

Standard minimi di quantità di prestazioni Mattone 05

Presentazione metodologia e risultati raggiunti Milestone 1.4 Prestazioni ambulatoriali Milestone 1.6 Prestazioni distrettuali

20 giugno 2007



*Regione Friuli
Venezia Giulia*



Regione Puglia



*Provincia
autonoma Trento*

Identificare, per le prestazioni che rientrano nei LEA, degli standard quantitativi minimi o di riferimento nazionale:

- standard di prestazioni per singolo erogatore al di sotto dei quali esiste la possibilità che non sia garantita la qualità delle prestazioni erogate
- standard di sistema al di sotto dei quali si corre il rischio di non garantire i LEA alla popolazione

**“L’attuazione di questo obiettivo non comporta lo sviluppo di un sistema informativo autonomo, ma piuttosto la definizione di un sistema di lettura dei dati messi a disposizione dal NSIS”
(Relazione Cabina di Regia 31-3-2004).**

Obiettivi generali del mattone 5

Focalizzare sulle aree:

- cronicità,
- modalità di assistenza diversa da quella ospedaliera.....
- intercettare il percorso seguito da un paziente
- monitoraggio del bilanciamento costi-qualità del servizio sanitario

(Walter Bergamaschi)

Lo studio del legame tra volume di ricoveri per singolo erogatore e outcome (mortalità intraospedaliera) è stato effettuato nel milestone:

- ricoveri ospedalieri (già approvato dalla Cabina di regia)

La descrizione del consumo di prestazioni dei residenti in relazione ai livelli assistenziali si è svolta nei seguenti milestone:

- Ricoveri ospedalieri (già approvato dalla Cabina di regia)
- Prestazioni ambulatoriali (condiviso con il gruppo allargato)
- Prestazioni distrettuali (condiviso con il gruppo allargato)

Lo studio del legame tra volume di ricoveri per singolo erogatore e outcome (mortalità intraospedaliera) è stato effettuato nel milestone:

- ricoveri ospedalieri (già approvato dalla Cabina di regia)

La descrizione del consumo di prestazioni dei residenti in relazione ai livelli assistenziali si è svolta nei seguenti milestone:

- Ricoveri ospedalieri (già approvato dalla Cabina di regia)
- Prestazioni ambulatoriali** (condiviso con il gruppo allargato)
- Prestazioni distrettuali (condiviso con il gruppo allargato)

Le prestazioni ambulatoriali 2003 di undici regioni italiane

Attività: Taratura metodo, studio della qualità dei dati per ASL e scelta bacino utenza, definizione tipologia di prestazioni e classe di età; identificazione di intervalli nazionali di consumo; i limiti degli intervalli sono il primo ed il terzo quartile delle ASL; posizionamento delle regioni in relazione agli intervalli; sostituibilità tra ricoveri e prestazioni ambulatoriali.

Risultato: Bacino di utenza, intervalli di tassi di consumo di riferimento per tipologia di prestazione (Clinica, Laboratorio e Diagnostica strumentale e di immagine) e classe di età, sostituibilità prestazioni.

Sono incluse le ASL che soddisfano i seguenti cinque criteri:

Qualità invio:

- 1. Completezza del flusso inviato
- 2. Qualità del flusso inviato (regione ed asl di residenza dell'assistito, fascia di età, codifica prestazione, quantità)

Bacino di utenza:

- 3. Appartenenza provincia di cui il capoluogo ha completezza e qualità
- 4. Appartenenza regione di cui >60% popolazione inclusa

Completezza fascia di età:

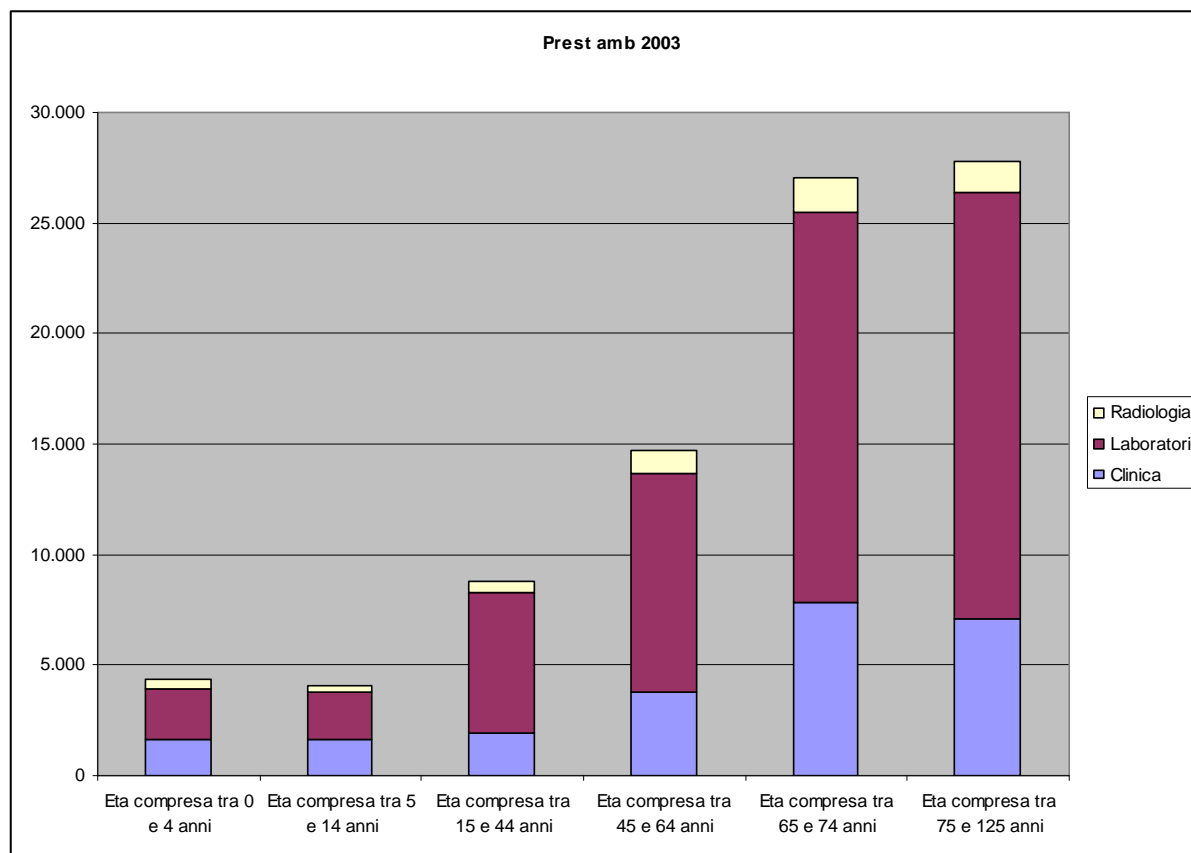
- 5. Fascia di età non identificata < 3%.

ASL verificate ed incluse

		Numero di ASL			Popolazione delle ASL		
Regione		Tutte	Incluse	%	Tutte	Incluse	%
010	Piemonte	19	19	100%	4.213.294	4.213.294	100%
030	Lombardia	15	15	100%	9.033.602	9.033.602	100%
041	P.A. Bolzano	4	4	100%	463.207	463.207	100%
042	P.A. Trento	1	1	100%	477.359	477.359	100%
050	Veneto	21	0	0%	4.529.823		0%
060	Friuli-Venezia Giulia	6	5	83%	1.183.603	1.107.608	94%
070	Liguria	5	4	80%	1.570.004	1.297.637	83%
080	Emilia-Romagna	13	13	100%	3.984.526	3.984.526	100%
090	Toscana	12	6	50%	3.497.042	1.376.535	39%
110	Marche	13	10	77%	1.471.123	1.119.907	76%
140	Molise	4	0	0%	320.467		0%
Totale		113	77	68%	30.744.050	23.073.675	75%
Nazionale 2001					56.993.742	56.993.742	
					54%	40%	

Cinque criteri di inclusione delle ASL (allegato 5)

(Toscana rimane perché le ASL sono escluse per classe di età)



Il consumo annuo varia da circa 4 a 28 prestazioni per abitante. Laboratorio dominante, segue clinica e radiologia.

