

Standard minimi di quantità di prestazioni Mattone 05

Standard di sistema per le prestazioni di ricovero Milestone 1.3

25 ottobre 2006



*Regione Friuli
Venezia Giulia*



Regione Puglia

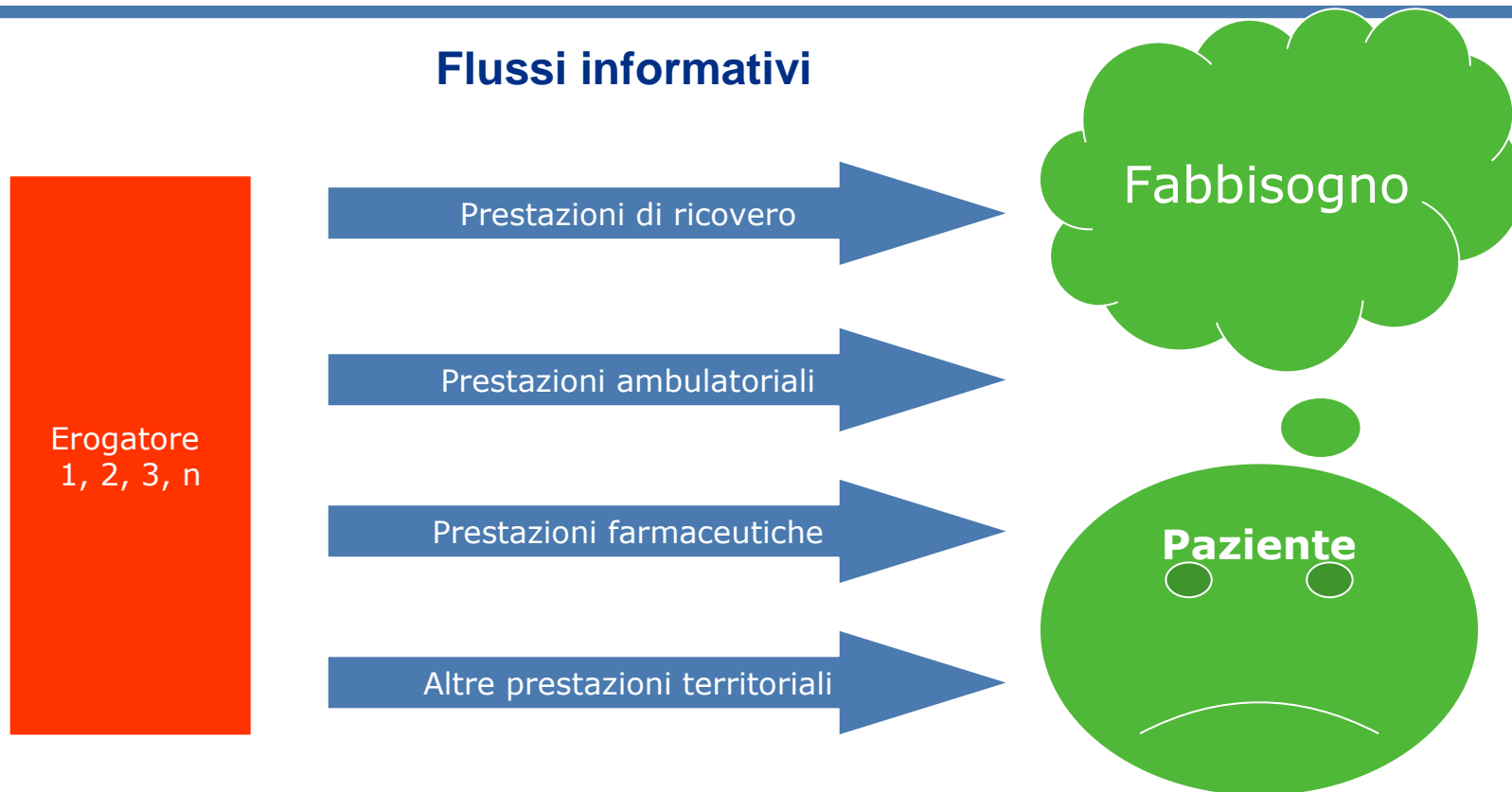


*Provincia
autonoma Trento*

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

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

LEA: "Sono definiti **essenziali** i livelli di assistenza che, in quanto **necessari** (per rispondere ai bisogni fondamentali di promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione) ed **appropriati** (rispetto sia alle specifiche **esigenze di salute** del cittadino sia alle **modalità di erogazione** delle prestazioni), debbono essere **uniformemente garantiti** su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle **necessità assistenziali** e dei rischi per la salute." (PSN 1998-2000)

