

Politica socio sanitaria: SSN e SSR

La comparazione dei sistemi sanitari

LA VALUTAZIONE DEI SISTEMI SANITARI

RAPPORTO SULLO STATO SALUTE POPOLAZIONE

INDICATORI DI BENESSERE E DETERMINANTI DELLA SALUTE

INDICATORI PERFORMANCE (PNE, LEA, ETC.).

Sistemi Sanitari a Confronto

Sezione 1



Sistemi sanitari: quale è l'obiettivo?



La salute ed il benessere della popolazione

Garantire un trattamento equo

Garantire un costo equo

Assicurare l'ammissibilità alle cure



SALUTE

Una condizione non più di assenza di malattia ma di completo benessere fisico, mentale e sociale

Dove gli obiettivi sono condivisi i sistemi sono diversi



Carta sociale europea art. 13 sancisce il diritto all'assistenza sanitaria
Ogni stato ha regole e sistemi propri.



Scontro tra posizioni liberiste (Trump) e posizioni regolatrici (Obama) sulla modalità di accedere ai sistemi assicurativi. Ne operano oltre 1000.



1988 – Il Brasile introduce il SUS – Sistema Unico de Saude



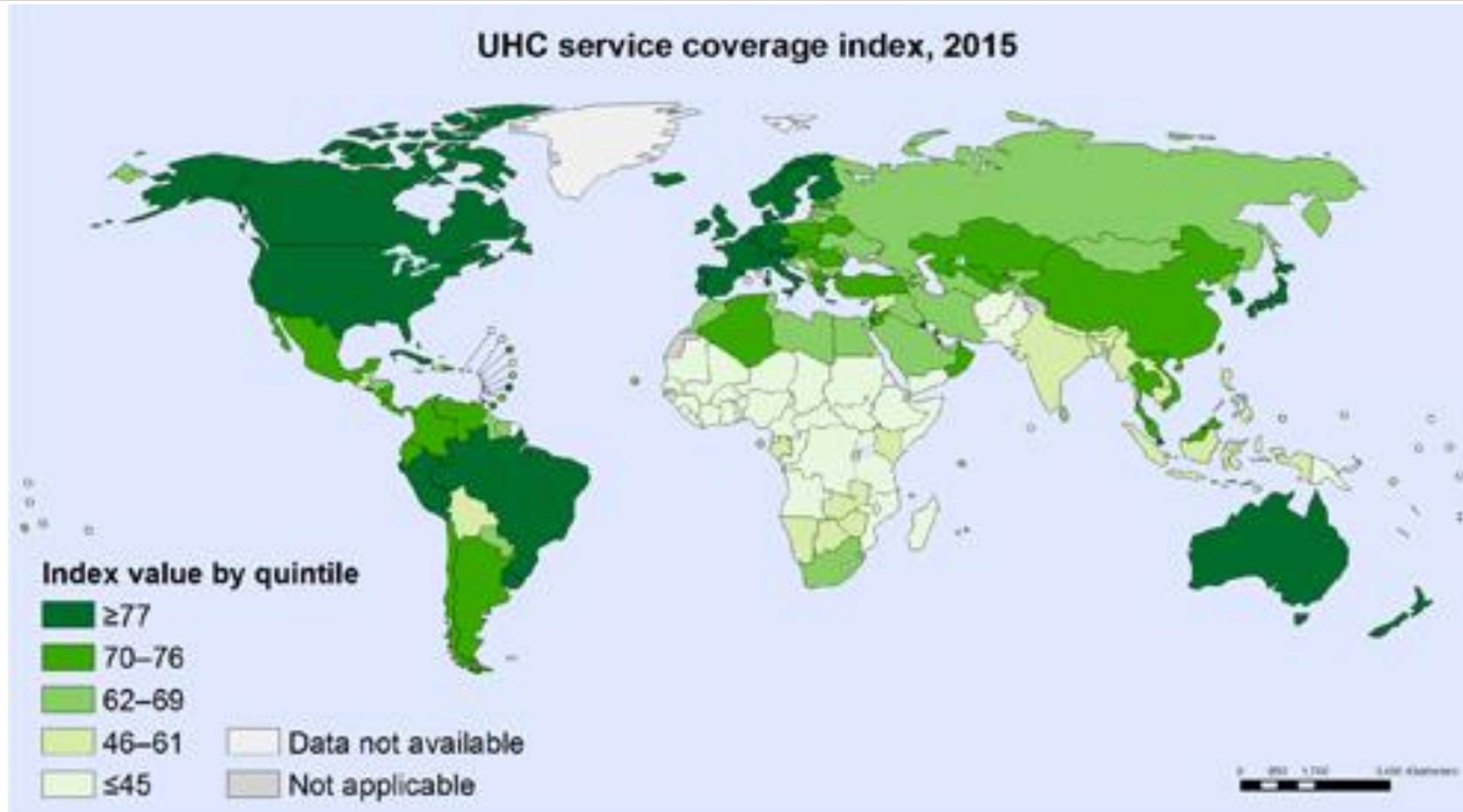
2018 – Governo federale stanziava un programma di 600 miliardi di dollari per cure ospedaliere a 100 milioni di famiglie povere (mezzo miliardo di persone) ovvero 1200 euro/anno («**Modicare**» dal nome del ministro *Narendra Modi*)



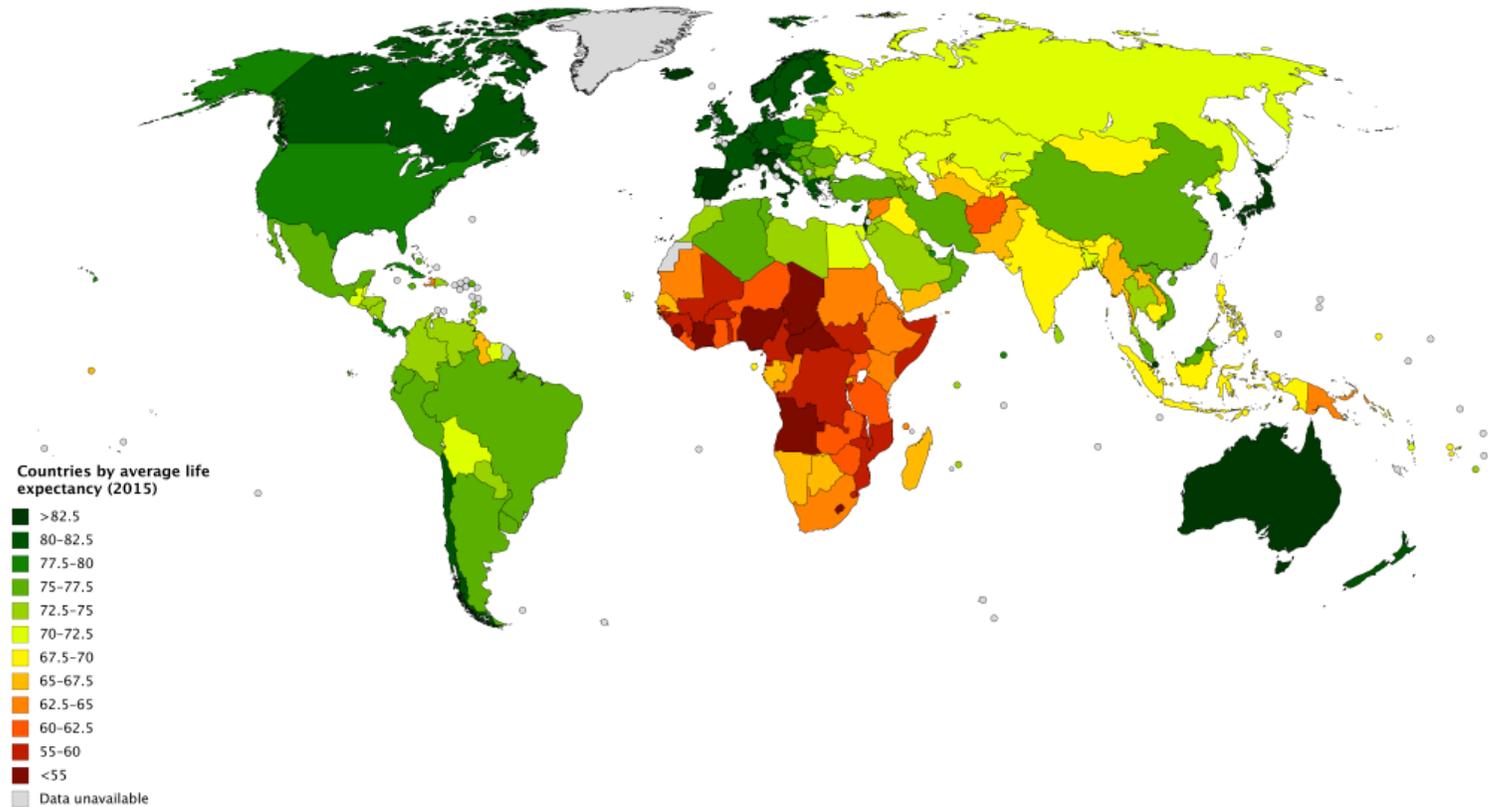
2018- Terza conferenza Africana per dare vita ad una piattaforma comune per promuovere soluzioni locali e nazionali con lo scopo di raggiungere la copertura sanitaria universale entro il 2030

UHC - Universal Health Coverage

L'OMS fornisce una valutazione sui livelli di copertura dai rischi sanitari assicurata alla popolazione dai sistemi nazionali



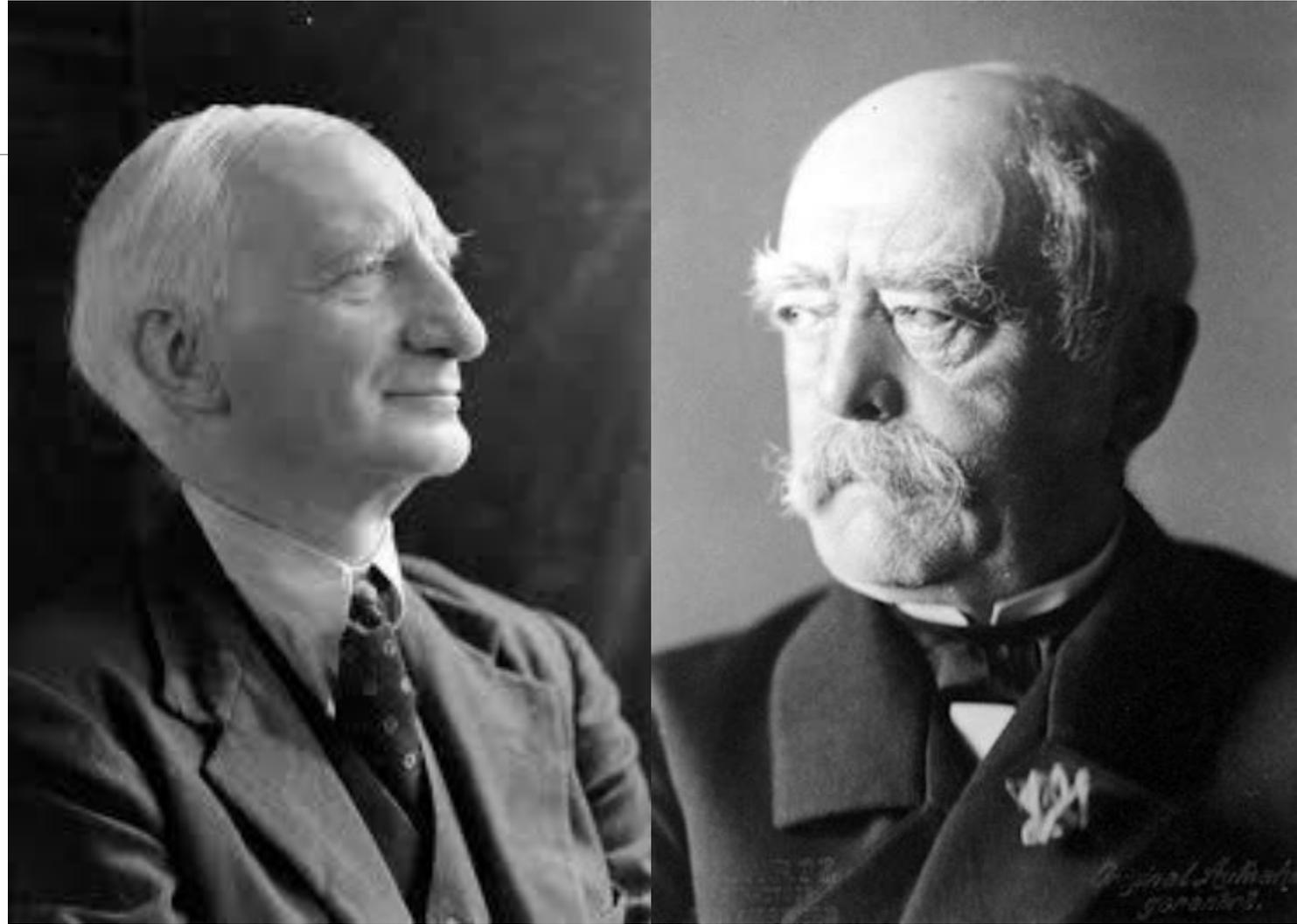
Aspettativa di vita



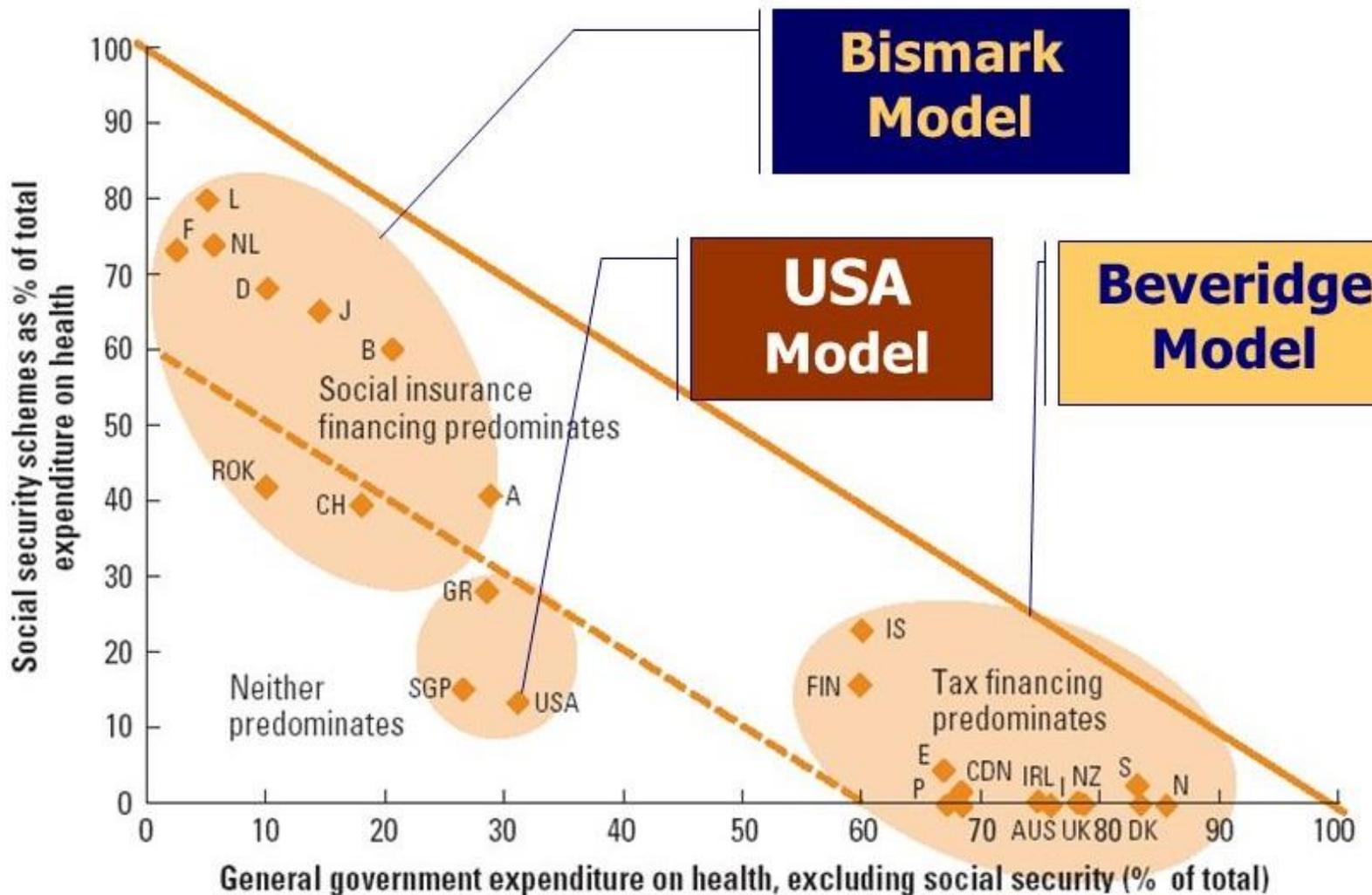
Sistemi sanitari

	Socialisti	Beveridge	Bismark	Assicurazione Volontaria
Origine	Fondi statali	Fondati sulla tassazione	Contributi	Assicurazioni individuali
Criterio aventi diritto	Cittadinanza		Status di assicurato	
Differenziazione	Schema unico		Schema differenziati	
Provider	Pubblici		Privati	
Controllo sulla domanda	Basso	Alto	Medio	Alto
Focus on	Assistenza	Prevenzione	Assistenza	Assistenza