Risultati: Intervalli, Attività clinica (tabella)

Primo quartile

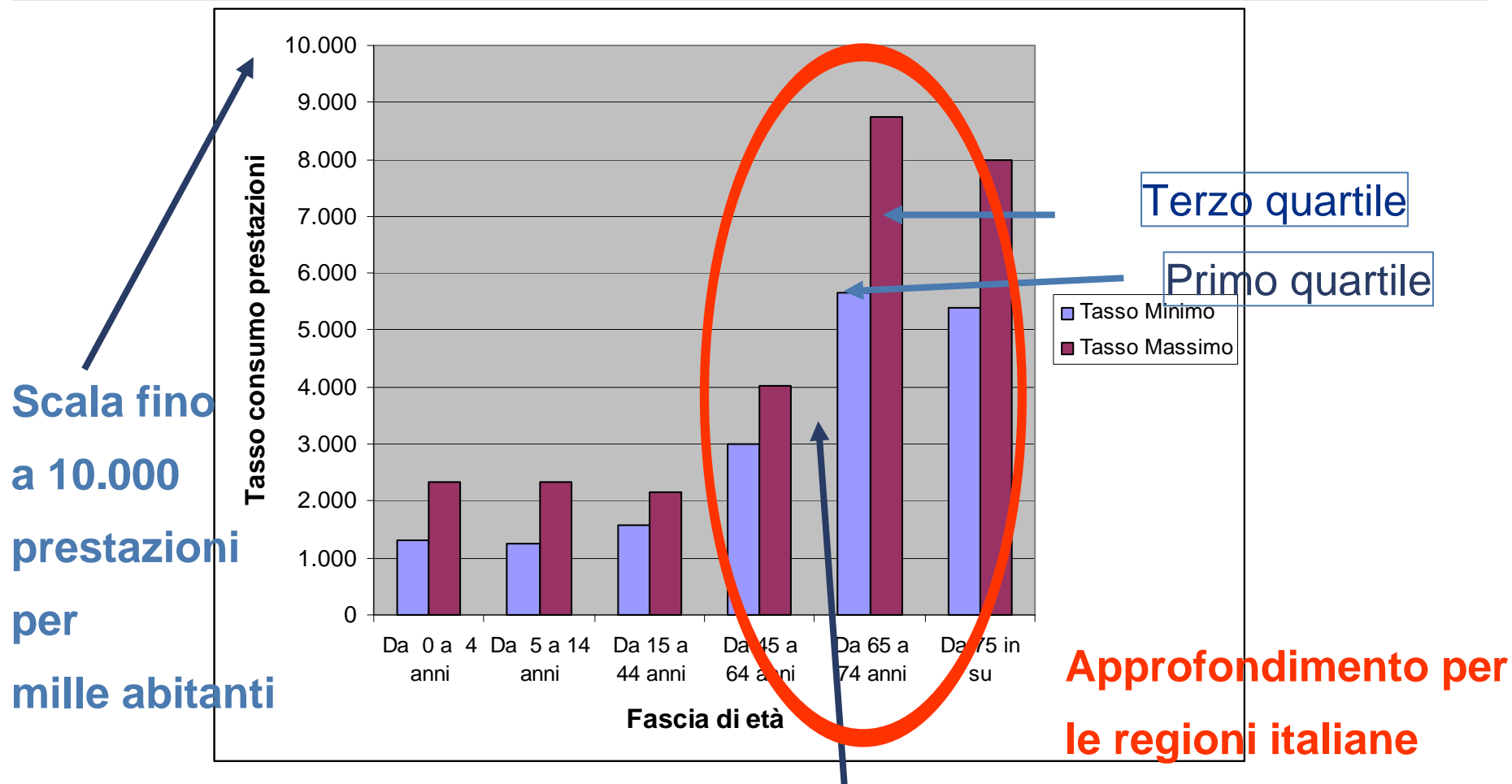
Terzo quartile

Fascia di età	Tasso Minimo	Tasso Massimo	Ampiezza relativa
Da 0 a 4 anni	1.317	2.334	77%
Da 5 a 14 anni	1.247	2.329	87%
Da 15 a 44 anni	1.587	2.171	37%
Da 45 a 64 anni	2.992	4.025	35%
Da 65 a 74 anni	5.648	8.733	55%
Da 75 in su	5.382	7.987	48%

L'ampiezza è maggiore per i giovani e per gli anziani.

Proposta di standard di riferimento (mille abitanti) per fascia di età riferito all'attività clinica.

Risultati: Intervalli, Attività Clinica (grafica)



Rapida crescita con l'età;
diminuzione del tasso nell'ultima fascia

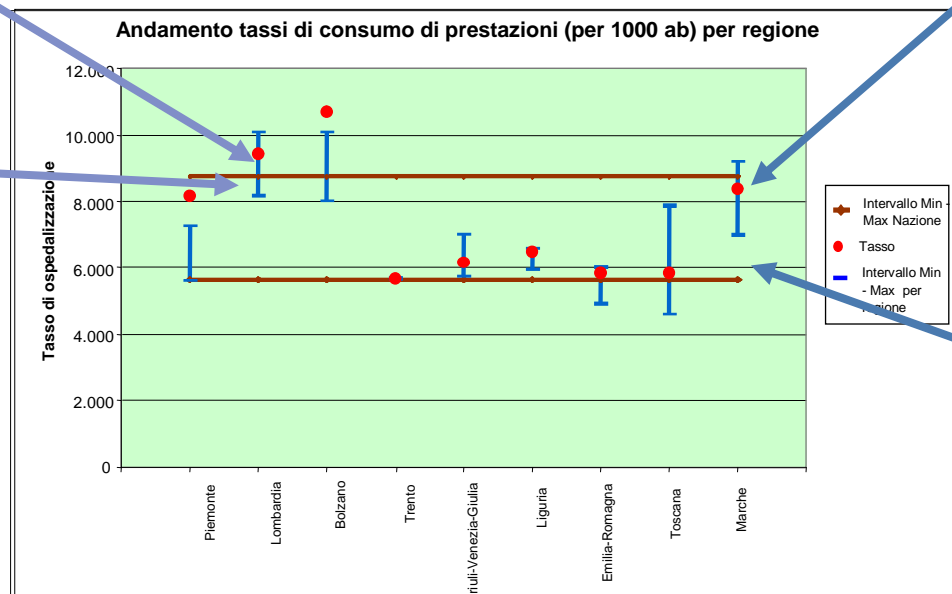
Risultati: Per regione, Attività clinica

Fascia di età: 65-74 anni

Media della regione

Terzo quartile

Primo e terzo quartile della regione



Primo quartile

Risultati: Intervalli, Attività laboratorio (tabella)

Primo quartile

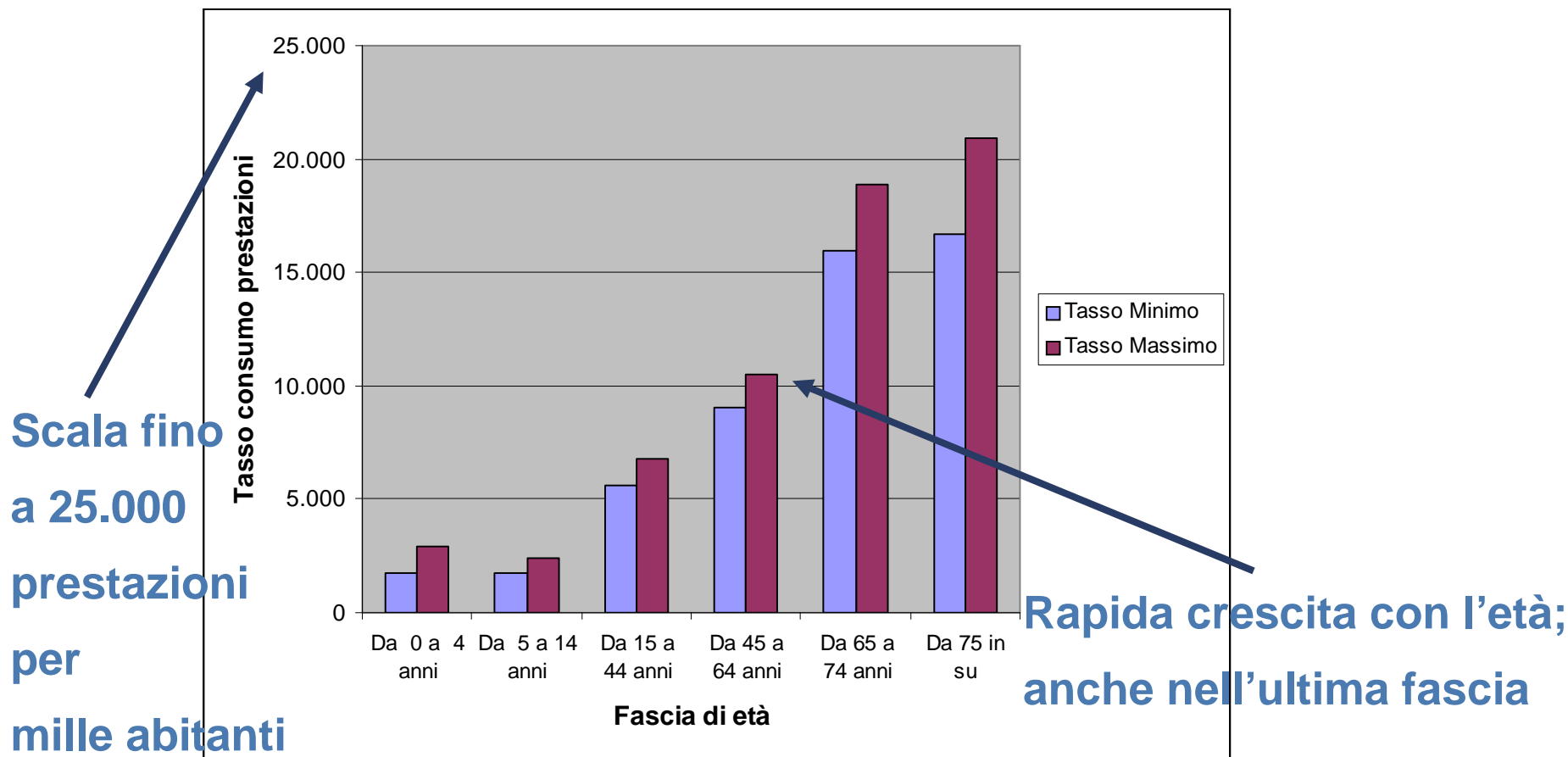
Terzo quartile

Fascia di età	Tasso Minimo	Tasso Massimo	Ampiezza relativa
Da 0 a 4 anni	1.729	2.892	67%
Da 5 a 14 anni	1.743	2.421	39%
Da 15 a 44 anni	5.636	6.790	20%
Da 45 a 64 anni	9.043	10.481	16%
Da 65 a 74 anni	15.953	18.862	18%
Da 75 in su	16.703	20.904	25%

L'ampiezza è maggiore per i giovani.