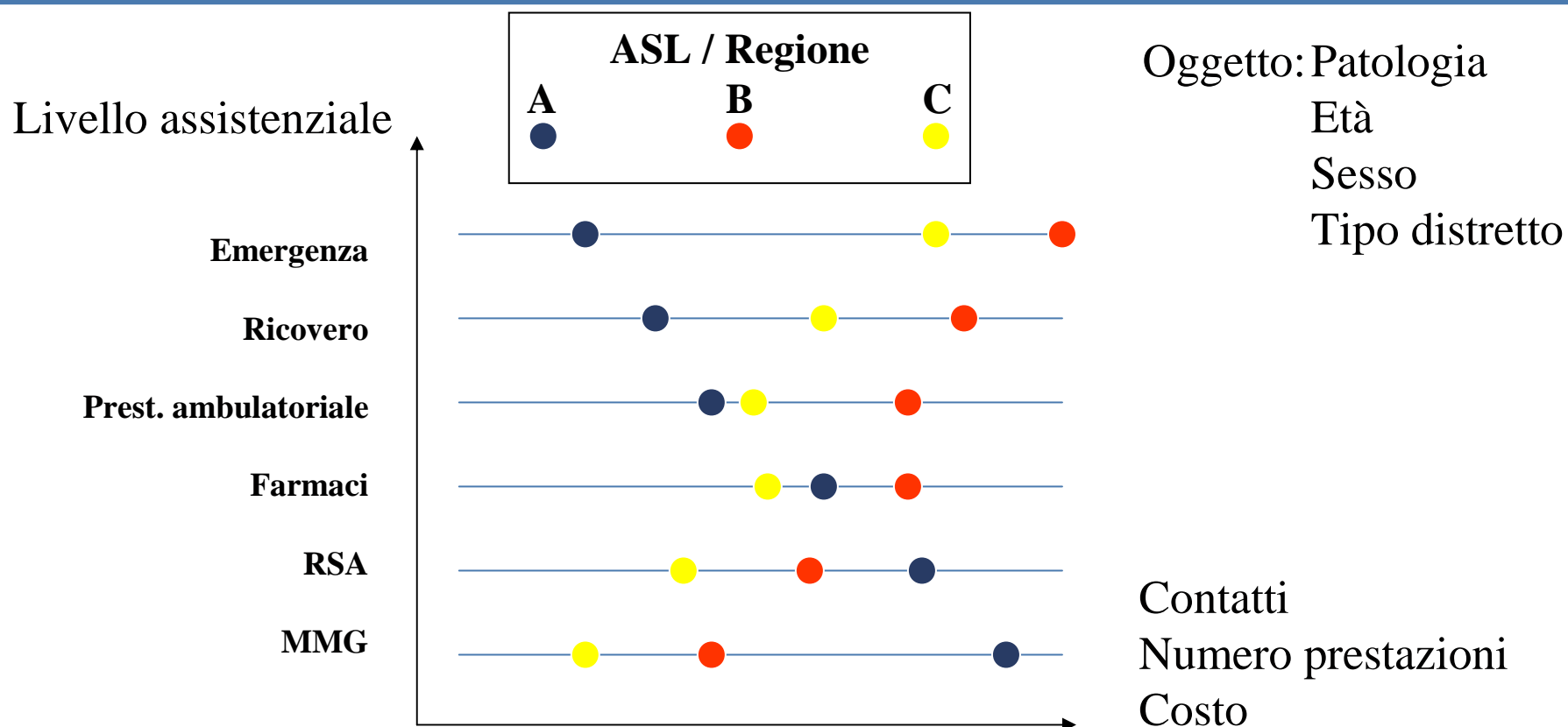


Modelli sociali diversi condizionano il ricorso ai diversi livelli di assistenza.