TASSAZIONE VS. ASSICURAZIONE



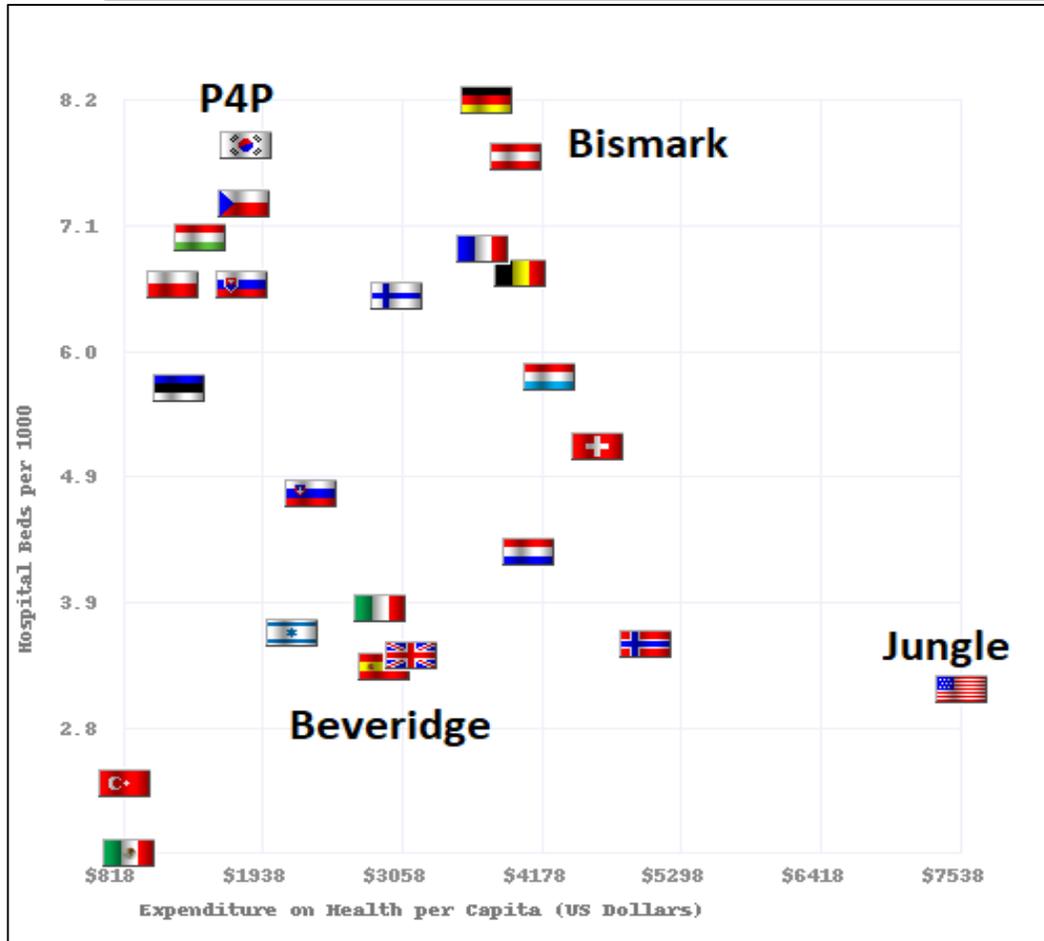
Tassazione vs. Assicurazione



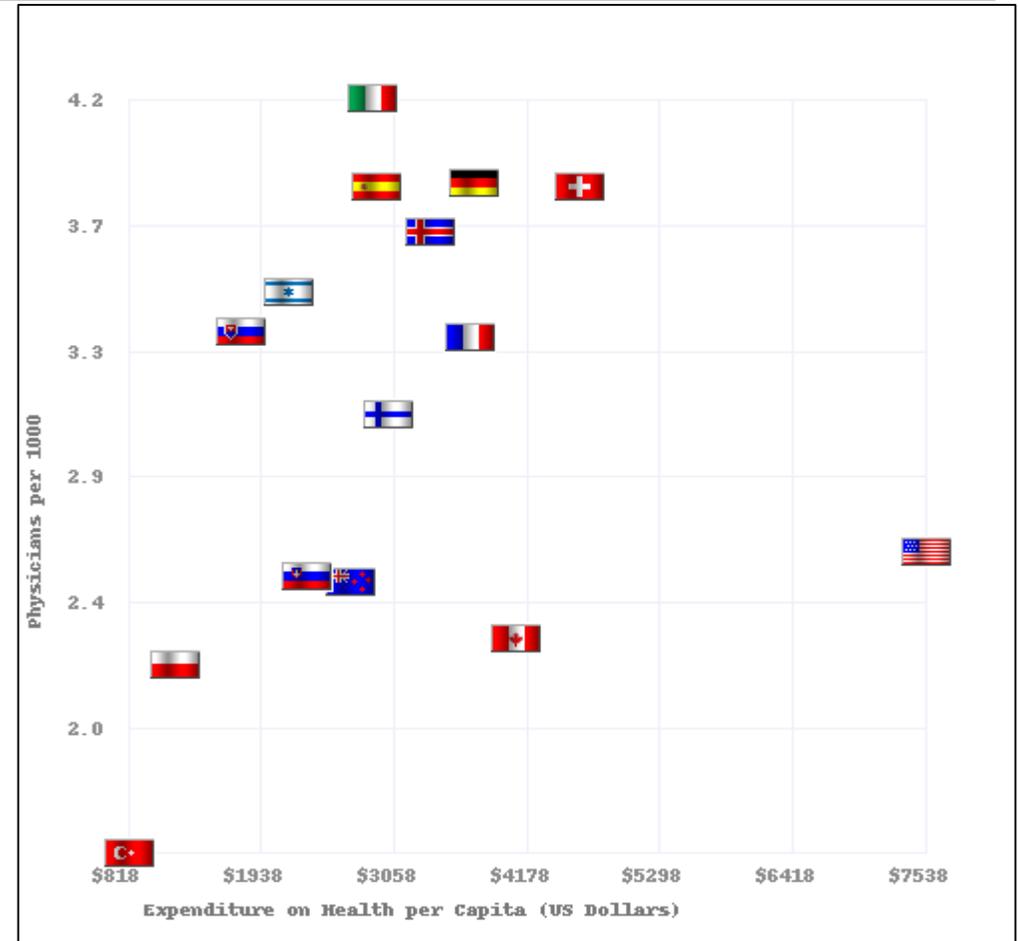
Source: OECD 2004a or national data.

Valutazioni tradizionali

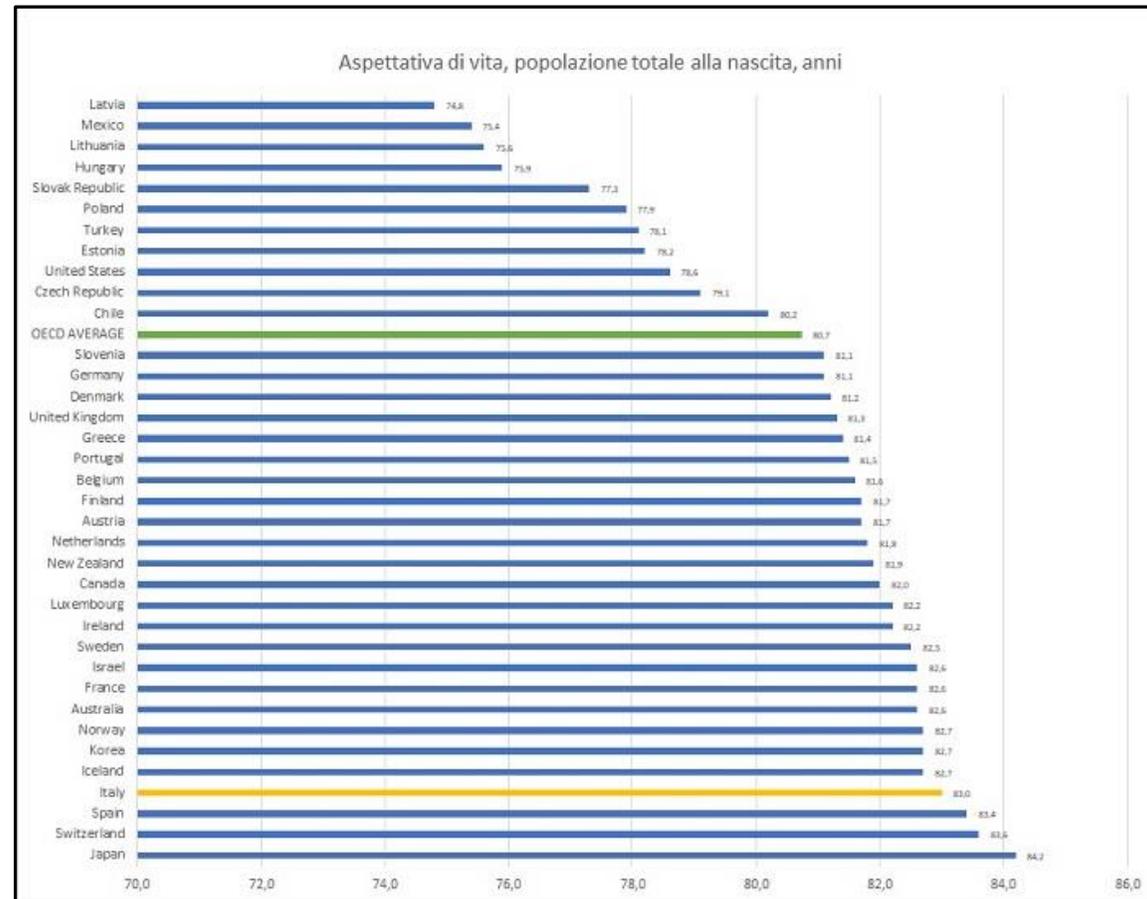
Spesa/ab vs. Letti/ab.



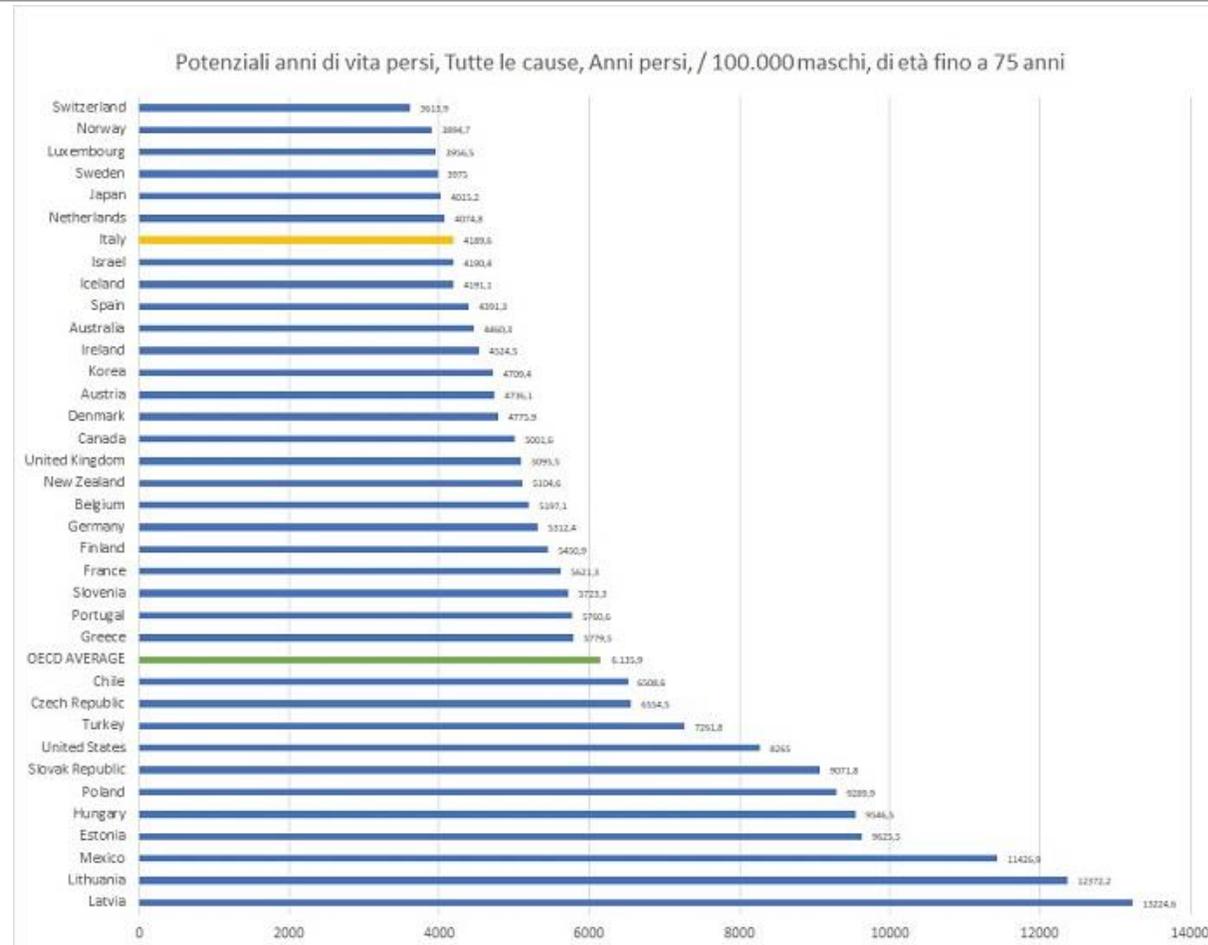
Spesa/ab vs. Medici/ab.



Aspettativa di vita



Anni di vita persi



Euro Health Consumer Index (EHCI)

Euro Health Consumer Index (EHCI) è un indice che rappresenta il livello di qualità della Sanità in Europa, basato sui tempi di attesa, risultati, e affidabilità.

EHCI è stato proposto nel 2005 dal **Health Consumer Powerhouse** come somma di 48 indicatori. L'indice non misura la qualità in assoluto del sistema sanitario nazionale di un paese, ma la "**familiarità**" di esso con gli assistiti, con indici specifici su patologie come diabete, cardiologia, HIV, mal di testa e epatiti. Gli indicatori sono un mix di tendenze e incroci di altre classifiche.

Nel 2006 la Francia era in cima alla classifica con 768 punti su 1000.

NEL 2019 dopo la Svizzera (primo posto) l'Olanda si piazza al secondo posto, la Francia all'11° mentre l'Italia è al 20° posto.