Proposta di standard di riferimento (mille abitanti) per fascia di età riferito all'attività di laboratorio.

Risultati: Intervalli, Attività laboratorio (grafica)



Proposta di standard di riferimento (mille abitanti) per fascia di età riferito all'attività di laboratorio.

Risultati: Intervalli, Diagnostica immagine (tabella)

Primo quartile

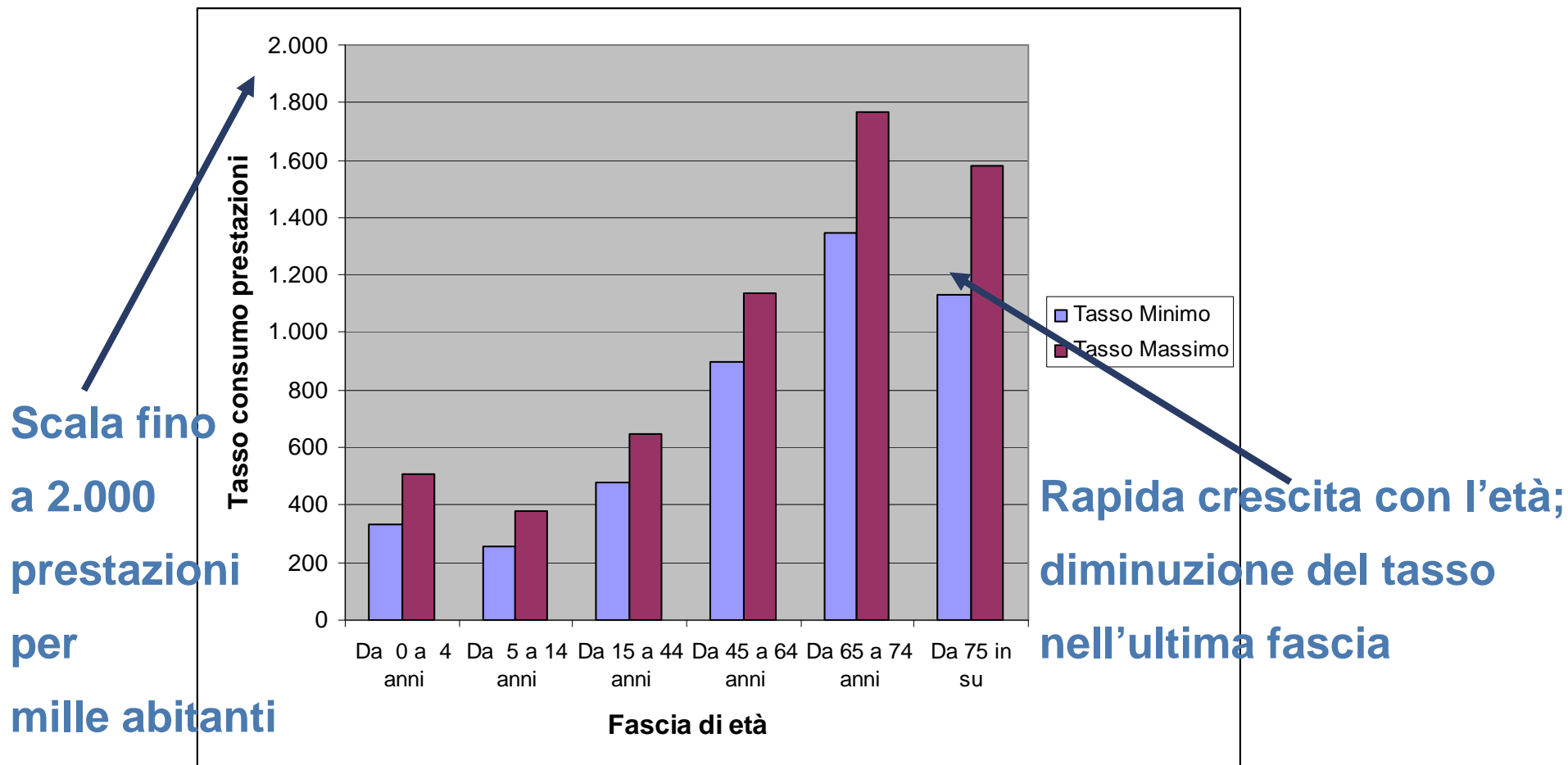
Terzo quartile

Fascia di età	Tasso Minimo	Tasso Massimo	Ampiezza relativa
Da 0 a 4 anni	332	508	53%
Da 5 a 14 anni	255	380	49%
Da 15 a 44 anni	475	648	36%
Da 45 a 64 anni	899	1.135	26%
Da 65 a 74 anni	1.348	1.766	31%
Da 75 in su	1.130	1.581	40%

L'ampiezza è maggiore per i giovani.

Proposta di standard di riferimento (mille abitanti) per fascia di età riferito all'attività diagnostica immagine.

Risultati: Intervalli, Diagnostica immagine (grafica)



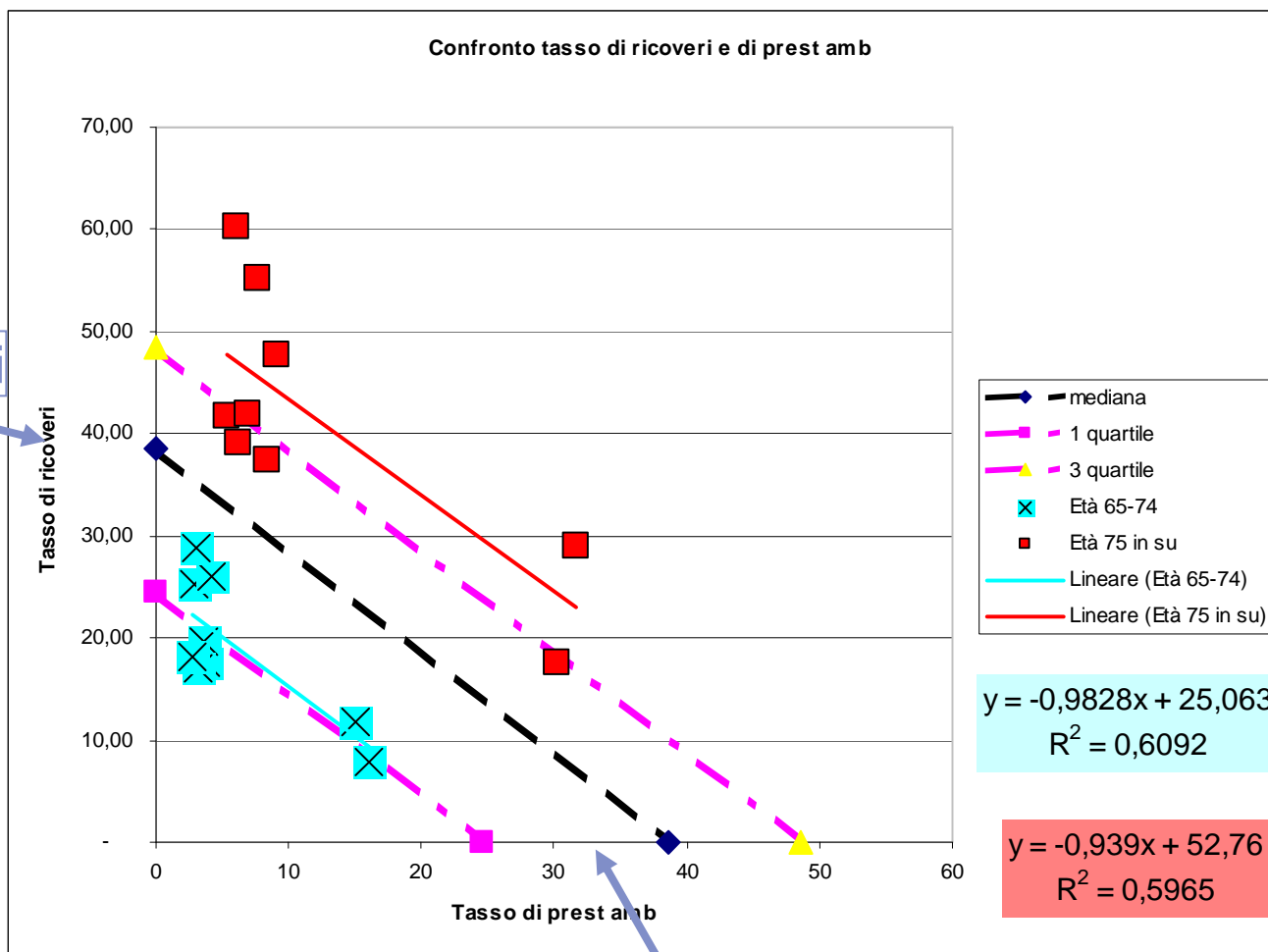
Proposta di standard di riferimento (mille abitanti) per fascia di età riferito all'attività di diagnostica immagine

Gruppo prestazioni amb		Commento
A1	Interventi ambulatoriali	Ricoveri "C": Analisi per ACC
A2	Dialisi	N° prest. amb. 300 volte n° accessi in DH
A3	Terapia fisica	DH praticamente non esistente
A4	Radioterapia	N° prest. amb. 100 volte n° accessi in DH
A5	Altre prestazioni	Non confrontabili con Ricoveri "M" (manca diagnosi)

L'unica possibilità di un confronto diretto è per gli interventi ambulatoriali (A1). Selezionati 12 ACC con più di 1.000 prest.amb. e più di 1.000 DH+RO 1 gg, pazienti da 65 anni in su.

