L'appropriatezza a supporto della sostenibilità dei LEA

Gli indicatori di esito dell'AGENAS

Caserta, 31/03/2017

DEFINIZIONE

- Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, definibile come *Stima, con disegni di studio osservazionali (non sperimentali), dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari*, come descritto al punto 2 dell'allegato alla deliberazione assunta dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 24 gennaio 2013

FUNZIONI

- PNE è costituito dalle funzioni di valutazione e livello nazionale e dalle funzioni di valutazione a livello regionale. In particolare PNE promuove e supporta programmi regionali di valutazione di esito, che, per le caratteristiche di maggiore validità dei sistemi informativi regionali e locali, possono produrre valutazioni integrative, talora di maggiore validità, rispetto a quelle nazionali.
- Agenas attraverso PNE collabora con le competenti strutture del Ministero della salute e delle Regioni e PP.AA. per lo sviluppo e l'integrazione di tutti i sistemi informativi del SSN, ai fini della loro utilizzazione nelle valutazioni di esito.
- PNE promuove la discussione ed il confronto con i professionisti, le loro associazioni e società scientifiche, sui temi della valutazione di esito.
- PNE propone, promuove, supporta e gestisce programmi di ricerca e di sperimentazione per lo sviluppo di metodi di valutazione e la loro applicazione nel SSN.

FONTI

Esistono due tipologie di Fonti per l'elaborazione del Programma Nazionale Esiti:

- Fonti Normative

- Fonti Informative

FONTI NORMATIVE

- <u>l’ Art 15 comma 25bis della legge 135 / 2012</u>

“*ai fini della attivazione dei programmi nazionali di valutazione sull'applicazione delle norme di cui al presente articolo, il Ministero della salute provvede alla modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale, anche quando gestiti da diverse amministrazioni dello Stato, ed alla interconnessione a livello nazionale di tutti i flussi informativi su base individuale. Il complesso delle informazioni e dei dati individuali così ottenuti è reso disponibile per le attività di valutazione esclusivamente in forma anonima ai sensi dell'articolo 35 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.* ***Il Ministero della salute si avvale dell'AGENAS per lo svolgimento delle funzioni di valutazione degli esiti delle prestazioni assistenziali e delle procedure medico-chirurgiche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale****. A tal fine, AGENAS accede, in tutte le fasi della loro gestione, ai sistemi informativi interconnessi del Servizio sanitario nazionale di cui al presente comma in modalità anonima.*”

- l’Art 4, comma 1, lettera f) del DL 158 /2012 (che modifica comma 3 dell’articolo 17 del Decreto Legislativo 502 /1992)

“***ciascuna regione promuove un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità***, *finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate*, ***in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti*** *dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ed il coinvolgimento dei direttori di dipartimento*”

- la deliberazione assunta dalla Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 20 del 24 gennaio 2013.

La Conferenza Stato Regioni ha deliberato "*l'individuazione del progetto interregionale "Portale della trasparenza dei servizi per la salute" quale ammesso a finanziamento, con l'utilizzo delle risorse accantonate con la delibera CIPE n. 16 del 20 gennaio 2012 ("Ripartizione delle quote vincolate per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale nell'ambito del FSN 2011") per il finanziamento di un progetto interregionale in materia di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari di cui in premessa*"

Tra le tre linee di intervento del progetto di comunicazione ai cittadini per l'accesso ai servizi sanitari, è indicato il Programma Nazionale Esiti.

DECRETO MINISTERIALE N. 70 DEL 2 Aprile 2015

«Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»

Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	**150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per struttura complessa**
Colecistectomia laparoscopica	**100 interventi annui per struttura complessa**
Intervento chirurgico per frattura di femore	**75 interventi annui per struttura complessa**
Infarto miocardio acuto	**100 casi annui di inferti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale**
By pass aorto-coronarico	**200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per struttura complessa**
Angioplastica coronarica percutanea	**250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in inferto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)**
Maternità	**Si applicano le soglie minime di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010**

- L'allegato tecnico B del decreto del Ministero della Salute del 21 giugno 2016 "Piani di cui all'articolo 1, comma 528, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici."

Dispone che *"il PNE pubblichi annualmente, in un'area appositamente riservata del proprio sito, la valutazione, nei termini sopra descritti, di ogni singola Azienda, insieme all'elenco aggiornato degli ambiti assistenziali di valutazione e degli indicatori con i corrispondenti pesi e fasce, in relazione agli eventuali avanzamenti occorsi nella documentazione scientifica di settore."*

Inoltre, stabilisce che *"Negli anni successivi al 2016 la sussistenza delle condizioni di Cui all'art. 1, comma 524, lettera b) sarà operata a partire dalla Valutazione più recente disponibile desunta dal Programma Nazionale Esiti (PNE)."*

FONTI INFORMATIVE

- Sistema Informativo Ospedaliero (SIO)

Il Sistema Informativo Ospedaliero raccoglie le informazioni di tu i ricoveri ospedalieri (in acuzie e postacuzie) registrati in Italia.

- **La scheda di dimissione ospedaliera (SDO)**

- Sistema Informativo Anagrafe Tributaria

- Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR)

CONSIDERAZIONI

Il Programma Nazionale Esiti (PNE) elaborato da AGENAS può essere considerato come strumento di valutazione a supporto dei programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'equità delle attività sanitarie. Pertanto esso non può e non deve essere inteso quale pretesto per classifiche, graduatorie o giudizi sommari.