Percentuale di spesa in ospedale

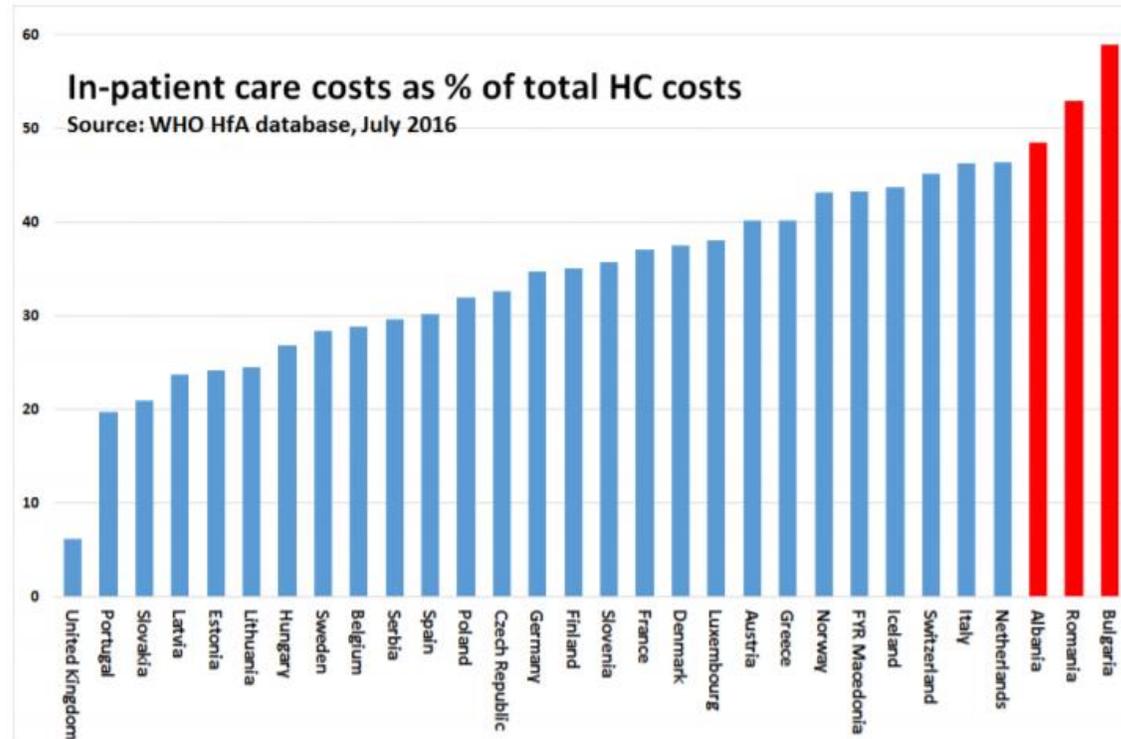
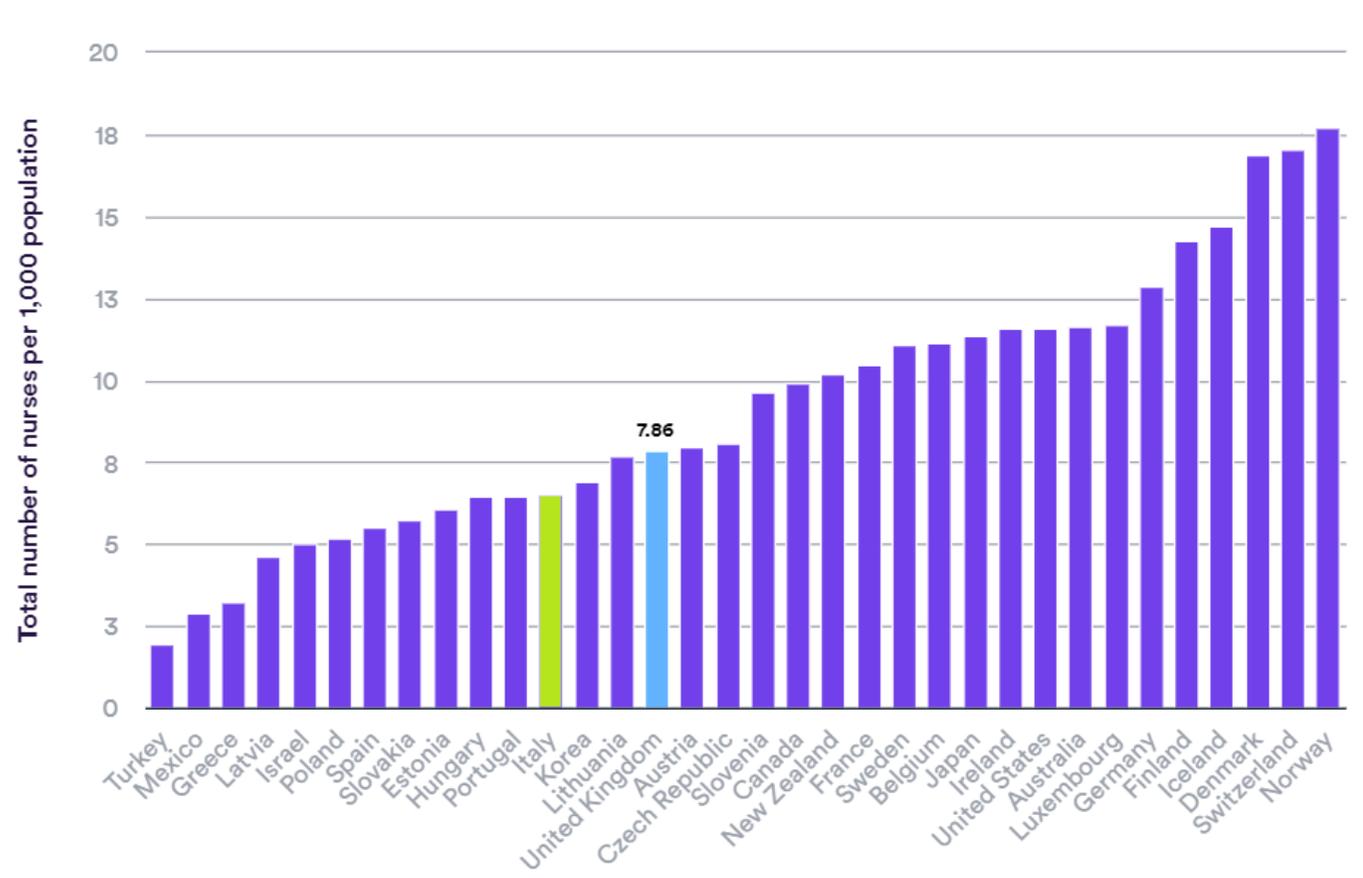
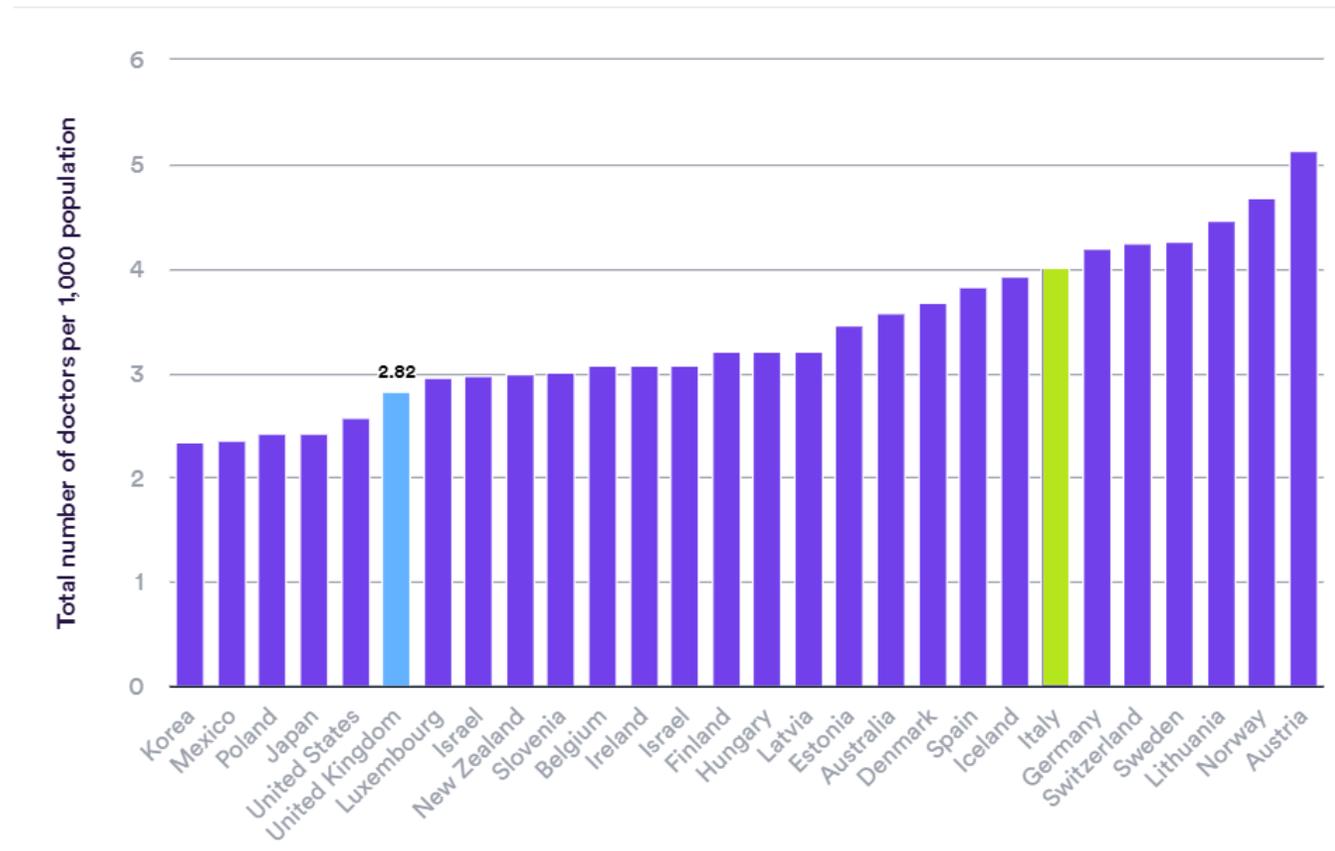


Figure 1.3.34 The higher the share of in-patient care, the more antiquated the healthcare provision structure. If Dutch, Swiss and (possibly) Italians prefer long hospital admissions, they can afford it; Bulgaria, Romania and Albania cannot! They should receive professional support to restructure their healthcare services!

Numero di infermieri per 1000 abitanti



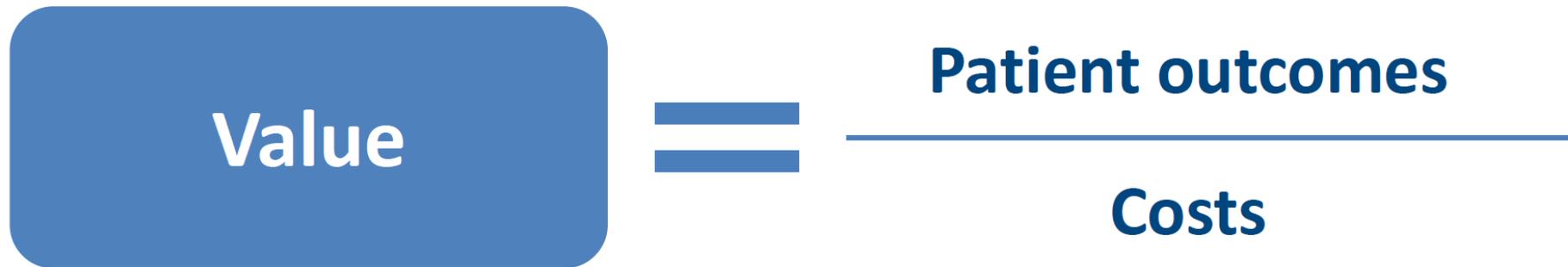
Numero di medici per 1000 abitanti



What Is Value in Health Care?

Michael E. Porter, Ph.D.

N ENGL J MED 363;26 NEJM.ORG DECEMBER 23, 2010

A diagram illustrating the concept of value in health care. On the left, a blue rounded rectangle contains the word "Value" in white. To its right is a blue equals sign. Further right is a fraction: the numerator is "Patient outcomes" and the denominator is "Costs", separated by a horizontal blue line.
$$\text{Value} = \frac{\text{Patient outcomes}}{\text{Costs}}$$

Business

These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care

By [Lee J Miller](#) and [Wei Lu](#)

Health Care Efficiency Scores in 56 Economies



Bloomberg Health Care Efficiency

Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,013
6	7	1	Israel	67.0	82.0	7.4	2,756
7	5	-2	Japan	64.3	83.8	10.9	3,733
8	10	2	Australia	62.0	82.4	9.4	4,934

Health System World Cup

I gironi del campionato

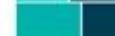
 Life expectancy¹

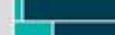
 Healthcare access and quality index²

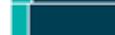
 Per capita total health spend³

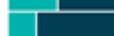
 Out of pocket share of spend⁴

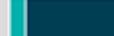
Group A				
 EG	69.4	58.0		484
 RU	65.4	75.1		1544
 SA	76.0	77.1		3138
 UY	73.4	71.0		2038

Group B				
 IR	73.8	71.8		1232
 MA	73.5	57.6		454
 PT	77.8	85.7		2712
 ES	80.3	91.0		3368

Group C				
 AU	80.5	95.9		4400
 DK	78.8	92.1		5144
 FR	79.2	91.7		4741
 PE	77.8	64.3		683

Group D				
 AR	73.3	68.1		1457
 HR	74.2	86.9		1736
 IS	80.6	97.1		4205
 NG	63.7	41.9		216

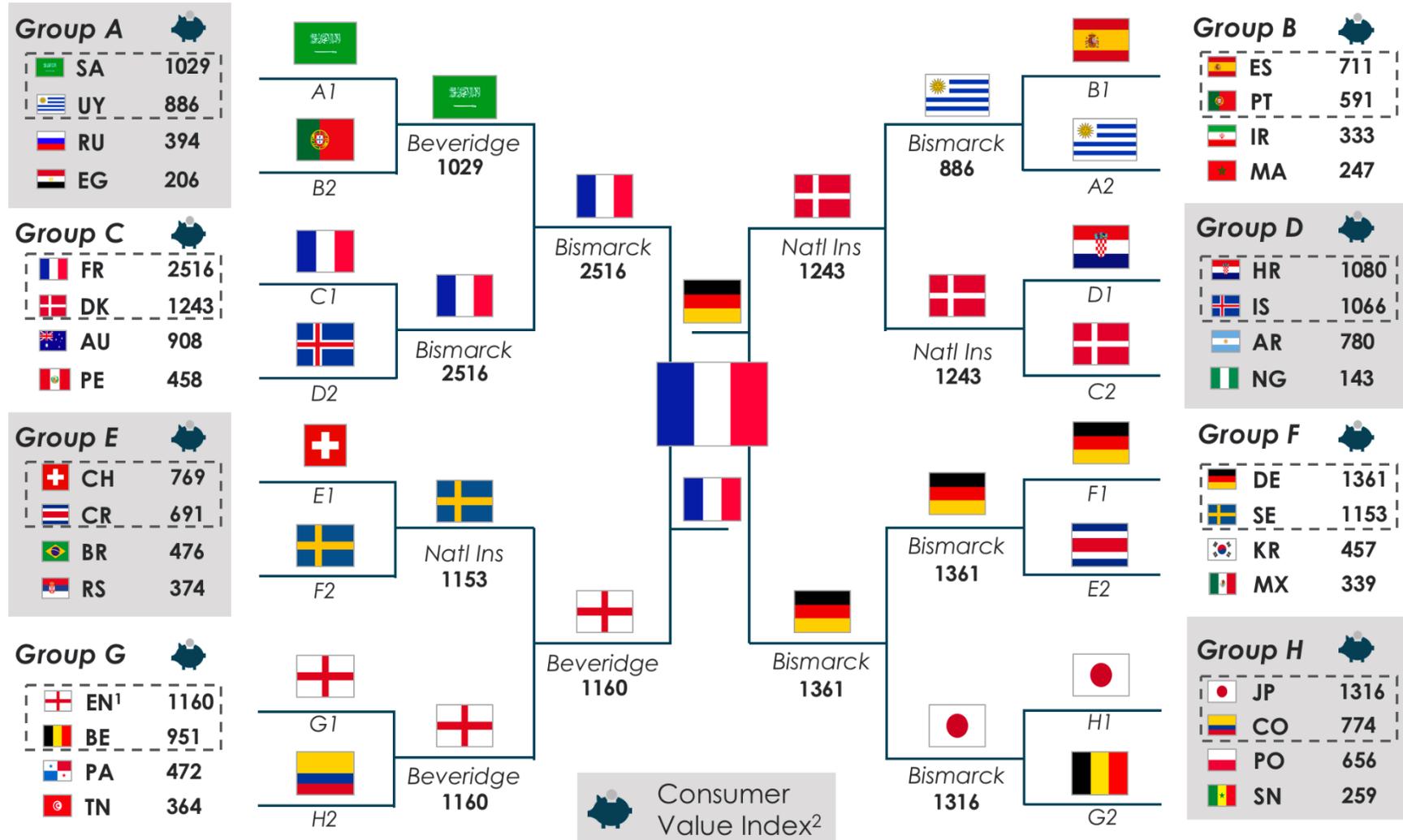
Group E				
 BR	71.6	63.8		1431
 CR	78.5	73.7		1339
 RS	73.0	77.2		1398
 CH	81.0	95.6		7465

Group F				
 DE	78.5	92.0		5532
 MX	73.7	66.3		1081
 KR	77.7	90.3		2835
 SE	80.1	95.5		5550

Group G				
 BE	78.4	92.9		4939
 EN ⁴	78.9	90.5		4285
 PA	76.0	68.3		1588
 TN	74.6	69.4		791

Group H				
 CO	75.4	68.5		861
 JP	80.8	94.1		4266
 PO	74.1	82.4		1757
 SN	64.6	31.1		119

Health System World Cup



1. United Kingdom data.
 2. (Health access and quality index + Male life expectancy)/Out of pocket share of total health expenditure per capita.