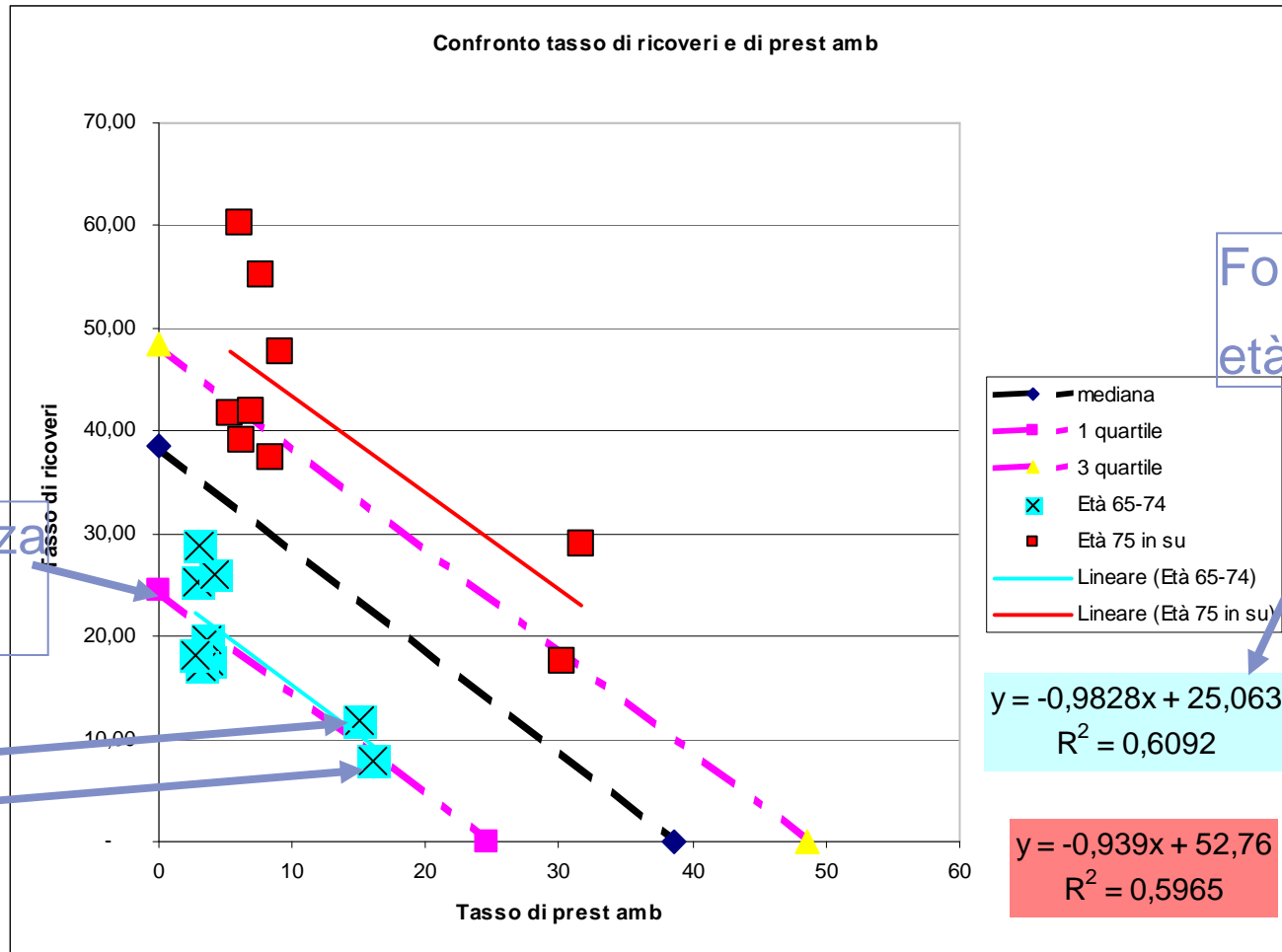
Sostituibilità: Modello grafico (1/3)

Solo ricoveri



Solo prestazioni ambulatoriali

Sostituibilità: Modello grafico (2/3)



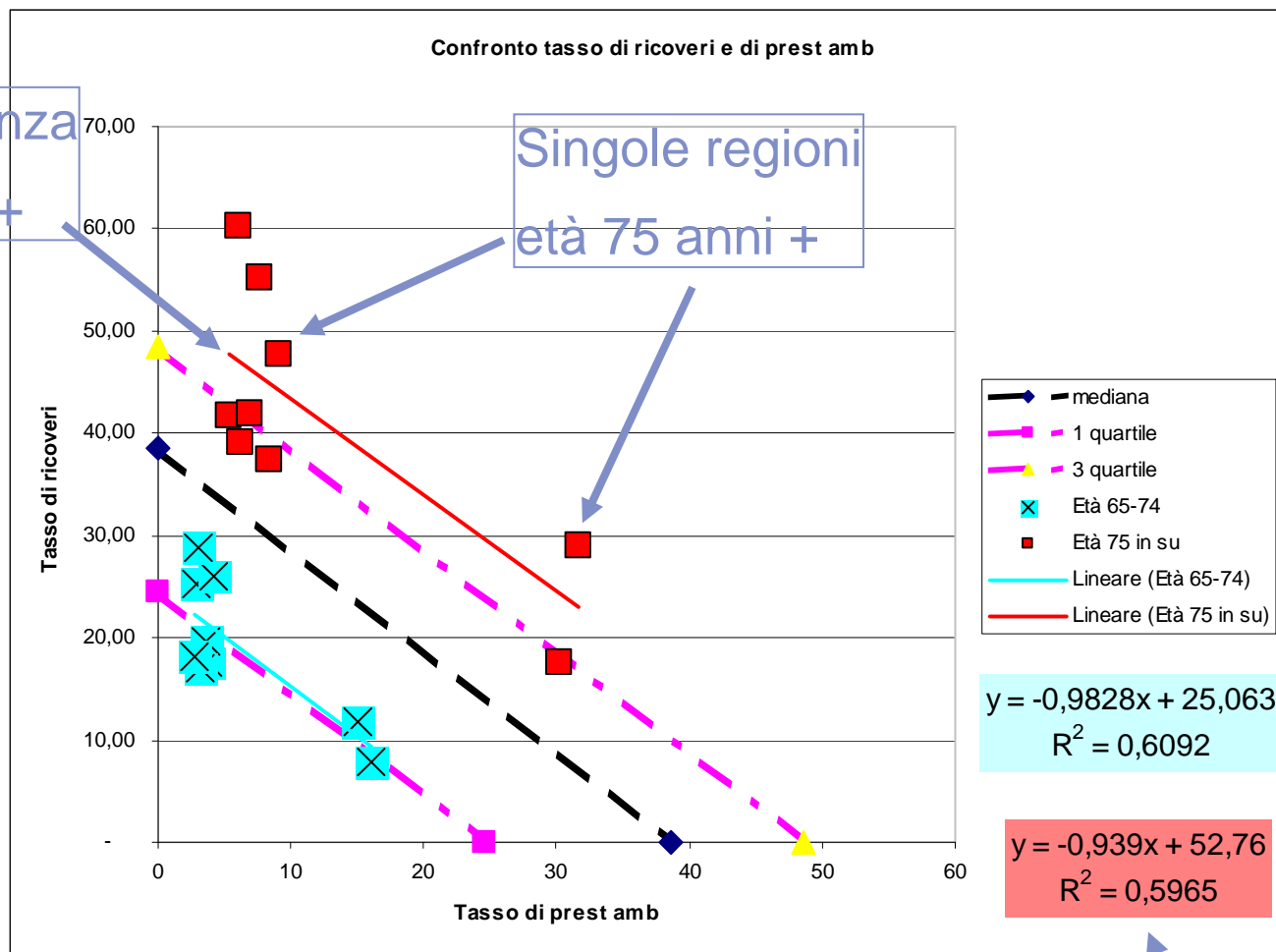
Linea tendenza età 65-74

Formula linea età 65-74

Regioni età 65-74

Sostituibilità: Modello grafico (3/3)

Linea tendenza età 75 anni +



Formula linea età 75 anni +

Sostituibilità: Esempio di tabella

ACC	15	PROCEDURE SU CRISTALLINO E PER CATARATTA				
Fascia età	Codice	Regione residenza	N° asl	Tasso amb	Tasso ricoveri	Tasso totale
65-74	010	Piemonte	19	2,86	25,19	28,05
	030	Lombardia	15	4,21	26,09	30,30
	041	P.A. Bolzano	4	3,70	17,50	21,21
	042	P.A. Trento	1	3,62	19,64	23,27
	060	Friuli-Venezia Giulia	5	15,02	11,72	26,74
	070	Liguria	4	3,20	17,02	20,22
	080	Emilia-Romagna	13	2,78	18,20	20,98
	090	Toscana	6	16,02	7,88	23,90
	110	Marche	10	2,97	28,86	31,83
	75 in su	010	Piemonte	19	5,30	41,76
030		Lombardia	15	7,66	55,31	62,96
041		P.A. Bolzano	4	8,34	37,39	45,73
042		P.A. Trento	1	9,15	47,65	56,81
060		Friuli-Venezia Giulia	5	31,69	29,03	60,72
070		Liguria	4	6,22	39,16	45,38
080		Emilia-Romagna	13	6,93	41,84	48,77
090		Toscana	6	30,25	17,62	47,87
110		Marche	10	6,04	60,31	66,36
Media					7,66	32,82
Mediana				6,13	27,48	38,61
1° quart				3,64	17,77	24,61
3° quart				8,95	41,11	48,55

