



*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)
- COMUNITÀ



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

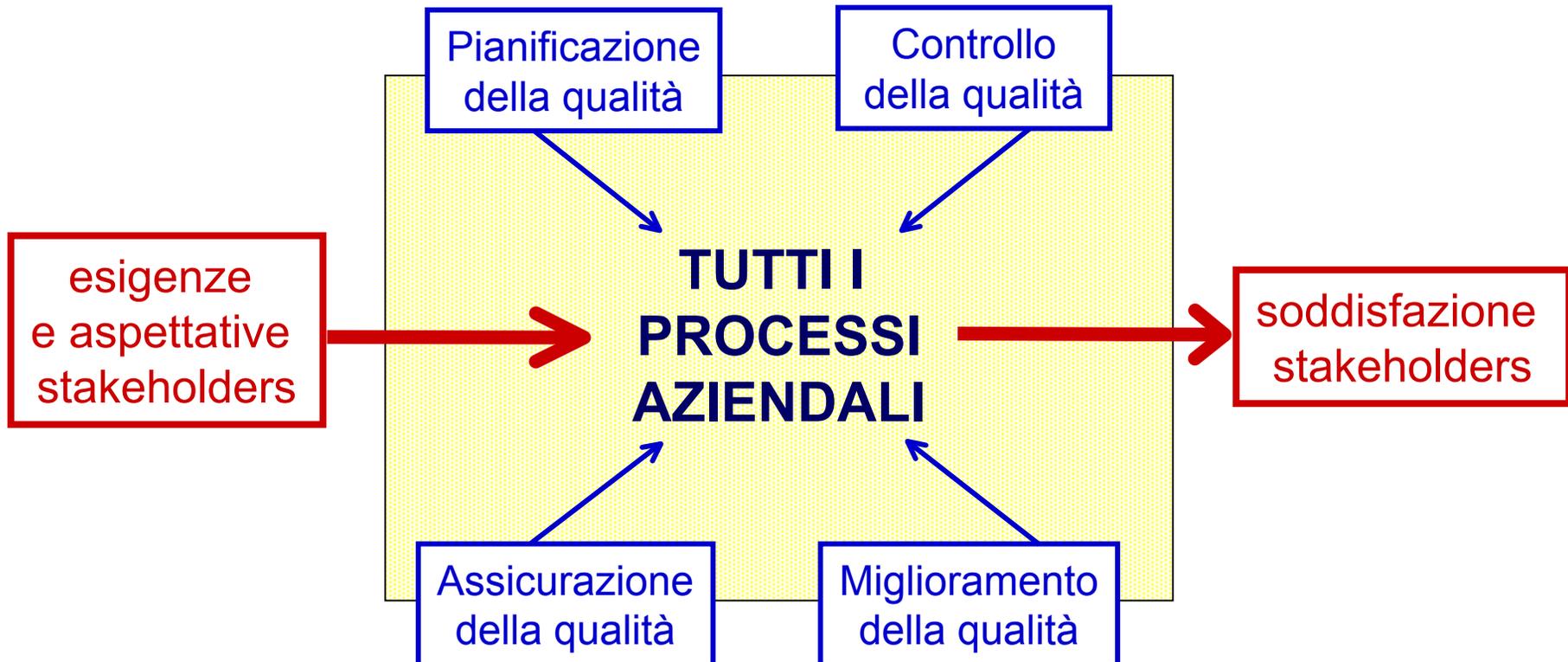


# LA GESTIONE PER LA QUALITÀ





# 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>
<b>ammissioni non appropriate</b>	28 %	15 – 39 %	68 – 69 %
<b>ricoveri totalmente non appropriati</b>	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).