attività di assistenza primaria e attivare tutti i livelli assistenziali compresa l'ADI, e garantisce una **conoscenza diretta dei singoli assistiti e delle loro famiglie**.