I quattro ACC dei dodici con effetto sostitutivo ambulatorio - ricovero

ACC		Età 65-74		Età 75 in su		Effetto sostitutivo	Significativo
		Coeff X	R2	Coeff X	R2		
6	Decompressione nervo periferico	-0,7	0,7	-1,0	0,6	Si	Si
15	Procedure su cristallino e per cataratta	-1,0	0,6	-0,9	0,6	Si	Si
160	Altre procedure terapeutiche su muscoli e tendini	-0,7	0,4	-0,2	0,1	Si (65-74) Leggero (75-)	Si (65-74) No (75-)
172	Innesto cutaneo	-0,8	0,4	-0,2	0,0	Si (65-74) Leggero (75-)	Si (65-74) No (75-)

- **Comportamento diverso per classe di età e tipologia di prestazione.**
- **Utile e possibile uno standard nazionale in funzioni delle effettive differenze:**
 - della composizione della popolazione;
 - della risposta di altri livelli assistenziali.
- **Sostituibilità diretta tra prestazioni ambulatoriali e ricoveri per un limitato numero di prestazioni.**
- **Vero confronto tra i livelli assistenziali partendo dall'assistito (milestone 1.6 Prestazioni Distrettuali).**

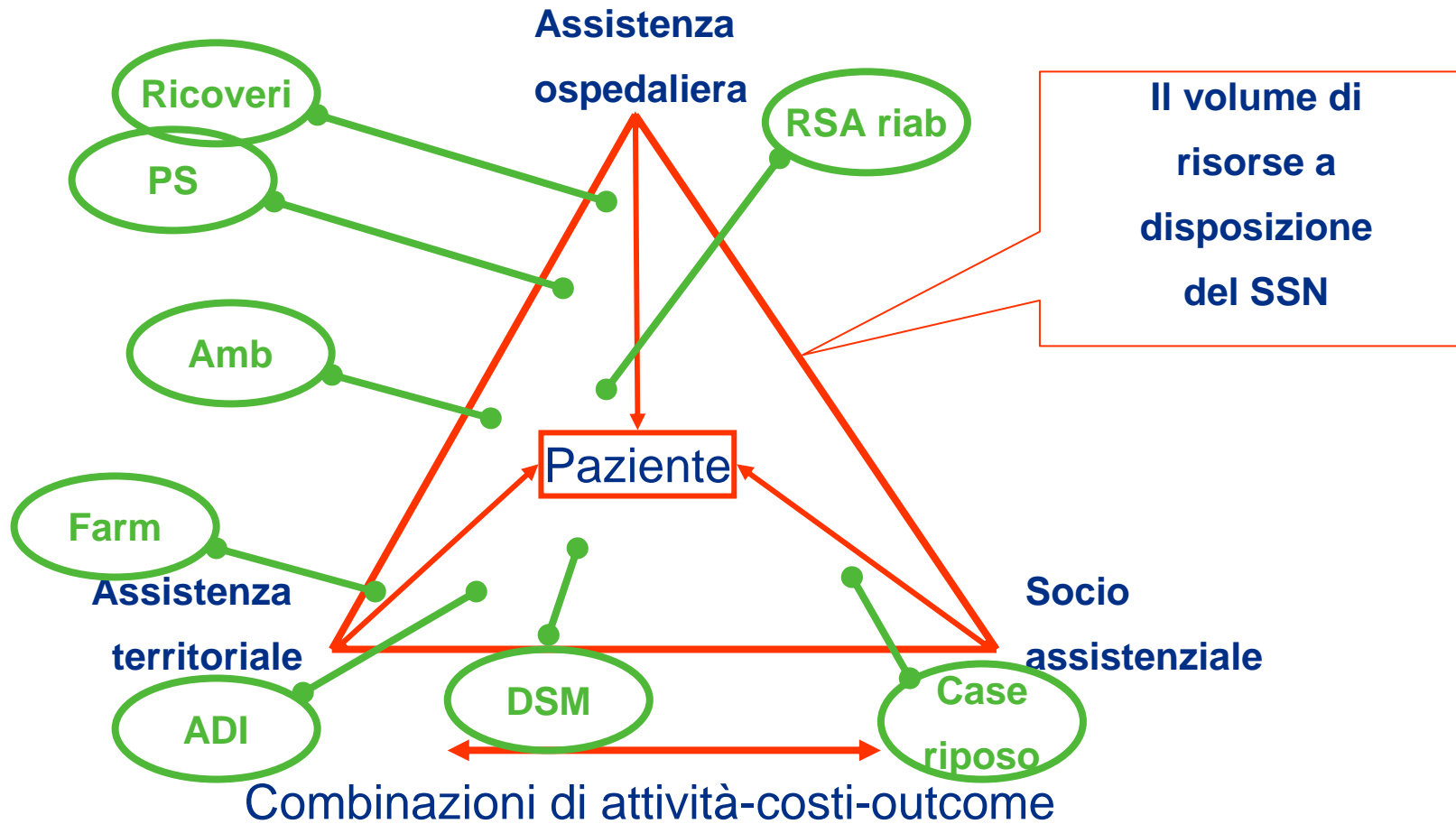
Lo studio del legame tra volume di ricoveri per singolo erogatore e outcome (mortalità intraospedaliera) è stato effettuato nel milestone:

- ricoveri ospedalieri (già approvato dalla Cabina di regia)

La descrizione del consumo di prestazioni dei residenti in relazione ai livelli assistenziali si è svolta nei seguenti milestone:

- Ricoveri ospedalieri (già approvato dalla Cabina di regia)
- Prestazioni ambulatoriali (condiviso con il gruppo allargato)
- Prestazioni distrettuali** (condiviso con il gruppo allargato)

Bilanciamento costi-qualità del SSN



All'interno delle risorse disponibili è necessario monitorare il bilanciamento costi-qualità dei diversi livelli assistenziali del servizio sanitario.

Ridefinizione obiettivi: Consumo di prestazioni

Il metodo deve:

- partire dai **dati del singolo assistito**.
- fornire un metodo per la **lettura dell'intero sistema sanitario**;
- permettere di **interpretare i piani e programmi sanitari (obiettivi - consuntivi)**;
- permettere di **utilizzare i flussi esistenti e, man mano che se ne realizzano di nuovi, poterli includere**;

Modello completo Prestazioni ospedaliere e distrettuali per singolo assistito

Attività: Analisi letteratura; focus sulle cronicità; collegamento con altri mattoni di metodologia di misura (outcome, appropriatezza, costi); rappresentazione grafica dei risultati.

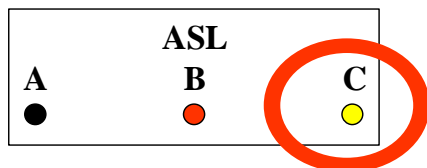
Risultati: Creato un metodo di lettura trasversale tra i livelli assistenziali; definito un percorso di applicazione rispetto ai dati disponibili; sviluppato un caso di applicazione sui dati della Regione Friuli Venezia Giulia anno 2004 e 2005

La letteratura fornisce alcuni elementi da includere nel modello:

- L'assistito al centro del sistema di rilevazione
 - anagrafe degli assistiti (dislocazione fisica, età, sesso e esenzioni)
 - patologie (consumo o esenzioni)
- Integrazione tra i livelli assistenziali (l'importanza dell'organizzazione)
- Consumo di prestazioni per mille abitanti (Contatti e Valore)
- Outcome (indicatori del contatto e dell'episodio)
- Appropriatazza organizzativa e clinica (appropriatazza del livello)
- Costi (tariffe)

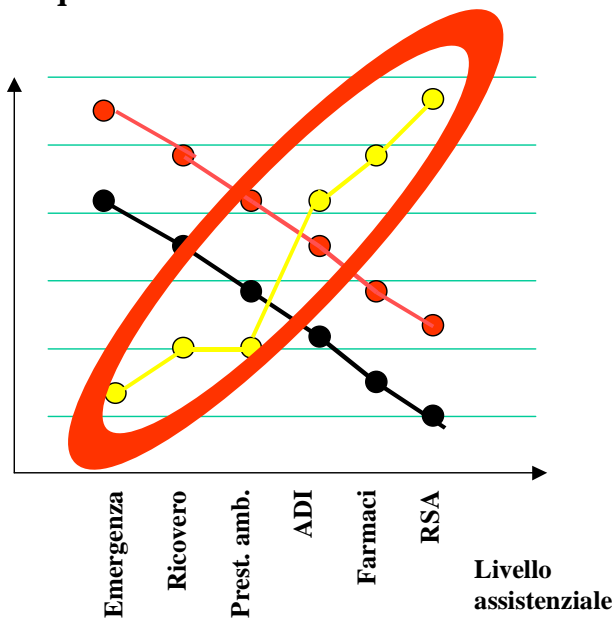
Il modello di profilo di consumo

Profili di consumo per livello assistenziale collegati ai costi ed agli indicatori

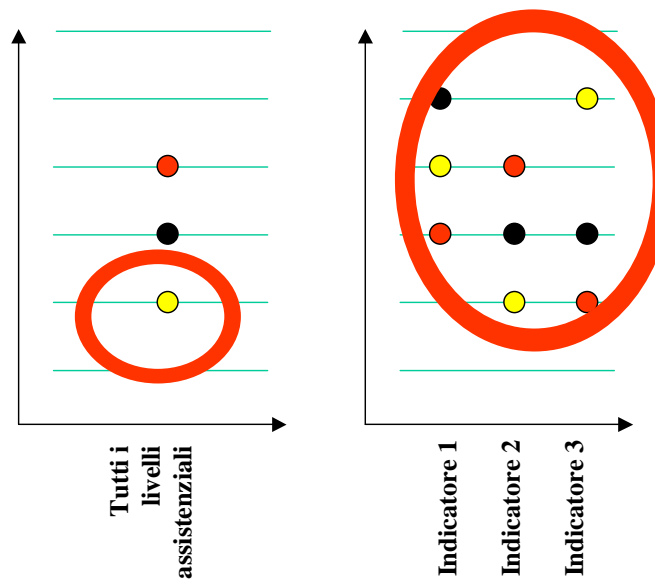


Oggetto: **Patologia**
 Classe di età
 Sesso

Frequenza relativa di Contatti di cura



Costo a tariffa relativo Outcome/performance



Collegamento tra profili di consumo, costi e qualità.