Source: "Measuring Performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 Countries and Territories and Selected Subnational Locations: A Systematic Analysis from the Global Burden of Disease Study 2016." *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 23 May 2018. Web. 13 June 2018; FIFA.com. "2018 FIFA World Cup Russia™." *FIFA.com*. Web. 13 June 2018; Gist Healthcare analysis.

The 5 C's

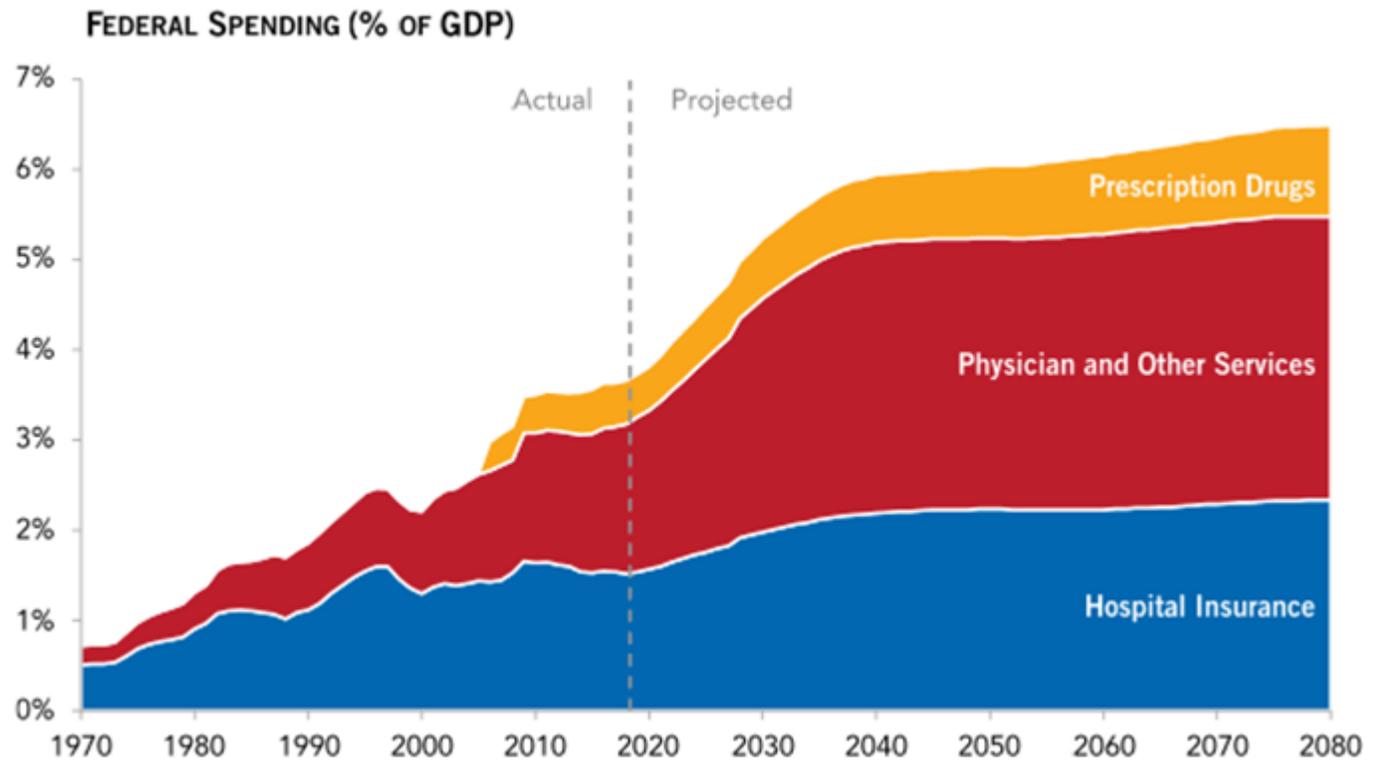
Cost, Coverage, Consistency, Complexity and Chronic Illness

Una valutazione critica dei sistemi sanitari in questa fase di performance critiche è rappresentata dal modello delle **5C** dove sono messi in evidenza principali difetti dei sistemi dei paesi sviluppati ed implicitamente si suggerisce un **cambio di rotta**.

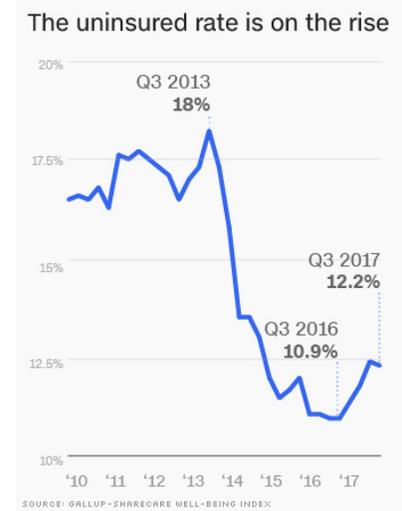
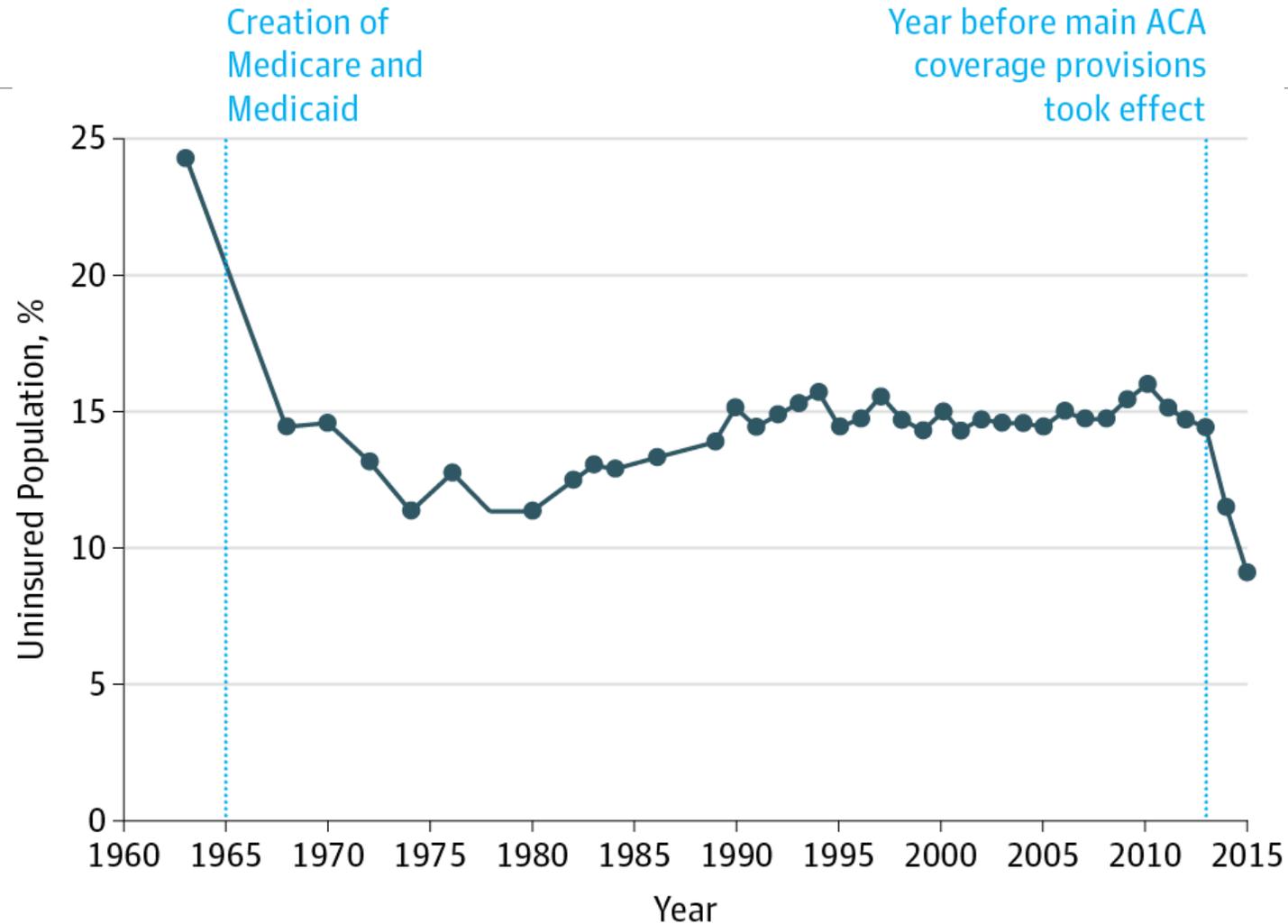
Costi

E' facile prevedere che le spese a carico della tassazione generale tenderanno ad aumentare

Proiezione della spesa Medicare +50% in 10 anni



Alla ricerca di una Copertura

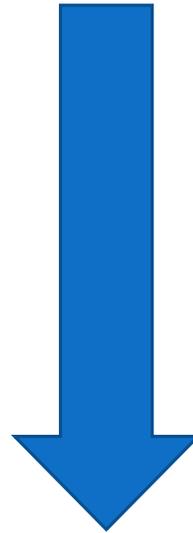


Coerenza e Complessità

TRASPARENZA

Trattare nelle stesse modalità

Oltre 1000 possibili sistemi di finanziamento con regole diverse



RISPARMIO

Semplificare

Servono linee guida comuni per trattare screening e cure

Cronicità

Il merito della medicina è stato la capacità di trasformare le malattie letali in condizioni croniche gestibili.

I due terzi di tutte le spese **Medicare** sono destinate a beneficiari con cinque o più condizioni croniche. L'80 % di tutti i costi dell'assistenza è per pazienti con una o più malattie croniche (ipertensione, diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva, artrite, asma e depressione).



Due strategie

Sviluppare mezzi più efficaci per prevenire o ritardare l'insorgenza di queste malattie.

Promuovere terapie più coordinate per il loro trattamento

Un «nuovo modello»: Chronic Care Model (CCM)

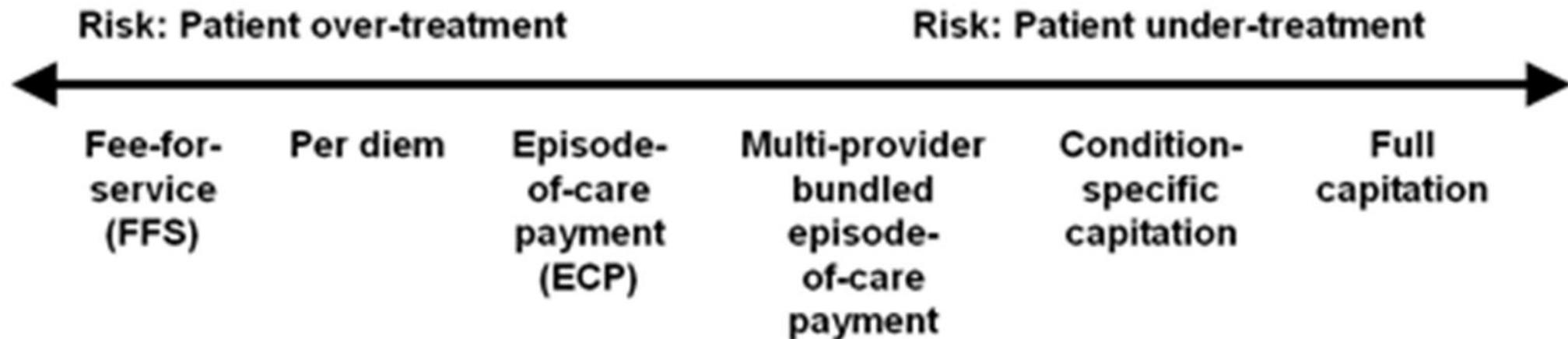
Professor Wagner e altri (2000)
McColl Institute for Healthcare Innovation, California



Le organizzazioni sanitarie e le risorse della comunità	Le organizzazioni sanitarie ed i finanziatori	Il supporto all'auto-cura.
Le organizzazioni sanitarie sono supportate dalle risorse della comunità : gruppi di volontariato, gruppi di auto-aiuto, centri per anziani autogestiti.	Gestione delle malattie croniche fa parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria	Il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Si insegna la gestione delle malattie
L'organizzazione del team	Il supporto alle decisioni	I sistemi informativi
[Esiste una equipe]. L'assistenza ai pazienti non cronici è separata dalla gestione programmata ai pazienti cronici.	L'adozione di linee guida basate sull'evidenza forniscono gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici	I sistemi informativi assicurano tre funzioni: 1) Allerta 2) Feedback 3) Registro patologia

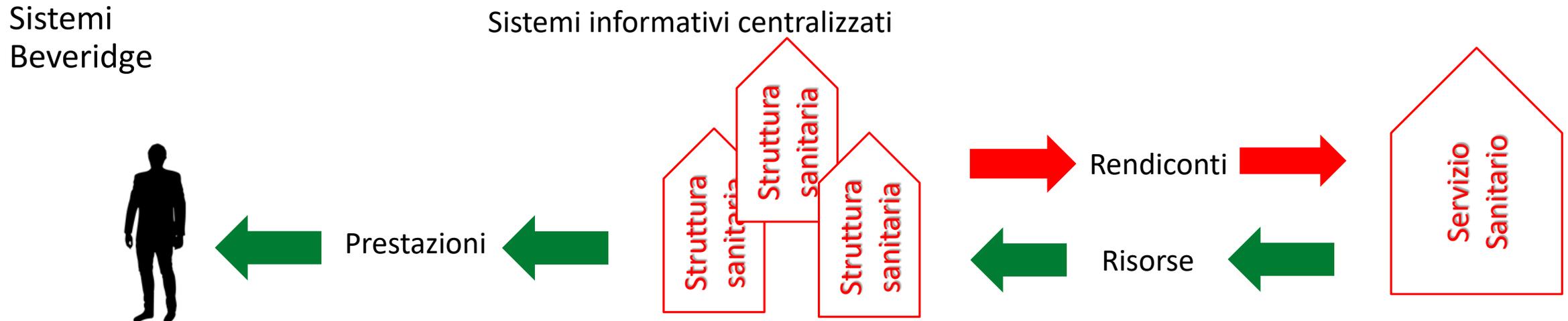
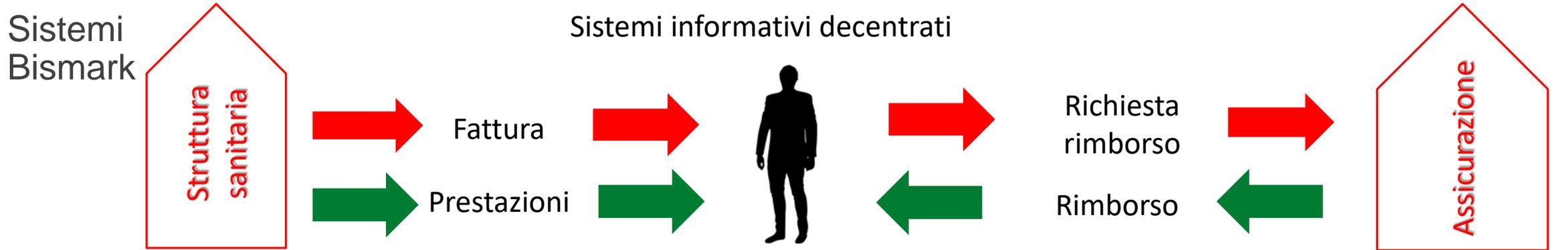
Rischio insito nei meccanismi di pagamento

