



Padova, 24 maggio 2002

SANITÀ: EVOLUZIONE OBBLIGATA

QUALITÀ E APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI OSPEDALIERE

Carlo Favaretti

Direttore generale – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Trento



QUALITÀ

La qualità

è la capacità di **soddisfare**
le esigenze e aspettative
degli **stakeholder**



QUALITÀ

La qualità

è la capacità di **soddisfare**
le esigenze e aspettative
degli stakeholder

Ottenere risultati ...

- OUTPUT
- OUTCOME

... su piani diversi ...

- PROFESSIONALE
- ORGANIZZATIVO
- RELAZIONALE

... per molte parti interessate.

- CLIENTI (malati e sani)
- DIPENDENTI
- FINANZIATORI
- FORNITORI (beni e servizi)
- COMUNITÁ



APPROPRIATEZZA

dal punto di vista
CLINICO:

utilizzo di interventi assistenziali efficaci (preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi) solo nei pazienti che, per le loro specifiche caratteristiche cliniche, ne possono effettivamente trarre beneficio

dal punto di vista
ORGANIZZATIVO:

erogazione di prestazioni sanitarie nel contesto che consente il migliore utilizzo delle risorse (in ricovero ordinario o day hospital, in ambulatorio, a domicilio).



APPROPRIATEZZA

dal punto di vista
CLINICO:

utilizzo di interventi assistenziali efficaci (preventivi, diagnostici, terapeutici e riabilitativi) solo nei pazienti che, per le loro specifiche caratteristiche cliniche, ne possono effettivamente trarre beneficio

dal punto di vista
ORGANIZZATIVO:

erogazione di prestazioni sanitarie nel contesto che consente il migliore utilizzo delle risorse (in ricovero ordinario o day hospital, in ambulatorio, a domicilio).

Fare la prestazione giusta, al paziente giusto, al momento giusto, nel contesto fisico e organizzativo giusto, con le risorse giuste



RIORIENTAMENTO dei servizi sanitari

È una delle cinque aree prioritarie d'azione a sostegno della promozione della salute (Carta di Ottawa - 1986)

- 1. PERCHÉ BISOGNA TRASFORMARE I SERVIZI ESISTENTI ?**
- 2. CAMBIARE PER ANDARE DOVE ?**
- 3. QUALI RIFERIMENTI UTILIZZARE IN QUESTO CAMBIAMENTO ?**



RIORIENTAMENTO dei servizi sanitari

1. Perché bisogna trasformare i servizi esistenti ?

- Invecchiamento della popolazione
- Transizione epidemiologica
- Sviluppo della “tecnologia sanitaria”
- Competizione per le risorse
- Evoluzione delle esigenze e aspettative



RIORIENTAMENTO dei servizi sanitari

2. Cambiare per andare dove ?

Dalla cura passiva della malattia all'assistenza della persona che valorizza l' autonomia residua .
Dalla produzione di singole prestazioni alla progettazione e realizzazione di processi assistenziali integrati.
Dall'approccio individuale alla dimensione di servizio erogato a un'intera popolazione .
Dalla conta delle prestazioni erogate (output) alla valutazione degli esiti sulla salute (outcome).
Dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità della persona.



RIORIENTAMENTO dei servizi sanitari

3. Quali riferimenti utilizzare in questo cambiamento ?

- **scientifico** **EBHC** - Evidence Based Health Care
Assistenza sanitaria basata su prove di efficacia
- **gestionale** **TQM** - Total Quality Management
Gestione totale per la qualità
- **legislativo** **DPCM** 27 gennaio 1994 - Principi sull'erogazione dei servizi pubblici
Eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia



LA GESTIONE PER LA QUALITÀ





LA GESTIONE PER LA QUALITÀ





Indipendentemente dai riferimenti gestionali utilizzati (ISO, EFQM, check list per l'autorizzazione, manuali di accreditamento istituzionale o tra pari, ecc.) ogni organizzazione deve sviluppare un

SISTEMA DI GESTIONE PER LA QUALITÀ

... cioè un insieme **coordinato, coerente e diffuso** di comportamenti clinici, obiettivi, assetti organizzativi, responsabilità, risorse, procedure, incentivazioni, attrezzature, processi, informazioni e valutazioni che consente di soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze e le aspettative delle principali parti interessate.