I profili di consumo per patologia

1. Definire i metodi per individuare i pazienti cronici.

2. Leggere il sistema e individuare i singoli pazienti cronici.

3. Leggere i profili di consumo di questi pazienti

Attraverso l'identificazione dei singoli assistiti è possibile monitorare la risposta del sistema sanitario ai bisogni legati alle singole patologie.

Il percorso è composto dai seguenti passi:

1. **Confronto tra anagrafi comunali e l'anagrafe sanitaria.**
2. **Valutazione dei flussi di dati disponibili.**
3. **Valutazione dei metodi proposti per assegnare una codifica di patologia cronica.**
4. **Identificazione di eventuali indicatori di qualità (performance/outcome) da associare alla lettura dei livelli di assistenza.**
5. **Confronto tra attività, costi e outcome per tipologia di paziente e per patologia.**
6. **Conclusione.**

Ha un sistema informativo integrato

Ha delle significative variazioni di consumo tra le ASL

Fa parte del gruppo di lavoro ristretto del mattone

Macro voci economiche	Costi	Flussi
	2004	
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3%	
Assistenza farmaceutica	13%	farm
Assistenza specialistica	10%	amb
Ass.programm.a domicilio (ADI)	3%	adi
Assistenza agli anziani	3%	rsa
Altra assistenza distrettuale	15%	
Assistenza distrettuale	44%	
Assistenza ospedaliera	52%	ricoveri PS
TOTALE	100%	

L'integrazione dell'attività distrettuale è la novità proposta dal metodo.

Il flussi utilizzati rappresentano circa l'80% dei costi della Regione FVG.

1. Anagrafe sanitaria e ISTAT

Età assistiti	Popolazione anagrafe ISTAT	Popolazione anagrafe sanitaria	Diff	%
da 0 a 90	1.196.116	1.225.449	29.333	2,5%
da 91 in poi	11.310	22.323	11.013	97,4%
%	0,9%	1,8%		
Totale	1.207.426	1.247.772		

L'anagrafe sanitaria sovrastima la popolazione residente in particolare dopo i 90 anni.

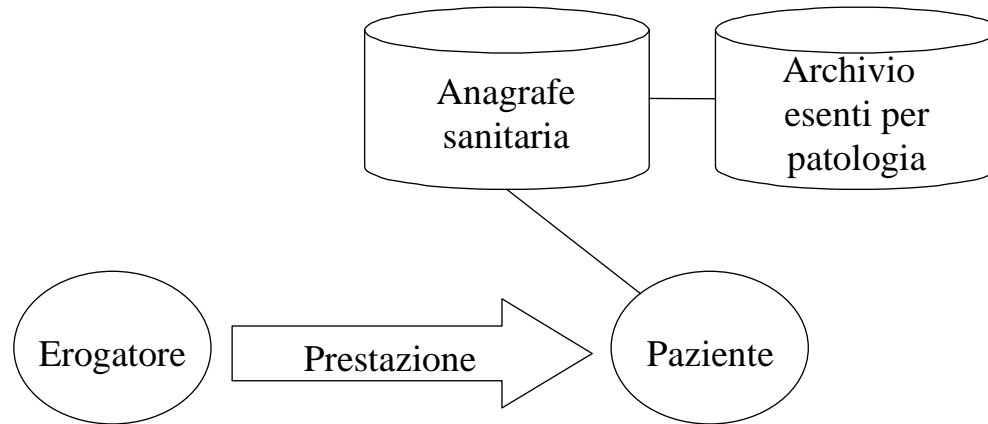
Per un confronto con il consumo della Regione FVG è utilizzabile la fascia da 0 a 90 anni dell'anagrafe sanitaria.

2. Valutazione dei singoli flussi FVG

Consumo 2004 per mille residenti

Voce	Consumo	Commento (fonte di sottostima)
Anagrafe degli esenti per patologia	n/a	Manca l'aggiornamento dopo 65 anni
Accessi di PS	344	Completo
N° ricoveri	161	Completo
N° ricette ambulatoriali	2.955	Manca circa 3% per errori di codifica
N° schede ADI	53	Completo come schede ma mancano degli accessi (20%)
N° ricette farmaceutiche	7.040	Manca il flusso F (7%) e circa 5%-10% non ricondotto al singolo paziente
N° ricoveri RSA riab.	6	Completo
Pazienti in carico DSM	n/a	Non incluso in quanto mancano i contatti.
Valore (euro)	849.776	Valore a tariffa (stima per ADI e RSA)

3. Codifica patologie croniche FVG



Flussi sanitari

- ricovero ospedaliero
- prestazioni ambulatoriali
- assistenza farmaceutica

Metodo	Copertura
Pavia	Tutte le patologia croniche
ANMCO	Una patologia: Scompenso cardiaco
FVG	Sette patologie tra cui lo scompenso cardiaco

Dal confronto tra diversi metodi di codifica si può selezionare una popolazione o sottopopolazioni con caratteristiche omogenee (e condivise).

3. Scompenso cardiaco (metodo FVG)

1. Almeno un ricovero
ultimi 4 anni con
diagnosi scompenso

22.900 assistiti

2. Consumo durante
l'ultimo anno di
angiotensina, diuretici,
beta bloccanti o digitale

16.095 assistiti

Prima si selezionano i possibili assistiti attraverso i ricoveri, successivamente si delimita questa popolazione misurando l'attuale consumo di farmaci.

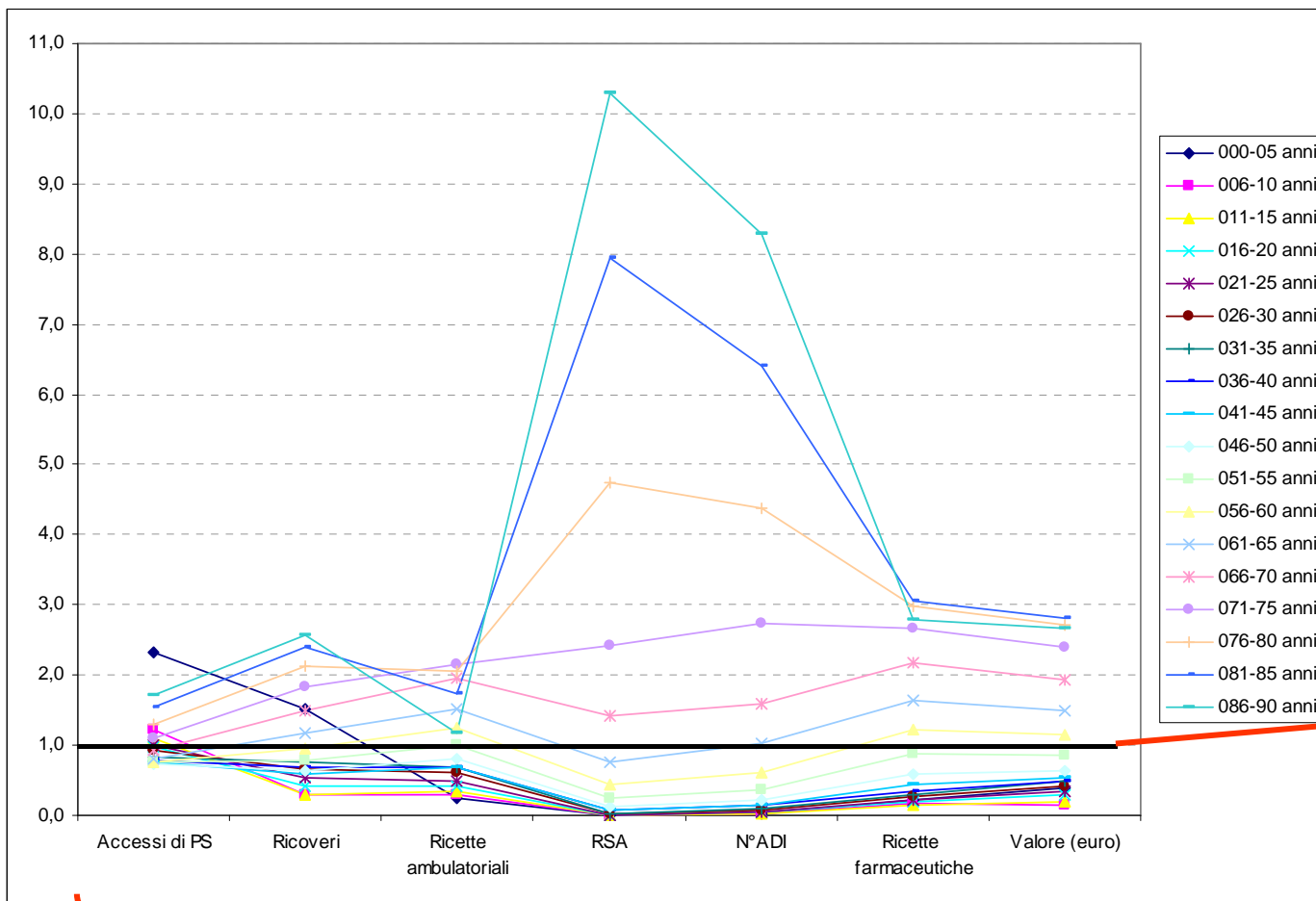
3. Definizione scompenso cardiaco

Metodo	Ricoveri	Anni	Esenzione	Farmaci	N° ass
Pavia	3 codici di diagnosi	un anno	si	no	8.092
ANMCO	idem come sopra	quattro anni	si	no	17.296
FVG	13 codici di diagnosi	quattro anni	no	si	16.095



ANMCO e metodo FVG hanno un nucleo comune di circa 14.500 assistiti.