Figure 1. Continuum of Health Care Payment Methods

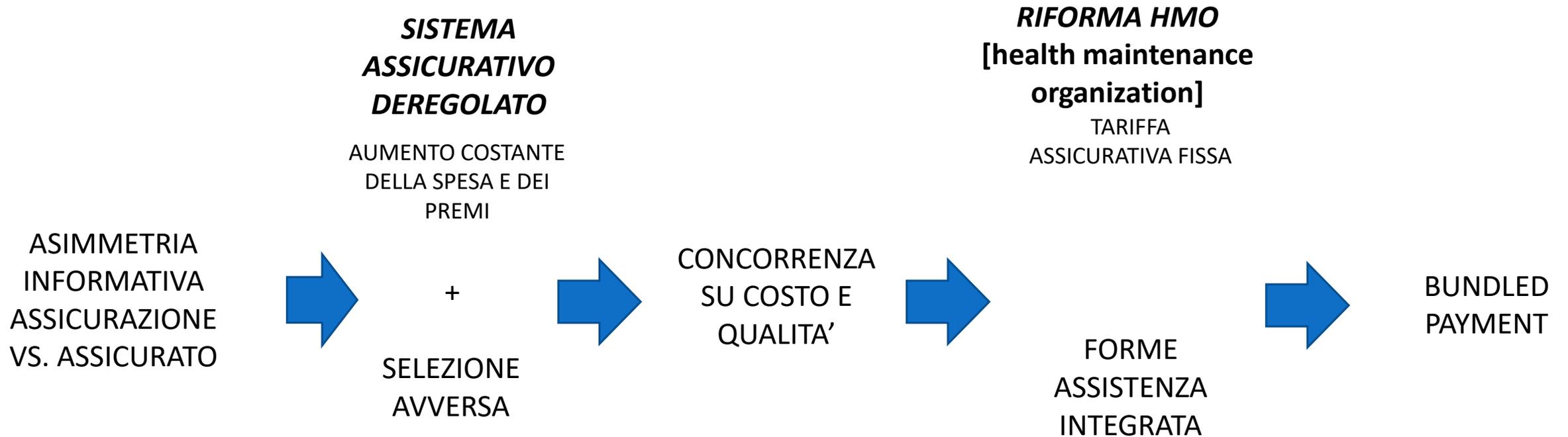


H. D. Miller, *Creating Payment Systems to Accelerate Value-Driven Health Care: Issues and Options for Policy Reform* (New York: The Commonwealth Fund, Sept. 2007).

I sistemi di pagamento



La riforma dei sistemi FFS (Fee for service)



Studi associati o centri medici si contraddistinguono per capacità di erogare prestazioni mediche supplementari e per la loro vicinanza. Premiamo la consapevolezza del paziente con costo dei premi decisamente più bassi.

Alan Enthoven

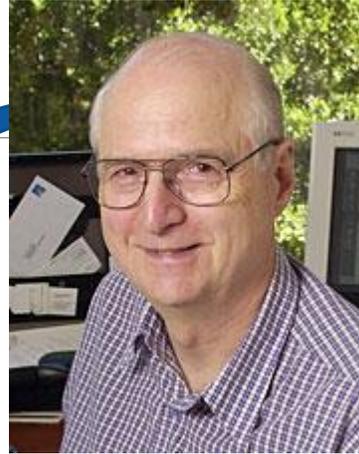


Riforma HMO

Organizzazioni sanitarie efficienti che offrono un'ampia gamma di pratiche mediche multi specialistiche con collegamenti diretti ad ospedali, laboratori e farmacie.

Queste organizzazioni forniscono assistenza completa: dallo studio del medico in ospedale, all'assistenza domiciliare e tutto il resto.

A volte hanno le **propri strumenti assicurativi** oppure lavorano al servizio di assicurazioni cui forniscono servizi medici completi per un importo di denaro prefissato (tariffe)



1985



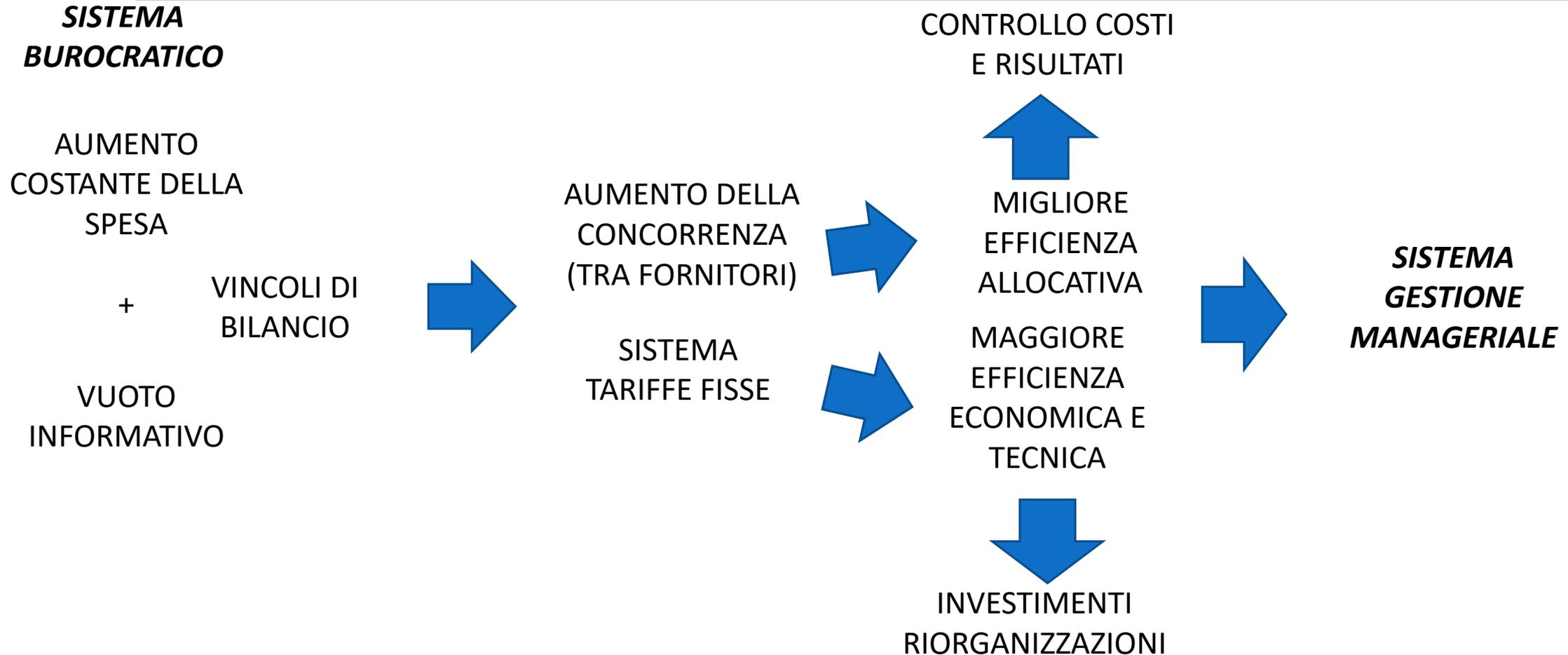
Riforma NHS

Internal Market Model

Introduzione di forma di incentivazione del personale SSN per stimolare efficacia ed efficienza attraverso pagamenti forfettari e meccanismi di concorrenza tra soggetti fornitori delle stesse prestazioni.

Questo introduce implicitamente la separazione tra fornitore (medici, ospedale) e compratore (SSN).

La riforma dei sistemi Universali (Sist. Beveridge)



Segni di crisi dei sistemi sanitari

BASSA NATALITA'
PATOLOGIE CRONICHE ANZIANI
SCARSA PREVENZIONE
COSTO DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI

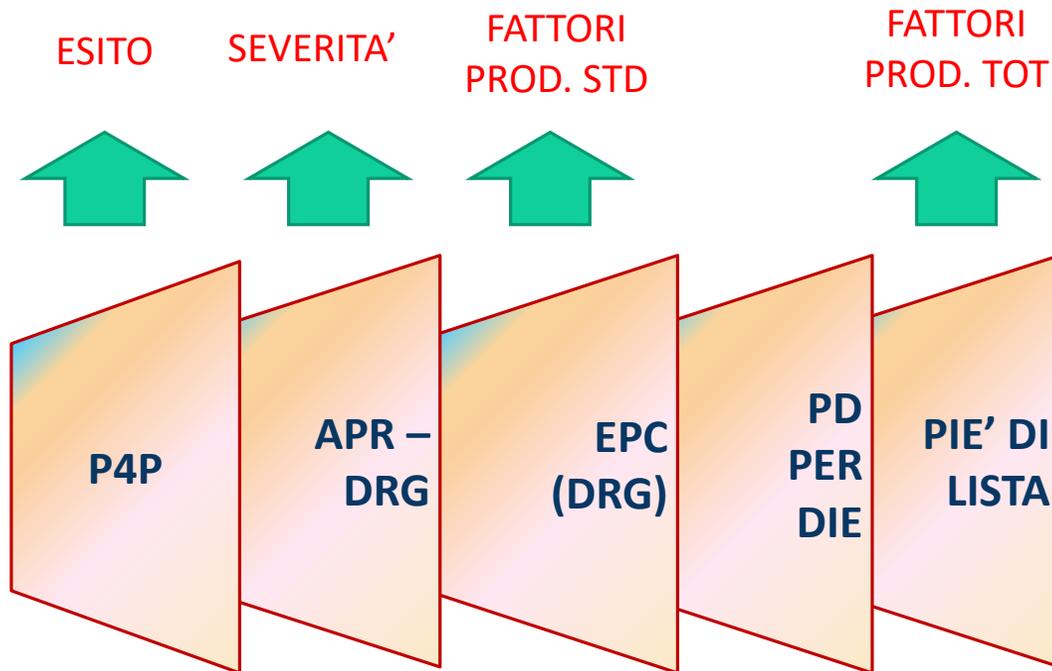
LIMITI DEI MODELLI SANITARI TRADIZIONALI
NUOVI MODELLI FAMILIARI E DI CONSUMO
RIDUZIONE DEGLI INVESTIMENTI
VINCOLI ALLA FORMAZIONE



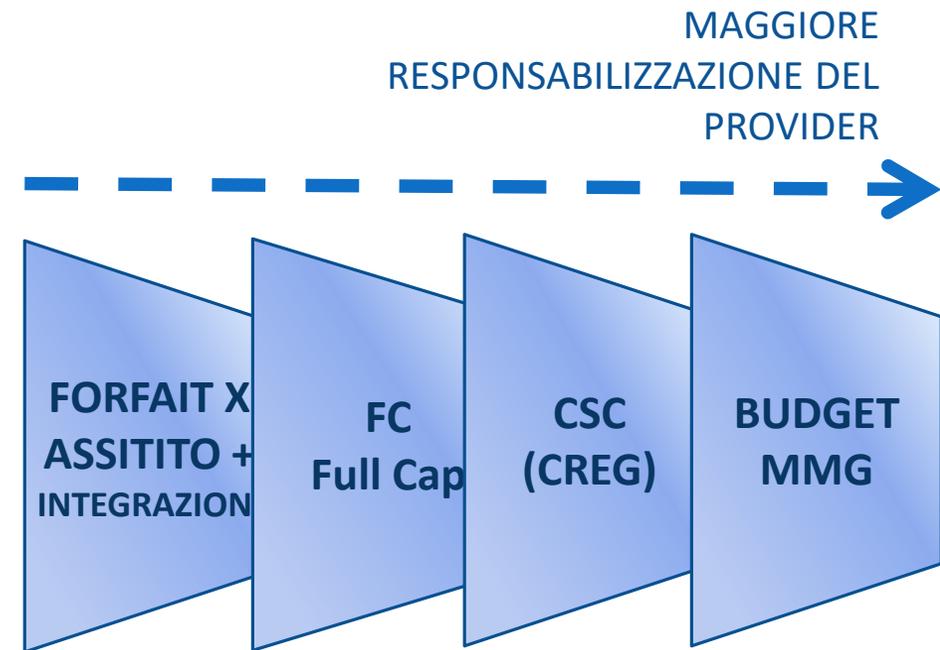
80 % della popolazione mondiale interessata da azioni di riduzione della spesa sanitaria

European Observatory on Health Systems and Policies

Responsabilizzazione degli attori



← MAGGIORE RESPONSABILIZZAZIONE DEL FORNITORE



Il nostro Servizio Sanitario

Sezione 2



Prima del Servizio Sanitario Nazionale

Attesa di
vita

1861, Unità d'Italia

La tutela della salute è affidata al **Ministero dell'Interno**

Nel 1861 si viveva in media 49 anni (5 anni se il dato non fosse depurato dalla mortalità infantile)
Su 1.000 bambini nati vivi, 230 morivano durante il primo anno di vita.

30

1888, legge Pagliani-Crispi del 1888

Trasforma l'approccio di polizia sanitaria in sanità pubblica, creando un primo assetto organizzativo.