La disponibilità di soluzioni (DSM, rete oncologica...) determina l'erogazione per i vari livelli di assistenza.

I modelli sociali e la disponibilità di soluzioni variano nel tempo.

Consumo per livello assistenziale



Per singoli Distretti / ASL / Regioni d'Italia possono esistere diversi modelli di composizione dell'assistenza tra i vari livelli assistenziali. B rispetto a C consuma sempre di più su tutti i livelli; A rispetto a C consuma in modo diverso.

Si intende:

- presentare un modello unico riferito alle prestazioni di **tutti i livelli assistenziali** (ospedaliero, ambulatoriale, territoriale, farmaceutico...) e **utile per la programmazione** del sistema sanitario italiano;
- identificare degli **intervalli di valori accettabili** per i tassi di consumo evidenziando sia situazioni di sovrapproduzione (esempio: “sopra 180 per mille”) sia quelle di sottoproduzione (assistenza non garantita);
- valutare i tassi di consumo attraverso un **modello di adeguatezza** organizzativa;
- presentare la situazione su **vari piani**: nazionale, regionale e ASL;
- approfondire l’analisi per Capitoli di Diagnosi, Sezione di procedura e ACC.

Piano di lavoro



| Codice Milestone | Descrizione Milestone | SAL 15/10/2006 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------|--|-------------------|------|------|------|------|
| 1.3 | Definizione standard di sistema per le prestazioni di ricovero | 93% | | | | |
| 1.4 | Definizione standard di sistema per le prestazioni ambulatoriali | 20% | | | | |
| 1.5 | Definizione di standard di struttura (ricoveri) | 98% | | | | |
| 1.6 | Definizione standard di sistema per le prestazioni afferenti all'Assistenza Distrettuale | 61% | | | | |

Per il milestone 1.3, sono stati effettuati tutti i passaggi previsti fino alla Cabina di regia.

Il metodo è l'identificazione di ASL (e Regioni) con un comportamento medio rispetto a tutte le ASL italiane.

Si è definito “medio” il comportamento delle ASL nell'intervallo tra il primo e il terzo quartile. Rispetto a questi due limiti ogni ASL può trovarsi sopra, dentro oppure sotto.