5. Confronto profili di consumo e di costi

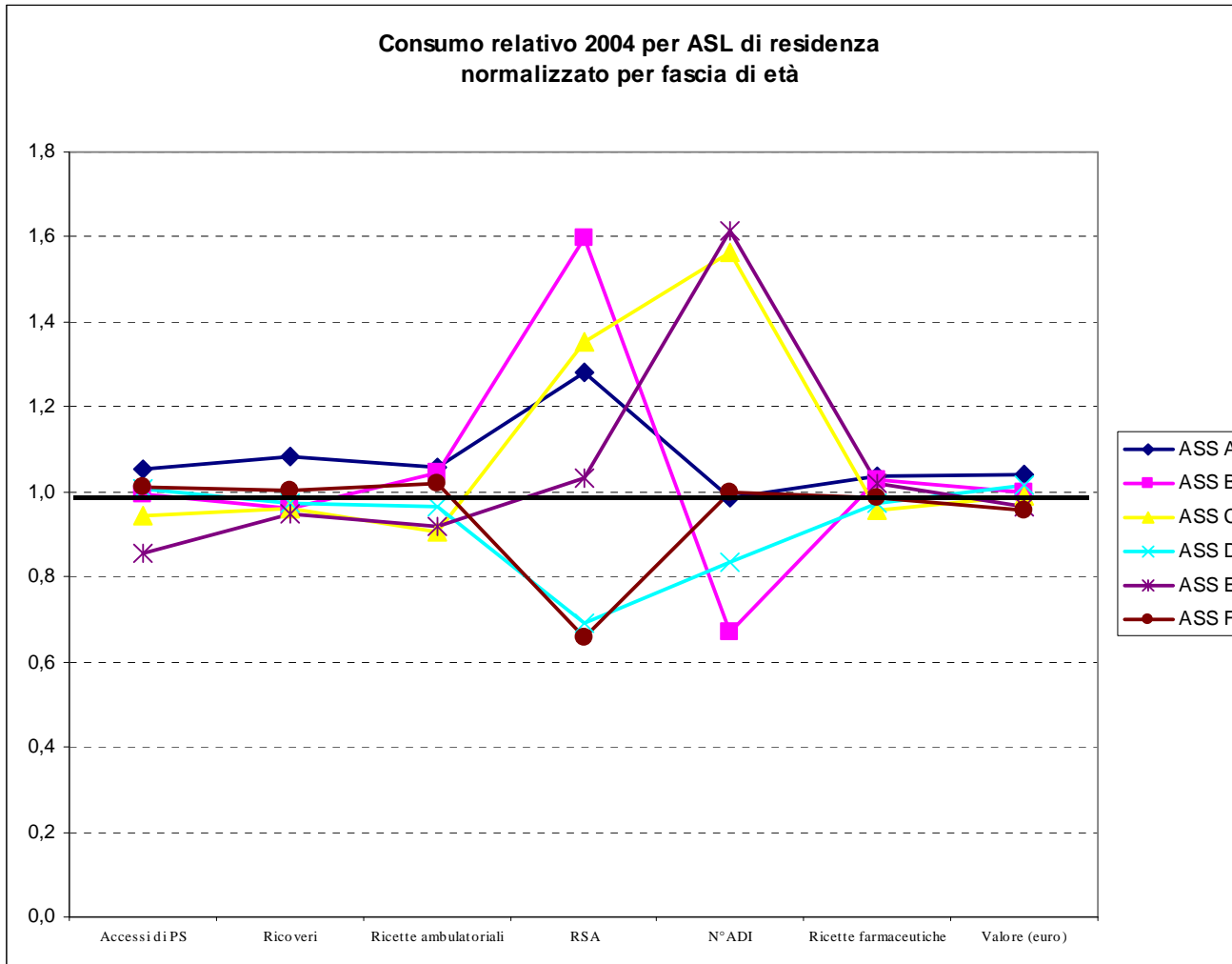


Oggetto
 Tutti gli assistiti
 Evidenziando le classi di età

Variazioni intorno al valore medio di 1,0

Profilo consumo Costo

5. Profilo di consumo per ASL



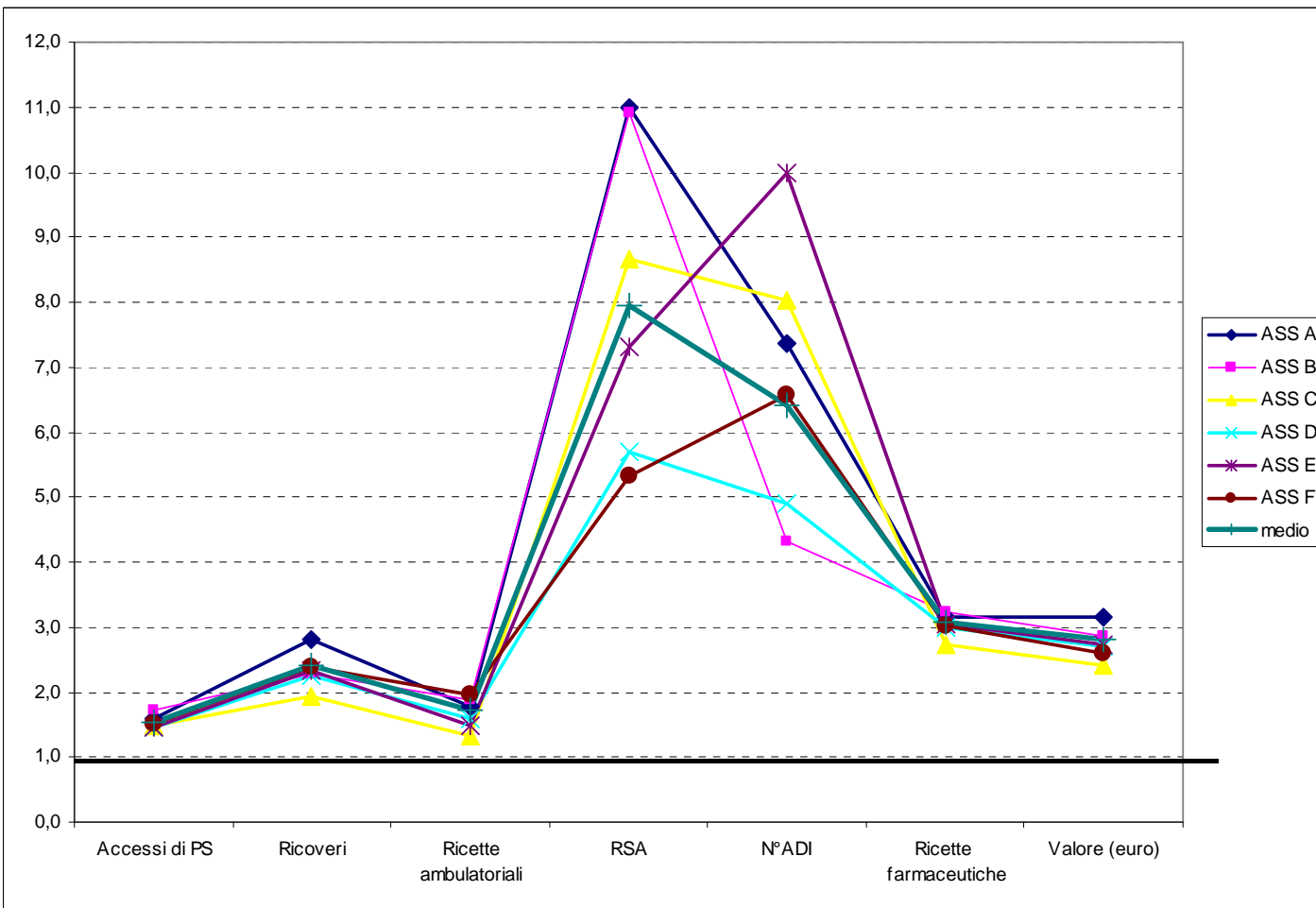
Oggetto
 Tutti gli assistiti
 Evidenziando le ASL



Valore normalizzato per differenze di classe di età.