1907, Testo unico delle Leggi Sanitarie

1945, **Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica**, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

50

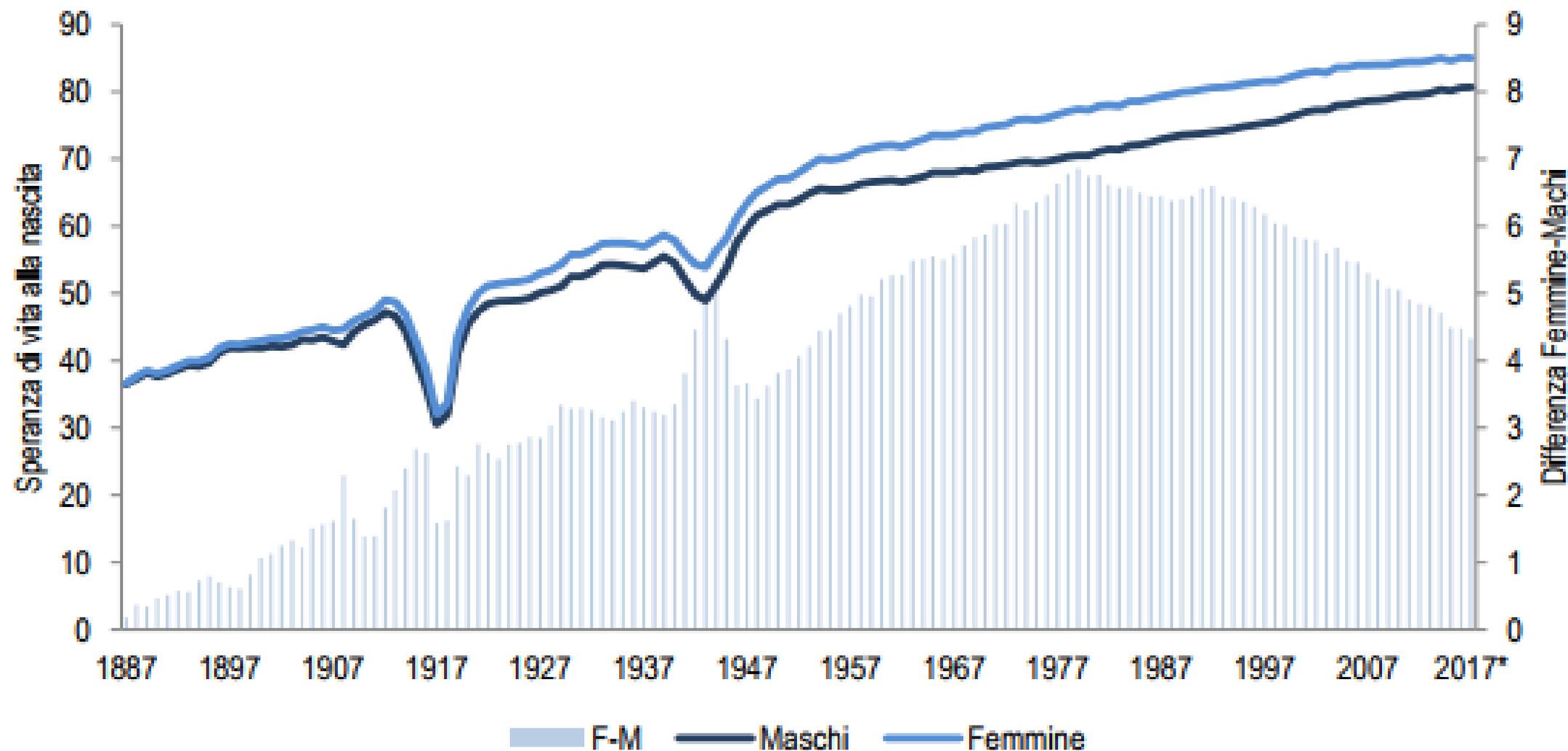
1948, Costituzione italiana

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. (...) La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

1958, il Ministero della Sanità

La **legge 296 del 13 marzo 1958** istituisce il **Ministero della Sanità** che assorbe le competenze dell'Alto Commissariato e delle altre amministrazioni centrali preposte alla sanità pubblica. È coadiuvato nelle proprie funzioni dal **Consiglio superiore di sanità**, organo consultivo, e dall'**Istituto superiore di sanità**, organo tecnico-scientifico.

60



(*) 2017 stima.

Nasce il Servizio Sanitario Nazionale

1978, nasce il Servizio Sanitario Nazionale

La **Legge Mariotti del 1968** istituisce e organizza gli Enti Ospedalieri, costituisce il Fondo nazionale ospedaliero e introduce la programmazione ospedaliera attribuendone la competenza alle Regioni. È la premessa per la nascita del **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, istituito dalla **legge 833 del 1978** e costituito dal “complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione”.

65

1992, il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Negli anni '90 si registra una sempre maggiore esigenza di risorse finanziarie per sostenere il funzionamento del SSN. Con i **decreti di riordino del 1992-1993 e del 1999 (riforma Bindi)**, si rafforza il potere delle Regioni e si introduce l'aziendalizzazione, in modo da garantire a tutti i cittadini i livelli uniformi ed essenziali di assistenza e le prestazioni appropriate, assicurati dalle Regioni tramite le aziende sanitarie e la programmazione.

Le unità sanitarie locali (USL) diventano aziende sanitarie con autonomia organizzativa (ASL).

La sfida della sostenibilità

2001, la riforma del titolo V della Costituzione

La legge 3 del 2001 (riforma del Titolo V della Costituzione) all'art.117 ridisegna le competenze di Stato e Regioni in materia sanitaria. Lo Stato ha competenza esclusiva per la profilassi internazionale, determina i “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale” e i principi fondamentali nelle materie di competenza concorrente. Ogni Regione assicura i servizi di assistenza sanitaria e ospedaliera. Dal 2001 gli accordi tra Stato e Regioni sono lo strumento con cui si disegna l'assistenza pubblica in Italia.

2017, aggiornamento dei LEA

Per garantire la tutela della salute e contenere la spesa sanitaria nascono i Livelli essenziali di assistenza (LEA), le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire sul tutto il territorio a tutti i cittadini, gratuitamente o con partecipazione alla spesa (ticket), finanziati con le risorse pubbliche. Le Regioni, con risorse proprie, possono garantire prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA. I LEA, definiti nel 2001 e aggiornati con il DPCM 12 gennaio 2017 sono il nucleo essenziale irrinunciabile del diritto alla salute.

Rapporti sullo stato salute popolazione

Sezione 3



Stato sanitario del paese



Presidenza Italiana
Consiglio EU 2014

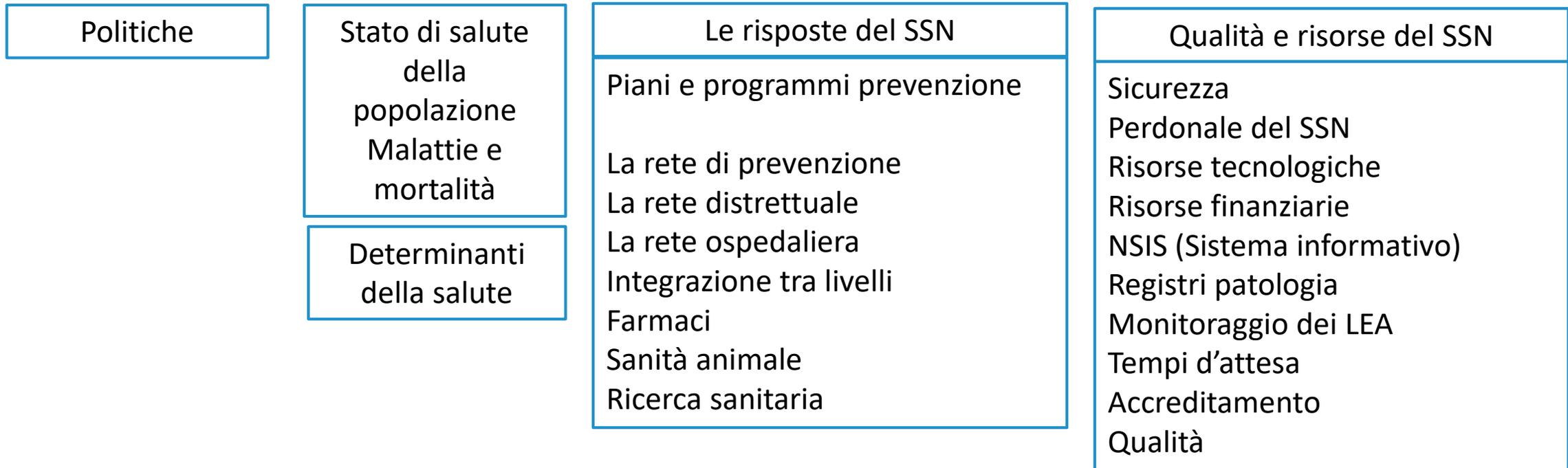


Ministero della Salute

Relazione sullo Stato Sanitario del Paese *2012-2013*

RSSP- Relazione sullo Stato Sanitario del Paese

Relazione di oltre 900 pagine contenente le rilevazioni sullo stato della salute del paese, sulla struttura del SSN e sulle



Indicatori di benessere e determinanti della salute

Sezione 4



Indicatori di benessere e determinanti della salute

bes | 2018

**IL BENESSERE
EQUO E SOSTENIBILE
IN ITALIA**

Rapporto BES

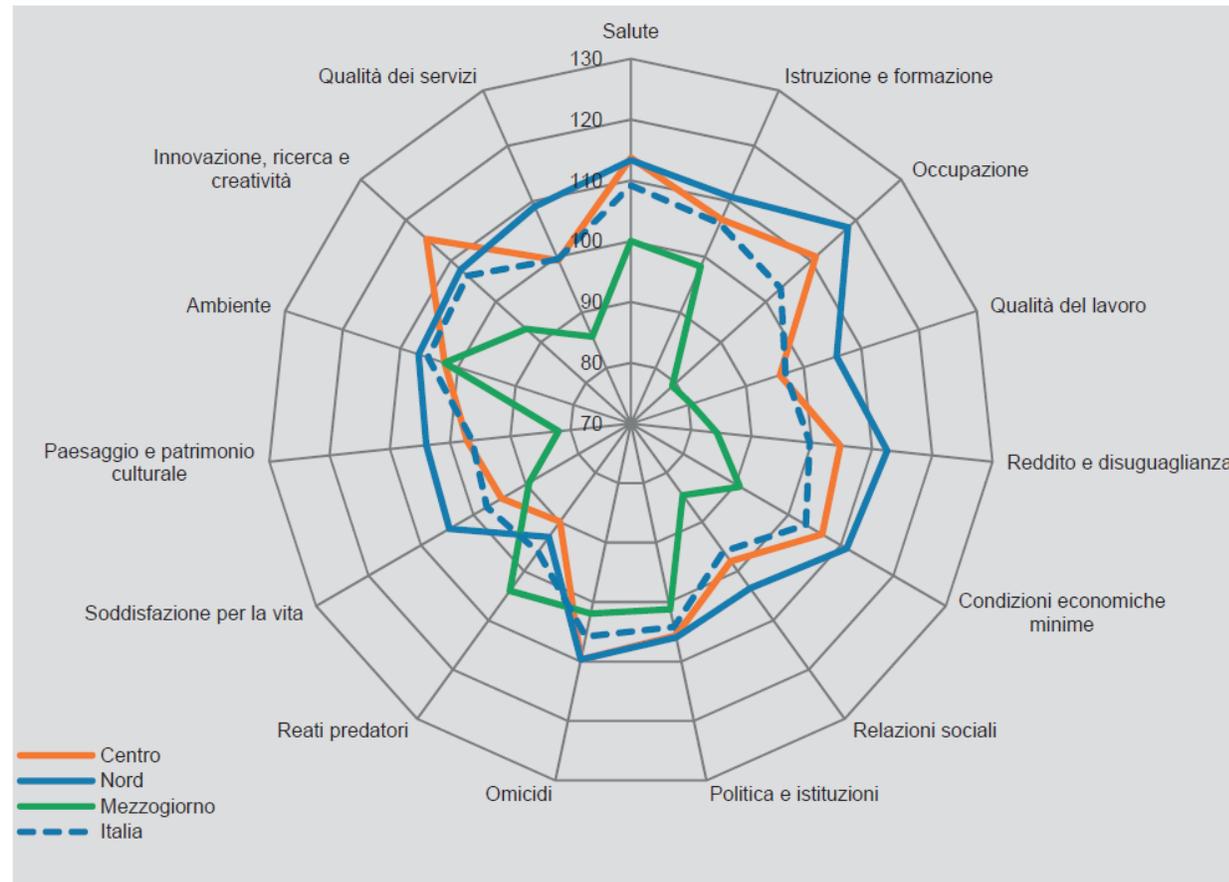
Tavola 1. Indicatori del dominio Salute: valore dell'ultimo anno disponibile, variazioni rispetto all'anno precedente e rispetto al 2010

INDICATORE	Valore ultimo anno disponibile	Variazione % (rispetto all'anno precedente)	Variazione % (rispetto al 2010)
1. Speranza di vita alla nascita (<i>anni, 2018</i>)	83,0		
2. Speranza di vita in buona salute alla nascita (<i>anni, 2018</i>)	58,5		
3. Indice di salute mentale (MH) (<i>punteggi medi, 2018</i>)	67,8		—
4. Mortalità infantile (<i>per 1.000, 2016</i>)	2,8		
5. Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni) (<i>per 10.000, 2018</i>)	0,7		
6. Mortalità per tumore (20-64 anni) (<i>per 10.000, 2016</i>)	8,7		
7. Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più) (<i>per 10.000, 2016</i>)	31,2		
8. Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni (<i>anni, 2018</i>)	9,9		
9. Eccesso di peso (% , 2018)	44,8		
10. Fumo (% , 2018)	19,4		
11. Alcol (% , 2018)	16,7		
12. Sedentarietà (% , 2018)	35,7		
13. Adeguata alimentazione (% , 2018)	19,6		

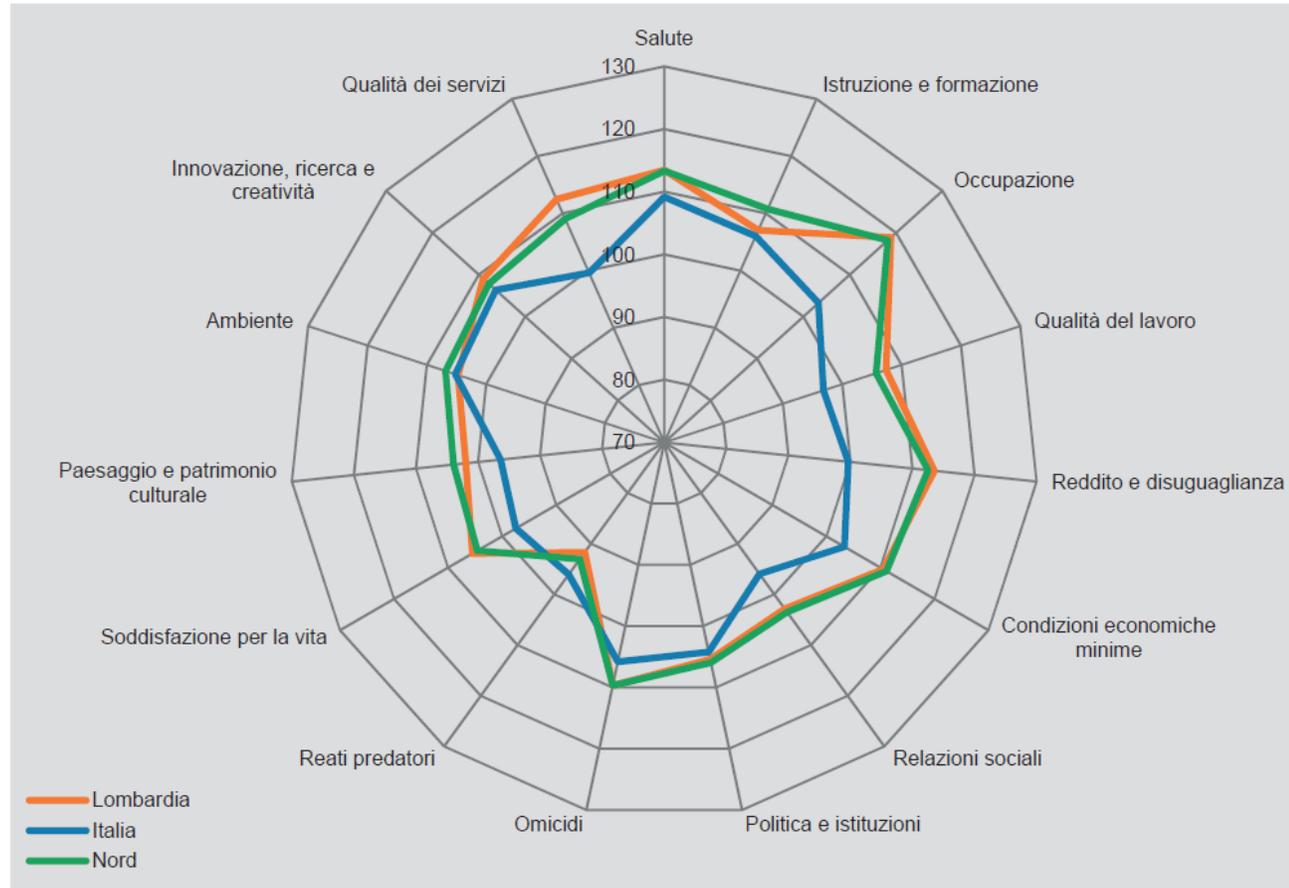
— Confronto non disponibile  Miglioramento  Stabilità  Peggioramento

Nota: Se la variazione relativa tra i due anni supera l'1%, è considerata positiva (colore verde), se è inferiore a -1% è considerata negativa (colore rosso). Nell'intervallo -1 e +1% la variazione è considerata stabile (colore grigio).

Italia



Lombardia



Speranza di vita

Speranza di vita alla nascita: La speranza di vita esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un certo anno di calendario può aspettarsi di vivere.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana.