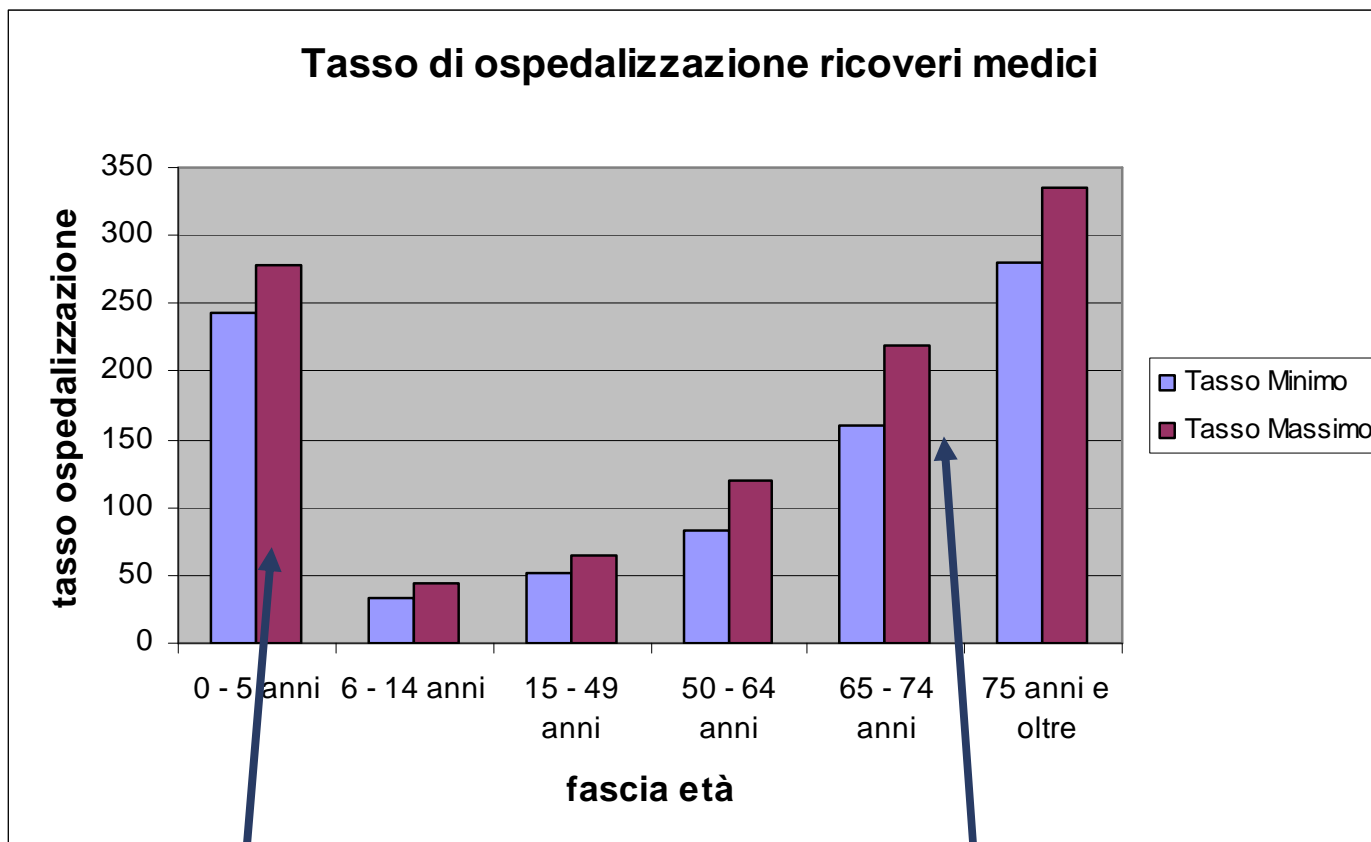
Le ASL sopra e sotto possono essere soggetti di verifica anche in funzione del consumo degli altri livelli assistenziali

Il metodo prevede la presentazione dei dati in modo stratificato per tipologia di ricovero (Acuzie mediche, acuzie chirurgiche e postacuzie) e fascia di età (sei fasce identificate).

E' stato applicato il metodo di adeguatezza organizzativa della Regione Piemonte, in attesa dei risultati del mattone specifico.

Il metodo è stato applicato sui ricoveri nazionali 2002.