L'analisi degli indicatori indubbiamente è complessa in quanto le variabili in gioco (ad esempio tipologia delle prestazioni erogate, bacino d'utenza, complessità dei casi trattati) sono molteplici e difficili da comprendere in tutti i loro significati. Basti pensare che gli stessi dati comunicati dagli ospedali attraverso le schede di dimissione ospedaliera (SDO) potrebbero contenere degli errori alla fonte. Tutto ciò deve indurre a maneggiare i risultati con cura e attenzione. Gli stessi specialisti incontrano difficoltà nella valutazione degli indicatori sia per la disomogeneità della casistica che afferisce alle singole strutture (altrettanto disomogenee) sia per la necessità di utilizzare fattori di correzione.

- Nessuno vuole negare l’utilità dei sistemi di valutazione e il diritto alla trasparenza per tutti, ma l’utilizzo incongruo dei risultati rischia di buttare ingiustamente nel *“tritacarne mediatico”* strutture e professionisti che quotidianamente si impegnano per garantire ai cittadini del loro territorio, il diritto alla cura in condizioni di lavoro sempre più difficili per la crescente deriva economicistica che pervade le aziende sanitarie di tutta Italia, favorita dai tagli lineari deliberati dal Governo e quindi dalle Regioni.

CORRIERE DEL MEZZOGIORNO
NAPOLI E CAMPANIA
Dir. Resp.: Marco Demarco

Il rapporto La classifica annuale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari

Assistenza ospedaliera, Campania bocciata

l'Agenas: qui i nosocomi che registrano le peggiori performances

Sanità. I risultati del rapporto Agenas

Tra gli ospedali eccelle la Toscana Male la Campania

La classifica degli ospedali

Pineta Grande Hospital
Castel Volturno

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Espresso
Settimanale
Data 05-07-2012
Pagina 133/35
Foglio 1 / 3

SPENDING REVIEW / LA SANITÀ

Il taglio comincia in CORSIA

Sette giorni di degenza per un intervento che si potrebbe fare in day hospital. A mille euro per notte. Ecco dove si spreca

Al Sud il tasso di ricovero è più alto che al Nord persino per un'influenza. Anche perché i medici di base non sono disponibili 24 ore su 24

DI ALESSANDRA CATTOI

Quattro miliardi l'anno. E quanto riuscirà a risparmiare il supercommissario Enrico Bondi razionalizzando le forniture alle Asl: dispositivi medici come spese di pulizia, lavanderia o mensa che costano annualmente al Servizio sanitario nazionale 34 miliardi di euro. E i margini per razionalizzare ci sono: dal prezzo dei di-

lia lombarda per i lunghi tempi di degenza spiega: «Quando un paziente arriva in pronto soccorso con una colica biliare noi lo ricoveriamo ma per trovare il tempo di operarlo possono passare alcuni giorni. E non serve che stia in ospedale. In un sistema efficiente si scriverebbe una lettera al medico di famiglia indicando eventuali farmaci e gli accertamenti da eseguire in ambulatorio. E poi si fis-

gli esami, vedere il medico, ambientarsi un po', mentre potrebbe presentarsi in ospedale la mattina stessa dell'intervento, portando con sé i referti degli esami eseguiti a casa. I dati raccolti dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, presieduta da Ignazio Marino, parlano chiaro: si va da un minimo di 0,7 giorni di anticipo sul ricovero in Friuli Venezia Giulia e Mar-

A leggere i dati Agenas, altri soldi si potrebbero risparmiare se non si tenessero inutilmente in ospedale le persone che si rompono il femore e hanno bisogno di un intervento. Gli ortopedici sanno che è fondamentale intervenire tempestivamente per ottenere un completo recupero, ma in Italia l'intervento si esegue entro le 48 ore dalla caduta solo nel 31 per cento dei casi. In media si passa da un solo giorno di attesa all'ospedale Villa Scassi di Genova fino ai tragici 31 giorni alla casa di cura accreditata Pineta Grande di Caserta e all'ospedale Bianchi di Reggio Calabria.

- Un altro aspetto su cui si dovrebbe riflettere è che il PNE risponde essenzialmente ad una esigenza generale del sistema sanitario di disporre di uno strumento per una diffusione omogenea della qualità delle cure in tutto il territorio nazionale.

- Nel momento in cui si avvia, in base alla spending review, una profonda revisione organizzativa della rete ospedaliera, che prevede un tasso di posti letto del 3,7 ‰ abitanti, una delle dotazioni più basse in tutta Europa (la Germania si colloca intorno all'8‰, la Francia al 6‰), è evidente che si dovranno evitare **esodi biblici di pazienti <u>da una regione all'altra con il rischio elevato di determinare un allungamento delle liste di attesa da un lato e un sottoutilizzo di strutture dall'altro.</u>**

CONCLUSIONI

- Emerge, in definitiva, l’esigenza che ogni punto della rete ospedaliera faccia il proprio mestiere per rendere la qualità delle cure accessibile a tutti. Ma questo richiede una governance adeguata del sistema, una forte responsabilizzazione delle Regioni e delle aziende sanitarie, una programmazione di lungo periodo, un coinvolgimento dei professionisti. In tale contesto il PNE può rivelarsi estremamente utile al miglioramento e alla qualità delle attività sanitarie in quanto capace di promuovere quei correttivi necessari per i vari percorsi diagnostico-terapeutici".