Speranza di vita in buona salute alla nascita: Esprime il numero medio di anni che un bambino che nasce in un determinato anno di calendario può aspettarsi di vivere in buone condizioni di salute, utilizzando la prevalenza di individui che rispondono positivamente ("bene" o "molto bene") alla domanda sulla salute percepita.

Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni: Esprime il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute, utilizzando la quota di persone che hanno risposto di avere delle limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono.

Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana e Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Aspettativa di vita/aspettativa di vita sana alla nascita in Italia (Eurostat)

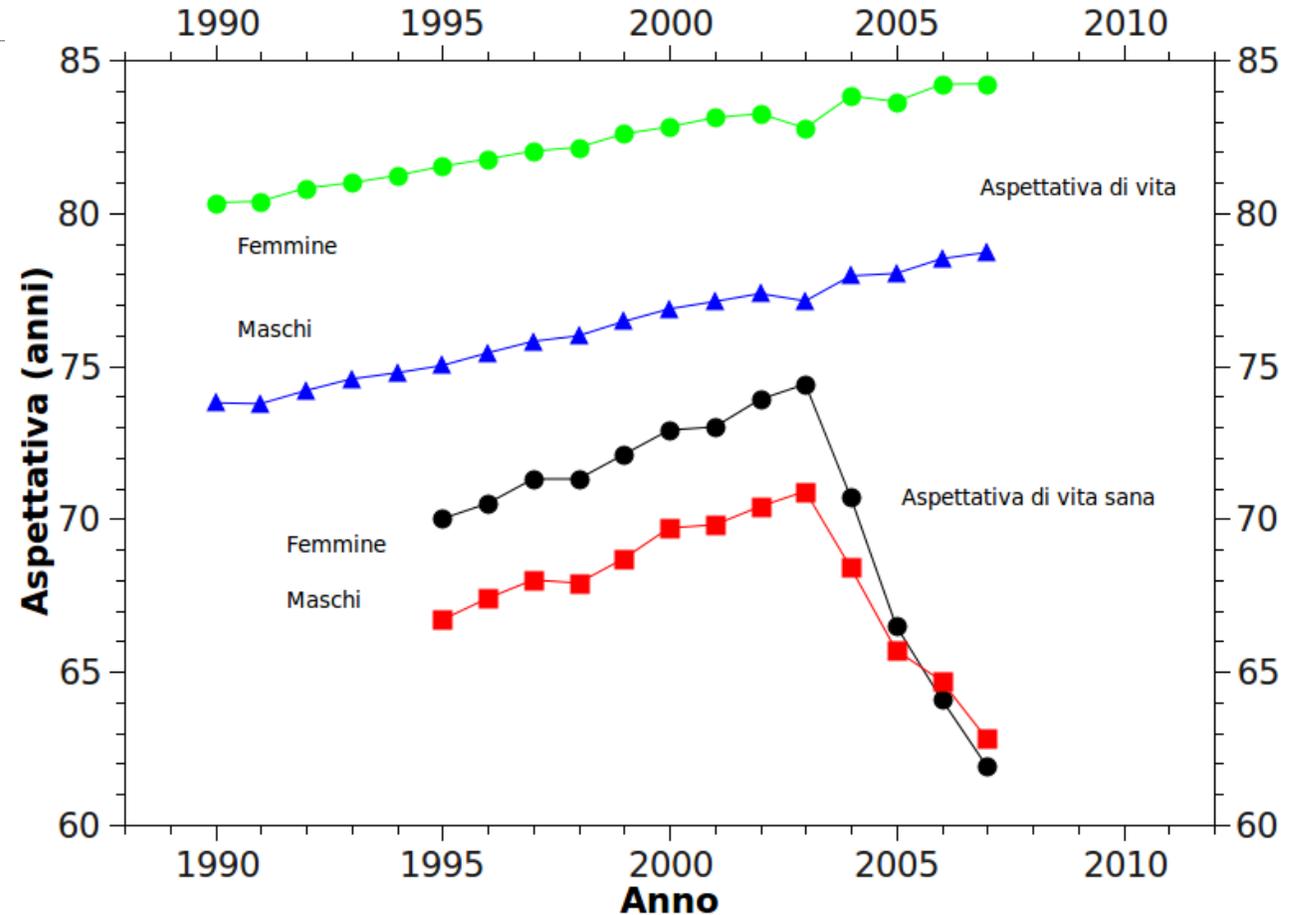
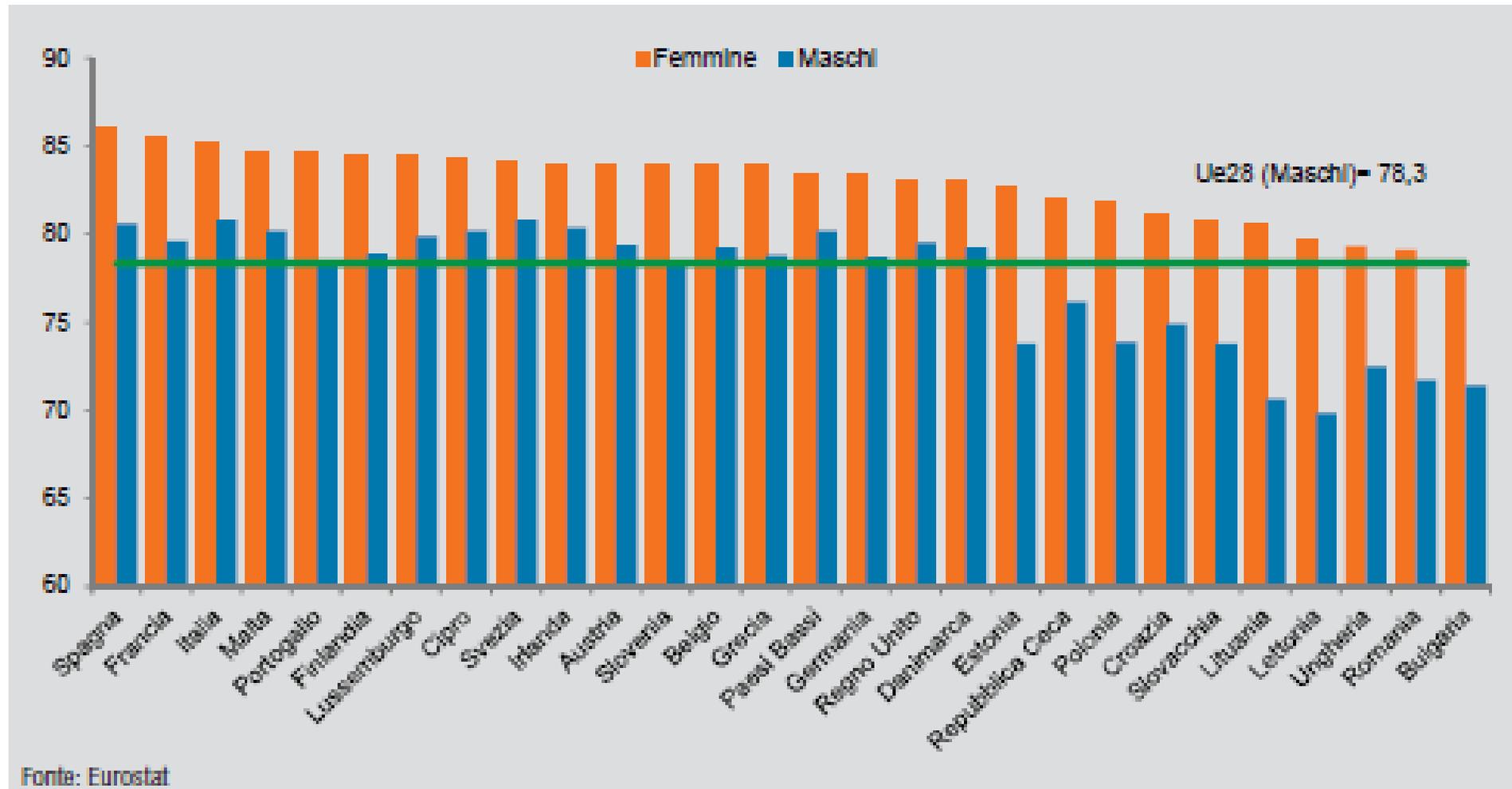


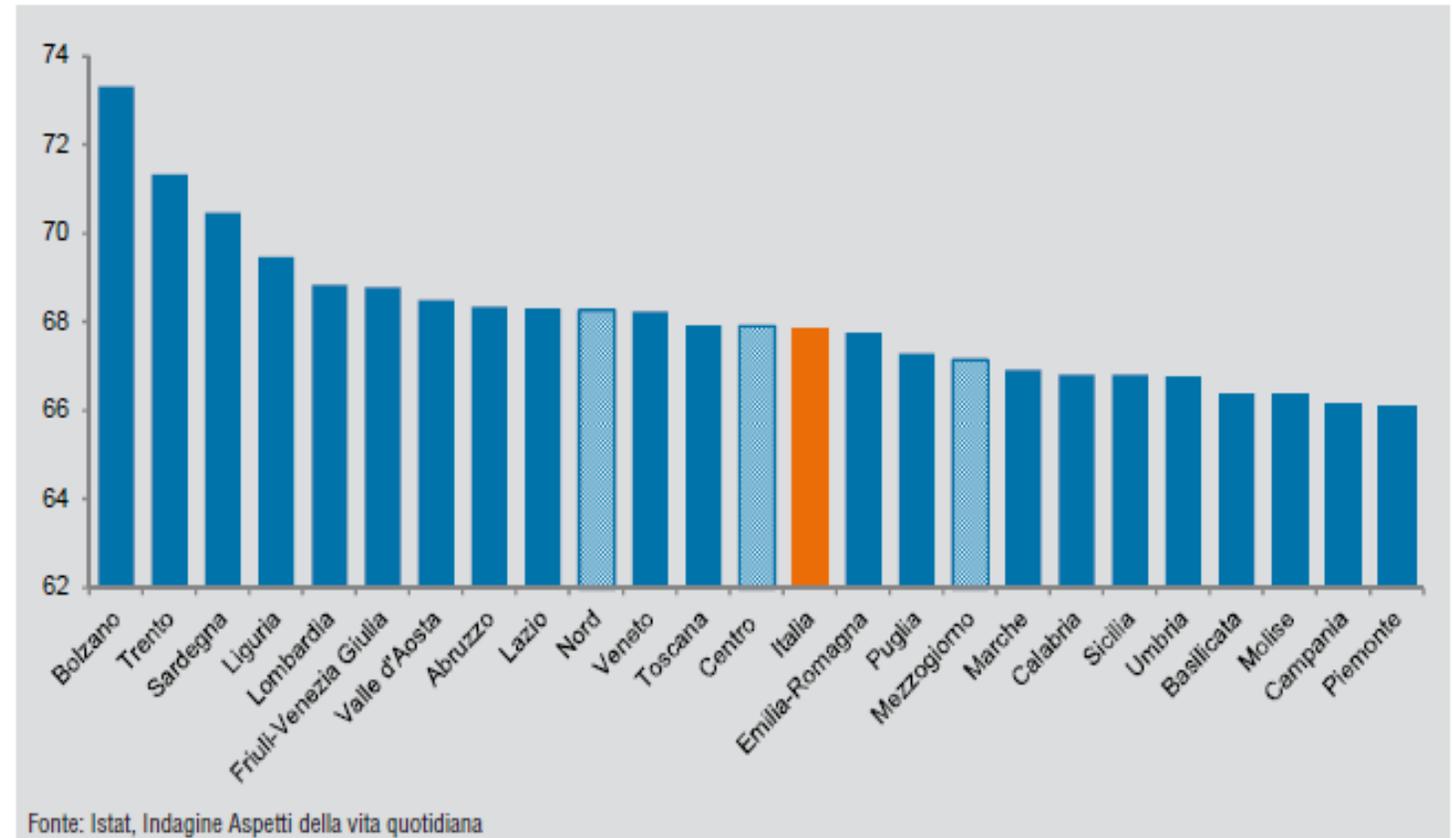
Figura 3. Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28. Graduatoria in ordine decrescente rispetto al valore della speranza di vita dei maschi. Anno 2017. In anni



Indice di salute mentale

Indice di salute mentale (SF36): L'indice di salute mentale è una misura di disagio psicologico (psychological distress) ottenuta dalla sintesi dei punteggi totalizzati da ciascun individuo di 14 anni e più a 5 quesiti estratti dal questionario SF36 (36-Item Short Form Survey). I quesiti fanno riferimento alle quattro dimensioni principali della salute mentale (ansia, depressione, perdita di controllo comportamentale o emozionale e benessere psicologico). L'indice varia tra 0 e 100, con migliori condizioni di benessere psicologico al crescere del valore dell'indice.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.



Indicatori di Mortalità

Mortalità infantile: Decessi nel primo anno di vita per 10.000 nati vivi.

Fonte: Istat, Per i decessi: Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per i nati vivi: Rilevazione annuale Movimento e calcolo della popolazione residente.

Mortalità per demenze e malattie del sistema nervoso (65 anni e più): Tassi di mortalità per malattie del sistema nervoso e disturbi psichici e comportamentali (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 65 anni e più.

Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

Mortalità per incidenti stradali (15-34 anni): Tassi di mortalità per incidenti stradali standardizzati* all'interno della classe di età 15-34.

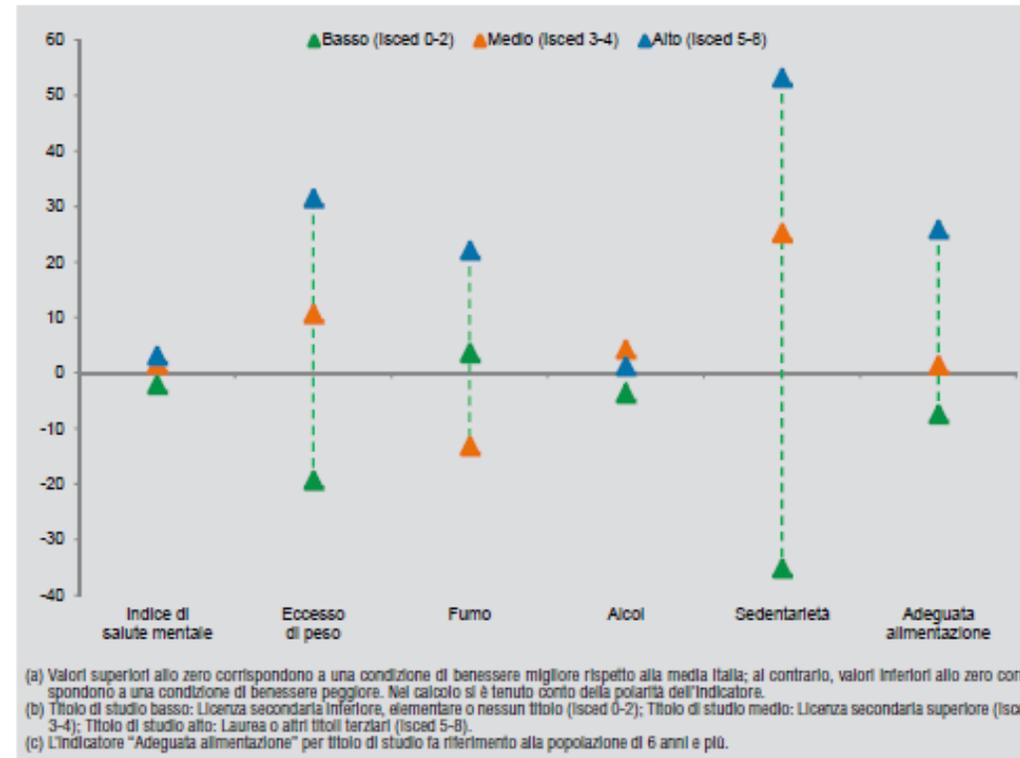
Fonte: Per i decessi: Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

Mortalità per tumore (20-64 anni): Tassi di mortalità per tumori (causa iniziale) standardizzati* all'interno della fascia di età 20-64 anni.