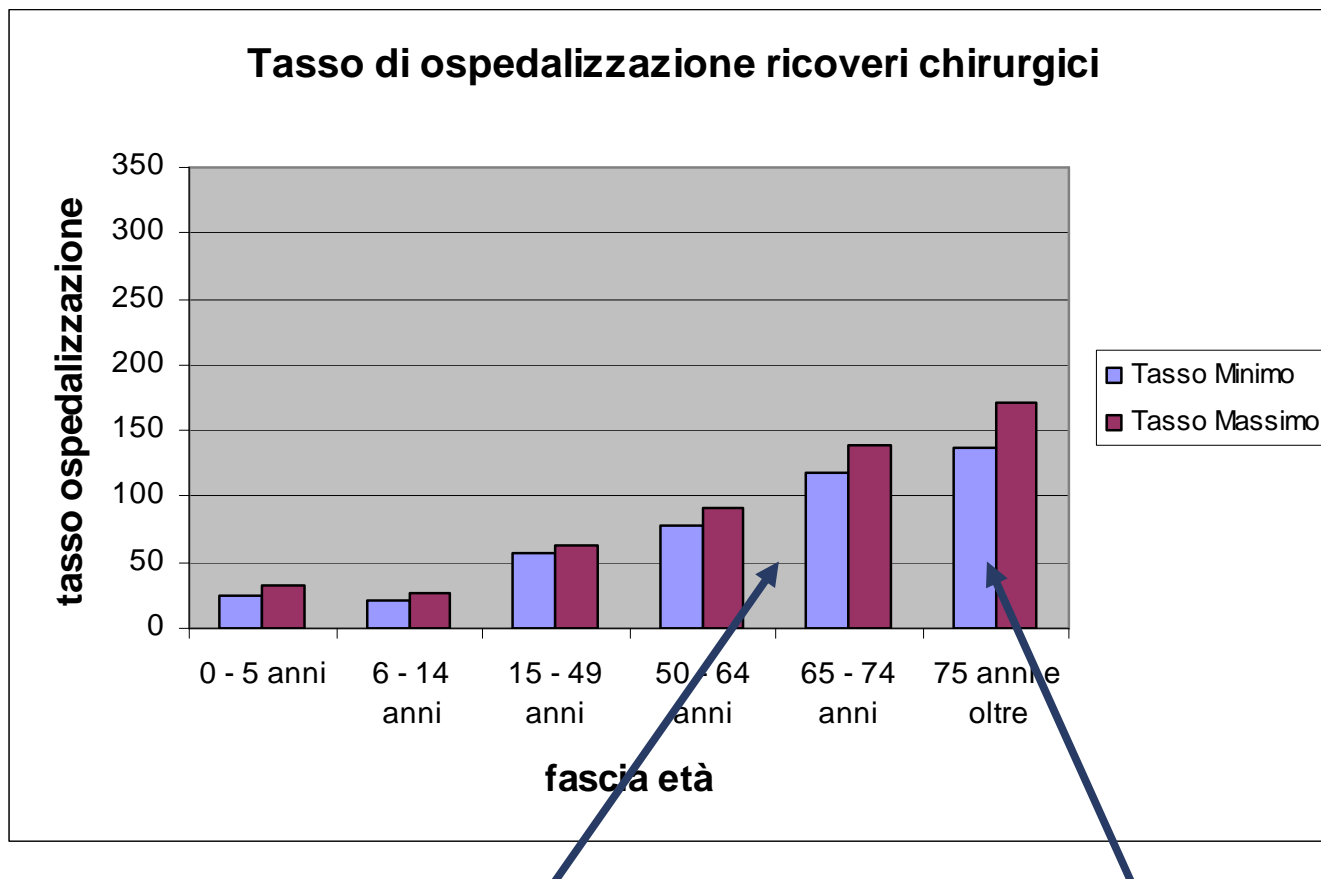
Risultati: intervalli di tassi "M" (2002)



Rapida crescita con l'età.