1. Appropriatelyzza delle ammissioni e dei ricoveri

Analisi del problema:

nel 2001 un campione di schede nosologiche del 2000 è stato esaminato con il Protocollo di Revisione dell'Uso dell'Ospedale (PRUO) con i seguenti risultati:

	<i>media APSS</i>	<i>range APSS</i>	<i>range privati accreditati</i>
ammissioni non appropriate	28 %	15 – 39 %	68 – 69 %
ricoveri totalmente non appropriati	19 %	12 – 29 %	45 – 53 %

Attività svolta :

- definizione di **specifici obiettivi di riduzione della non appropriatezza** nei programmi di attività 2002 (budget) delle strutture e unità operative;
- esplicitazione negli **accordi contrattuali 2002** con i privati accreditati di un obiettivo di riduzione della loro non appropriatezza ai valori medi aziendali.



2. DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria

Analisi del problema:

nel secondo semestre 2001, sulla base di una bozza del documento sui LEA, è stata fatta un'analisi della tipologia dei ricoveri relativi ai DRG interessati che ha evidenziato numerose opportunità di miglioramento.

Attività svolta :

- definizione di **specifici obiettivi di riduzione della non appropriatezza** nel programma di attività 2002 (budget) delle strutture e unità operative interessate, indicando:
 - la percentuale di abbattimento per i DRG medici (es. ipertensione, turbe dell'equilibrio);
 - la percentuale di casi da trattare in Day Surgery piuttosto che in ricovero ordinario per i DRG chirurgici (es. decompressione tunnel carpale, stripping di vene);
- produzione di un **documento tecnico per la Provincia Autonoma di Trento** in vista dell'adozione di un provvedimento sui LEA, accompagnato da una proposta di **revisione del sistema tariffario** per orientare il Sistema Sanitario Provinciale verso comportamenti "virtuosi".



3. Acquisizione delle tecnologie sanitarie

Analisi del problema:

l'acquisizione delle attrezzature sanitarie e l'introduzione di nuove tecnologie era frammentato tra le diverse componenti aziendali (cliniche e tecnico-amministrative) e poco coerente con la programmazione e la gestione complessiva.

Attività svolta :

- definizione di una **nuova procedura** per la richiesta, la valutazione preliminare e la pianificazione degli acquisti delle attrezzature sanitarie (modulistica, termini, criteri di ripartizione tra le diverse strutture, ecc,)
- istituzione di un **gruppo tecnico multiprofessionale** per la valutazione;
- predisposizione di un **programma di acquisizione** delle attrezzature;
- per le **tecnologie di nuova introduzione**, è stata richiesta una maggior **coerenza** tra l'impatto organizzativo previsto, l'esito atteso sulla salute, la bibliografia, la programmazione provinciale e il Programma aziendale di sviluppo strategico;
- inserimento di tali attività nei **programmi di attività 2002** (budget) delle strutture e unità operative coinvolte (cliniche e tecnico-amministrative).



4. Percorsi assistenziali e linee guida

Analisi del problema:

l'attività di definizione di linee guida e protocolli assistenziali si limitava spesso alla produzione di documenti che, successivamente alla redazione, non trovavano seguito nella pratica clinica quotidiana.

Attività svolta :

- partecipazione al **progetto ministeriale TRiPSS II** (sotto progetti “Gestione dello scompenso cardiaco” e “Gestione del paziente con dolore toracico acuto in pronto soccorso”);
- **analisi di processi diagnostico-terapeutici** con il CeRGAS - Bocconi (cataratta, prostatectomia per ca. della prostata, brachiterapia per ca. della prostata, ernia inguinale, varici degli arti inferiori, artroscopia per meniscopatia, dialisi renale, colecistectomia laparoscopica);
- definizione anche con le strutture private accreditate di una linea guida per la **riabilitazione cardiologia** in Provincia di Trento e definizione di un percorso diagnostico per il **carcinoma polmonare**;
- inserimento di tali attività nei **programmi di attività 2002** (budget) delle strutture e unità operative e avvio di specifiche attività di **monitoraggio e audit** clinico.



5. Priorità nell'accesso alle prestazioni

Analisi del problema:

nella maggior parte dei casi, la formazione delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali era indipendente da criteri clinici di priorità che consentissero di stratificare i pazienti sulla base della effettiva urgenza della prestazione.

Attività svolta :

- sperimentazione nel 2001 in un distretto e in un ospedale del metodo dei “**Raggruppamenti di Attesa Omogenei**” (RAO) definiti tra MMG e ospedalieri, e progressiva estensione nel 2002 ad altri distretti e ospedali;
- definizione nel 2002 di **liste di priorità su base provinciale** con attesa massima di 10 giorni (attualmente è prevista la possibilità dell'assistenza indiretta per i cittadini che, in determinate condizioni cliniche, non ottengono la prestazione entro il termine indicato).