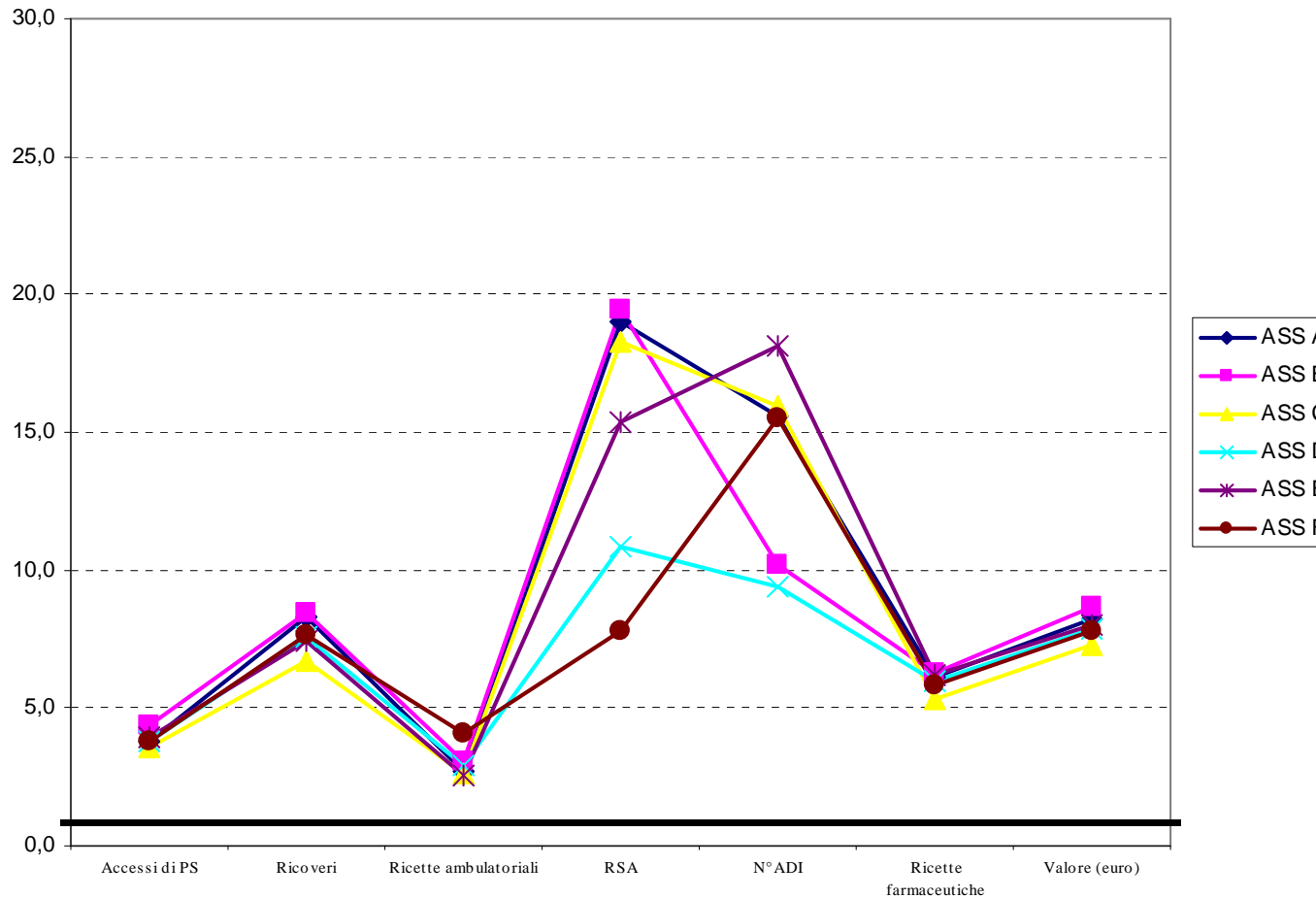
5. Profilo di consumo per ASL (81-85 anni)

Oggetto
 Tutti gli assistiti
 Classe di età 81-85
 Evidenziando le ASL



5. Per una patologia cronica e ASL

Scompenso cardiaco Consumo relativo per ASL (popolazione normalizzata) 2004

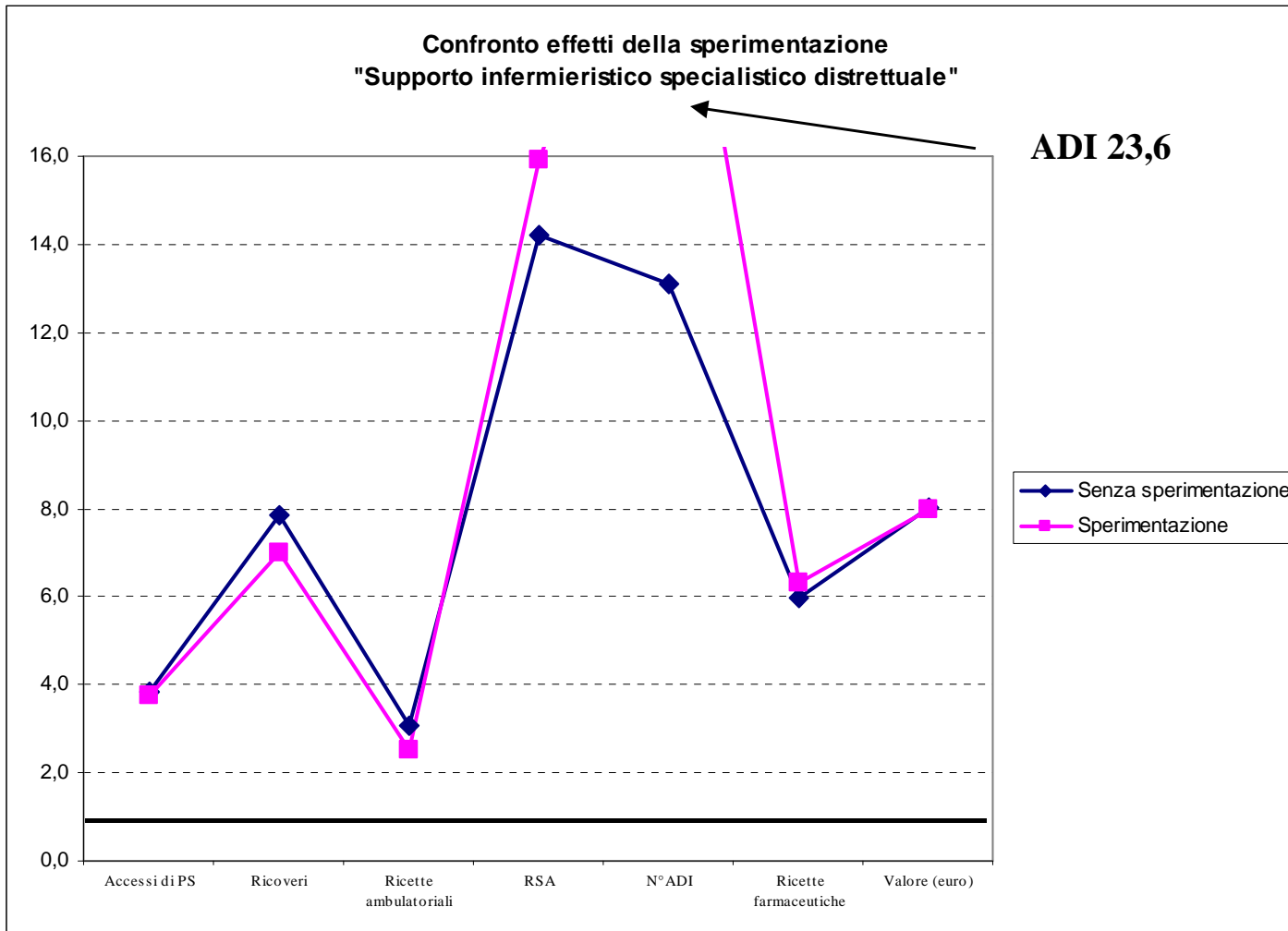


Oggetto
 Scompensati
 Tutte le classi di età
 Evidenziando le ASL



Valore normalizzato per differenze di classe di età.

5. Effetti di interventi organizzativi



Oggetto
 Scompensati
 Tutte le classi di età
 Evidenziando
 sperimentazione e
 non

Gli effetti della sperimentazione sugli scompensati sono evidenti per l'attivazione di schede ADI, per la riduzione di ricoveri e prestazioni ambulatoriali e per l'incremento di RSA riabilitativa.

E' facile attivare il metodo

Il metodo

- non necessita di cambiamenti per il personale operativo delle aziende;
- si basa sui flussi normali e permette un utilizzo sintetico dei dati rilevati;
- si inserisce come utilizzatore nella normale attivazione di flussi operativi per ciascun livello assistenziale;
- richiede l'attivazione di gruppi di lavoro per la definizione operativa di ciascuna patologia e dei relativi indicatori di outcome/performance;
- permette l'utilizzo effettivo dei risultati dei gruppi di lavoro;
- richiede una responsabilità centralizzata per l'integrazione dei flussi informativi e per il coordinamento dei gruppi di lavoro;
- richiede una procedura informatica in grado di produrre i risultati e di distribuirli a chi deve monitorare gli obiettivi regionali / locali.

Grazie per la vostra attenzione!

- Regione Piemonte
 - Mario Lombardo
 - Luigi Robino
 - Ragnar Gullstrand
 - Paolo Giraudo
- Regione FVG
 - Sandro Centonze
 - Francesca Stiore
 - Silvia Birri
- Membri del Gruppo di lavoro ristretto