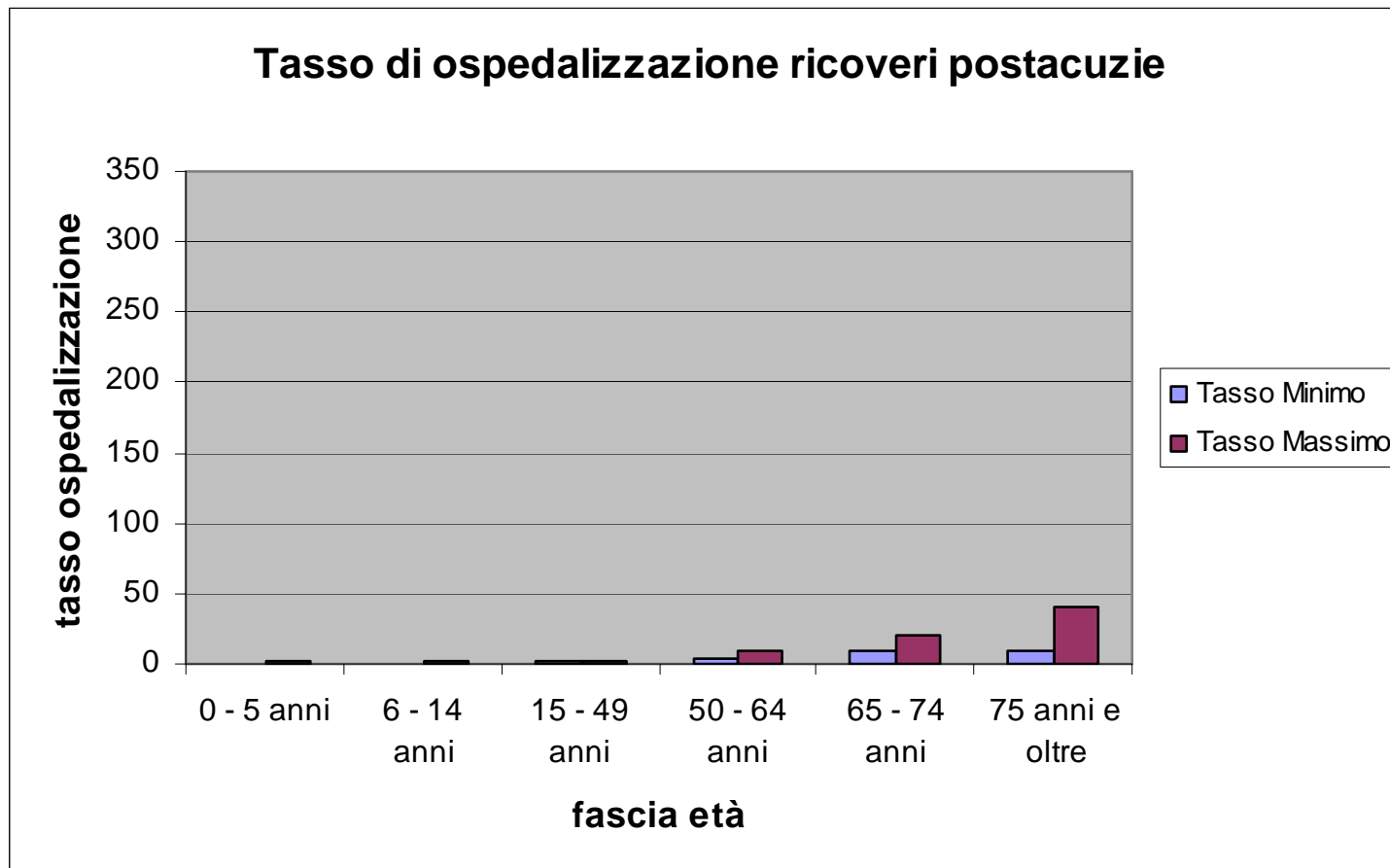
Inclusa la nascita nella fascia di età 0-5 anni.

Risultati: intervalli di tassi "C" (2002)



Crescita meno rapida con l'età; rallentamento per l'ultima fascia.

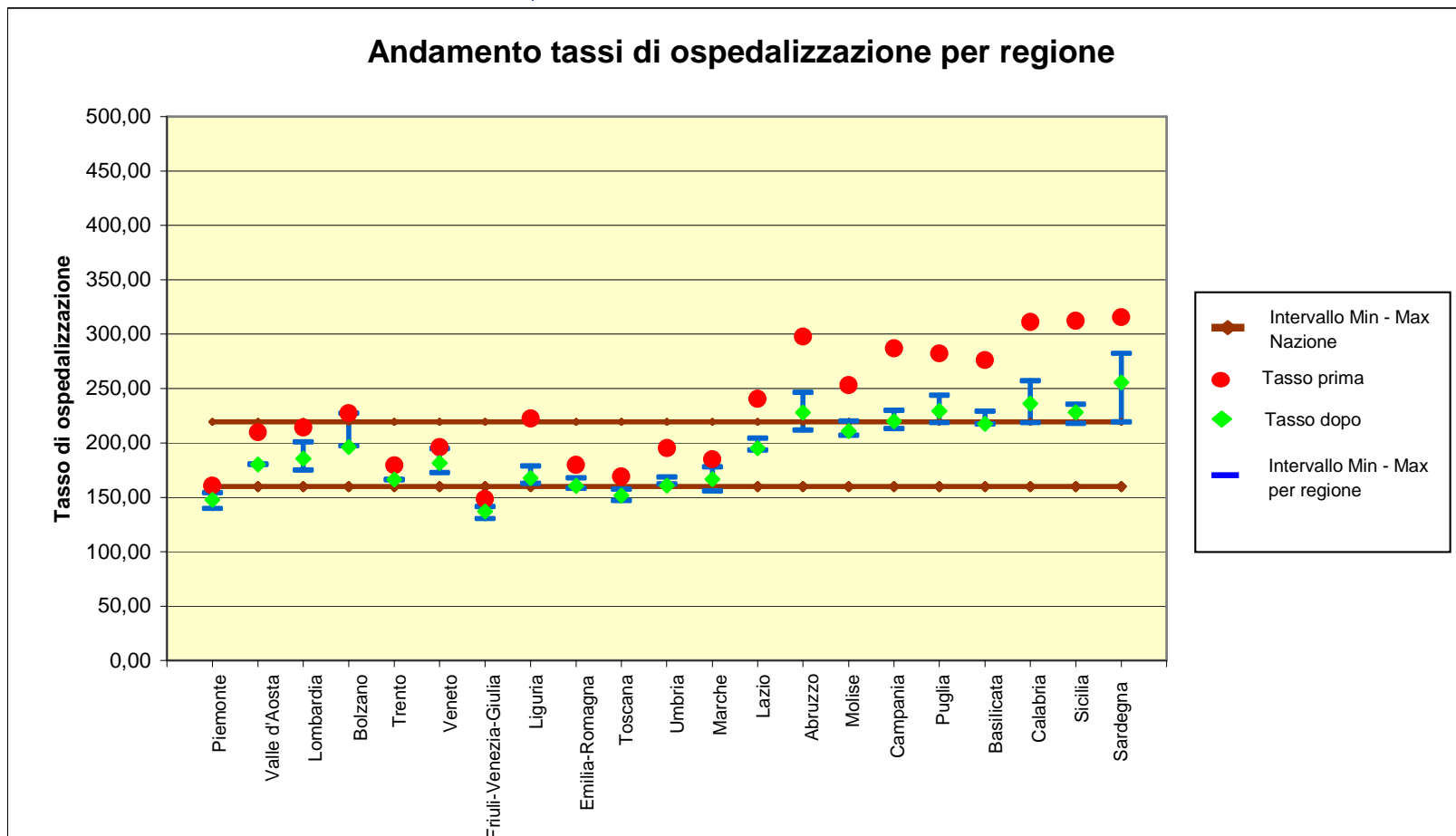
Risultati: intervalli di tassi “Post” (2002)



L’alta variabilità tra le ASL non permette di esprimersi sul fabbisogno “normale” di postacuzie.

Risultato: per regione ricoveri "M" (2002)

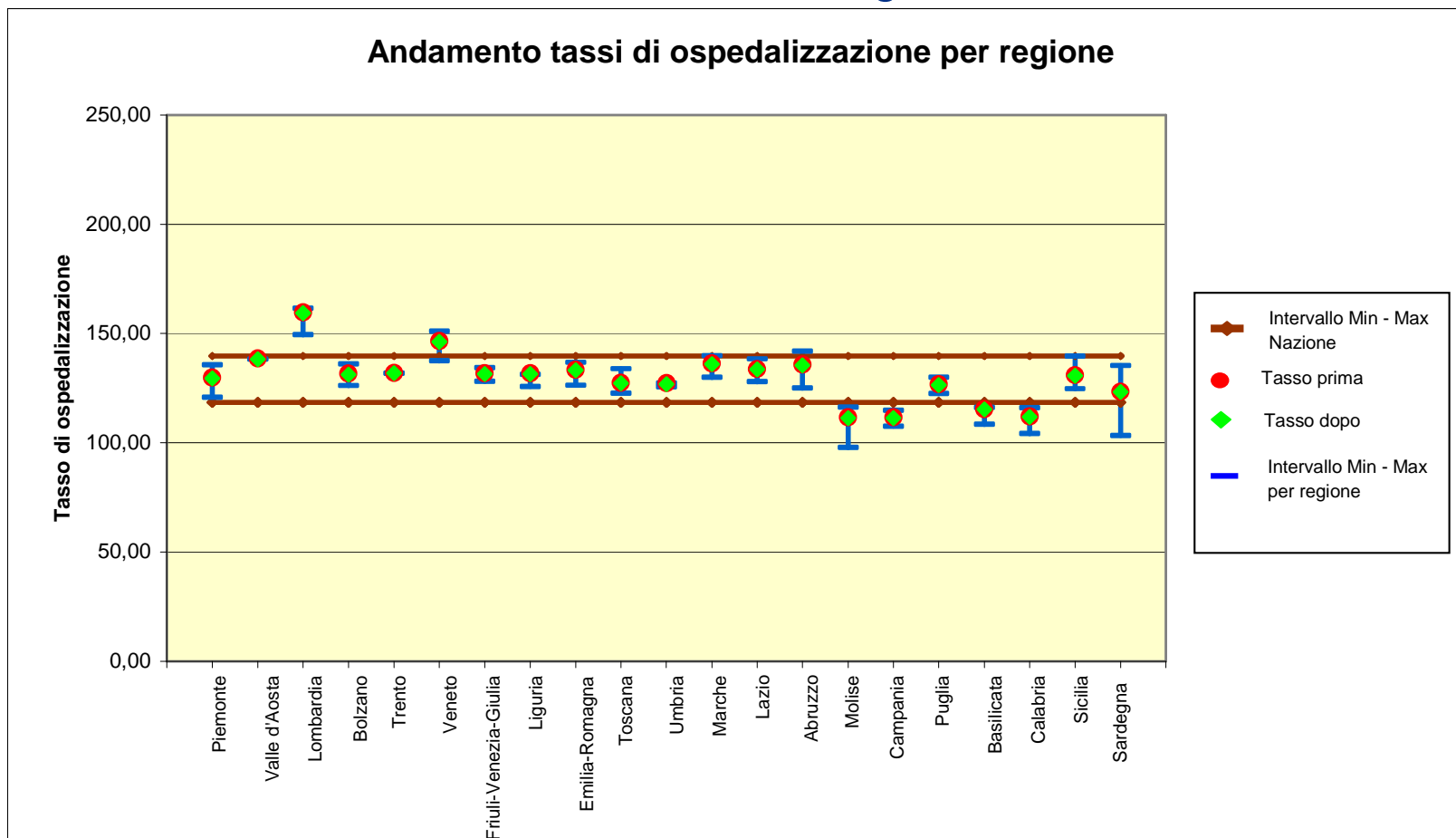
Fascia di età: 65-74 anni, ricoveri medici



Le regioni del sud presentano tassi più alti e più sensibili all'effetto del modello di adeguatezza organizzativa.

Risultato: per regione ricoveri “C” (2002)

Fascia di età: 65-74 anni, ricoveri chirurgici



Comportamento mediamente più uniforme e meno sensibile all'effetto del modello di adeguatezza organizzativa.

- **Esiste un comportamento diverso tra le ASL e le Regioni italiane per classe di età e tra ricoveri medici e chirurgici (i tassi di postacuzie dipendono in modo estremo dall’offerta).**
- **Queste differenze devono essere esplicitate in uno standard nazionale anche in funzioni delle effettive differenze:**
 - della composizione della popolazione;
 - della risposta di altri livelli assistenziali.
- **Tra le Regioni esiste una notevole differenza di sensibilità dei dati al metodo di adeguatezza organizzativa applicato.**
- **Si condivide la necessità/opportunità di avviare un tavolo di confronto tra i referenti del presente Mattone, del Mattone “Misura dell’appropriatezza” e il gruppo tecnico della Commissione LEA. Lo scopo sarà quello di garantire un armonica integrazione dei lavori fino ad oggi realizzati e sviluppare gli ulteriori opportuni approfondimenti di uno standard di sistema per le prestazioni di ricovero (restano ancora da definire le modalità operative: obiettivi specifici, piano di lavoro e risorse).**