Fonte: Per i decessi: Istat, Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Per la popolazione: Istat, Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

Stili di vita

Figura 7. Variazione percentuale di alcuni indicatori del dominio Salute rispetto al valore Italia per titolo di studio. Ultimo anno disponibile (a) (b) (c)



Fumo: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare attualmente sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Alcol: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Sedentarietà: Proporzione standardizzata* di persone di 14 anni e più che non praticano alcuna attività fisica sul totale delle persone di 14 anni e più.

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

Eccesso di peso ed Obesità



SOVRAPPESO

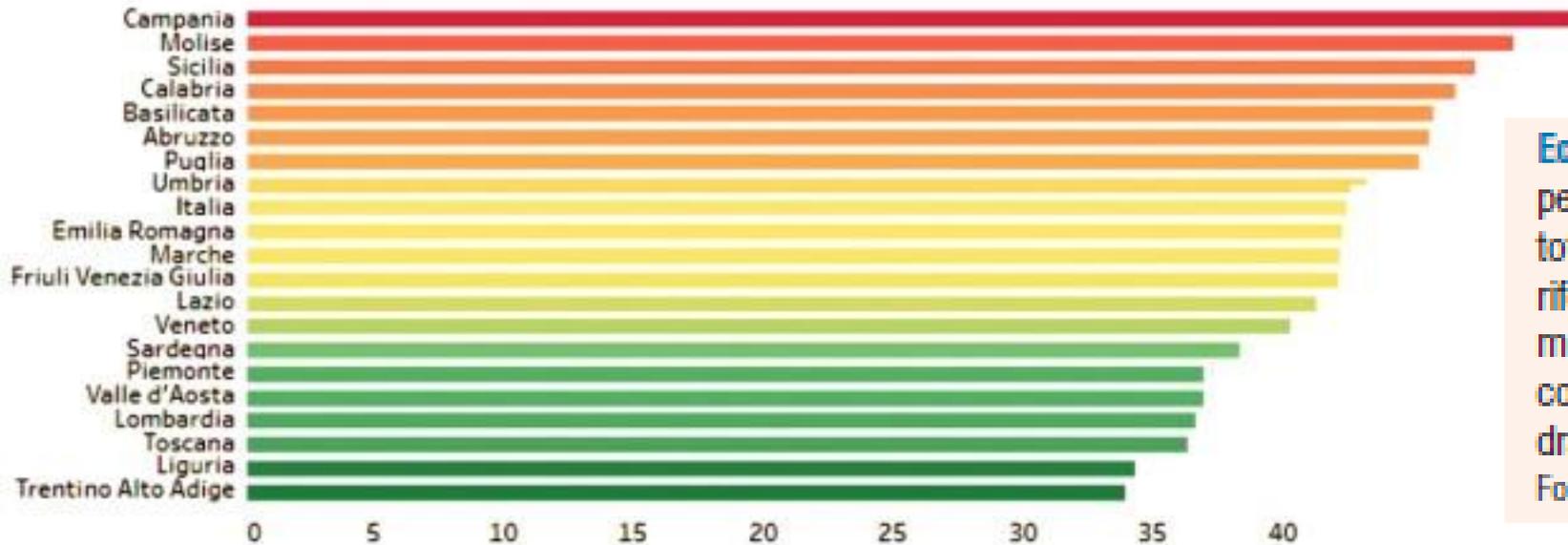


Medie Nazionali
31,7%

OBESI



Medie Nazionali
10,7%



Eccesso di peso: Proporzione standardizzata* di persone di 18 anni e più in sovrappeso o obese sul totale delle persone di 18 anni e più. L'indicatore fa riferimento alla classificazione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dell'Indice di Massa corporea (Imc: rapporto tra il peso, in Kg, e il quadrato dell'altezza, in metri).

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana.

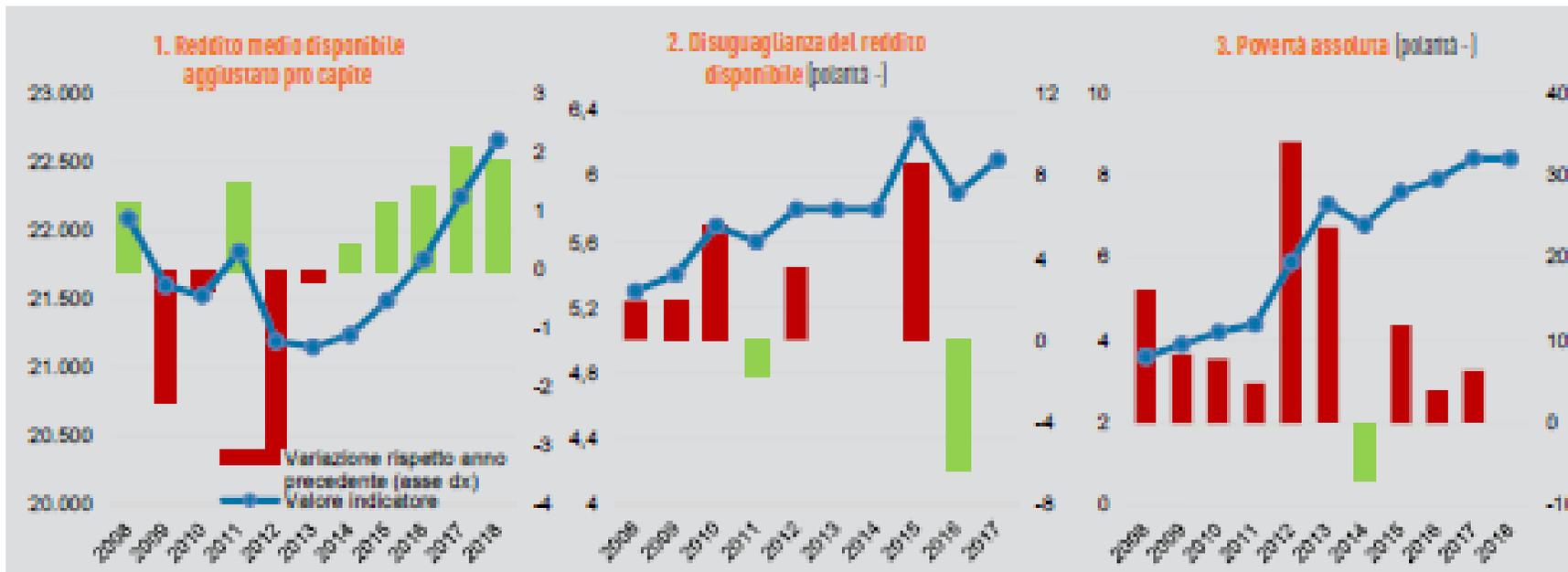
Indicatori di benessere usati nella Legge di Bilancio

Legge di bilancio del 2016 (n. 163) introduce l'uso degli indicatori per valutare le politiche.

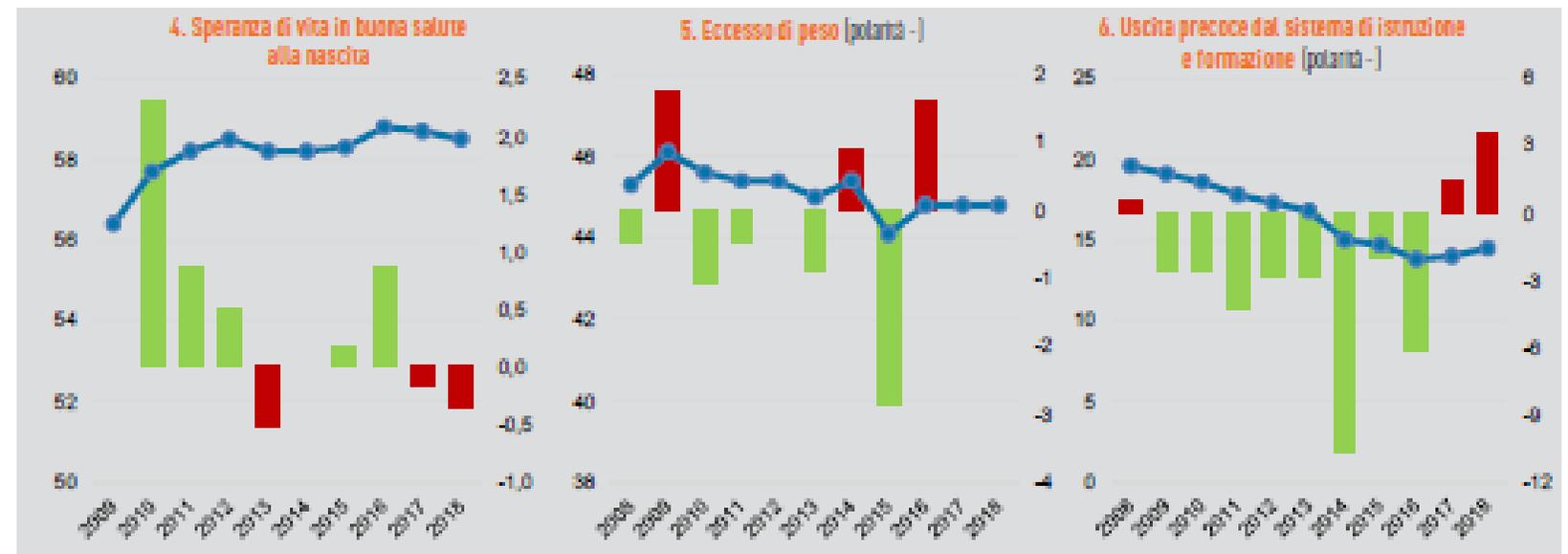
Sono stati scelti 12 indicatori socio economici (due di tipo sanitario).

La serie storica dei 12 indicatori evidenzia un diffuso miglioramento negli ultimi anni accompagnato però da alcune criticità, legate a fattori economici (indicatori 2 e 3), al sistema dell'istruzione (indicatore 6), alla conciliazione dei tempi lavorativi per le donne (indicatore 8).

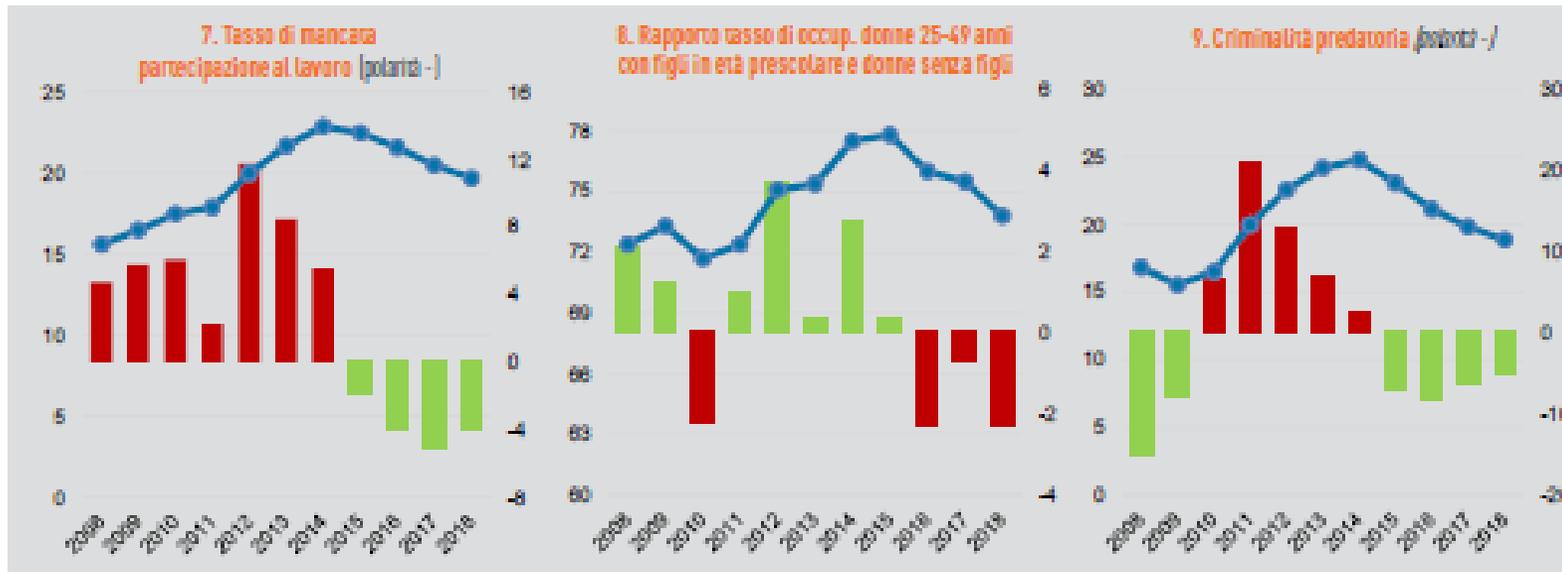
Indicatori economici



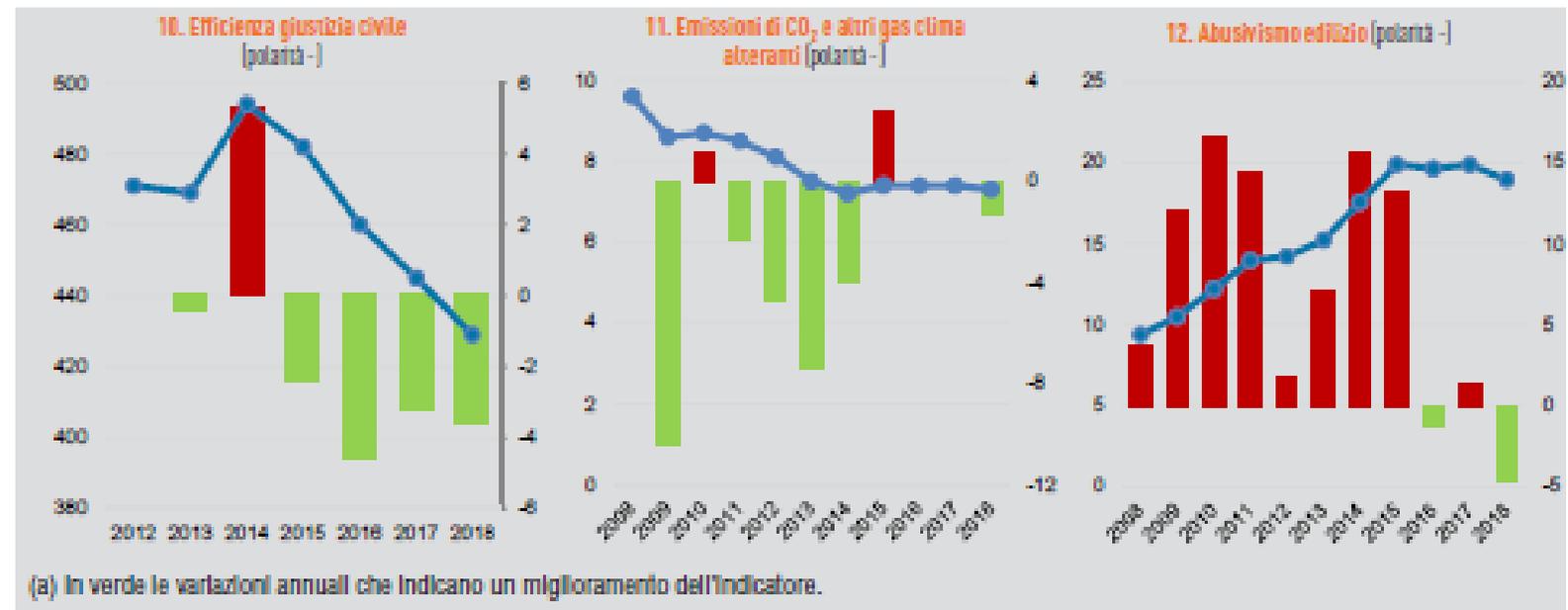
Indicatori salute ed istruzione



Lavoro e sicurezza



Giustizia ed ambiente



I fattori determinanti della salute

Individuare i fattori che determinano lo stato di salute e di benessere della popolazione è una operazione non completamente oggettiva ed è fortemente influenzata da preconcetti anche ideologici.

Stati Uniti



Responsabilità
individuale
(Sistemi Assicurativi)

Europa del Nord



Impegno collettivo
(Sistemi Statali)

I fattori determinanti della salute

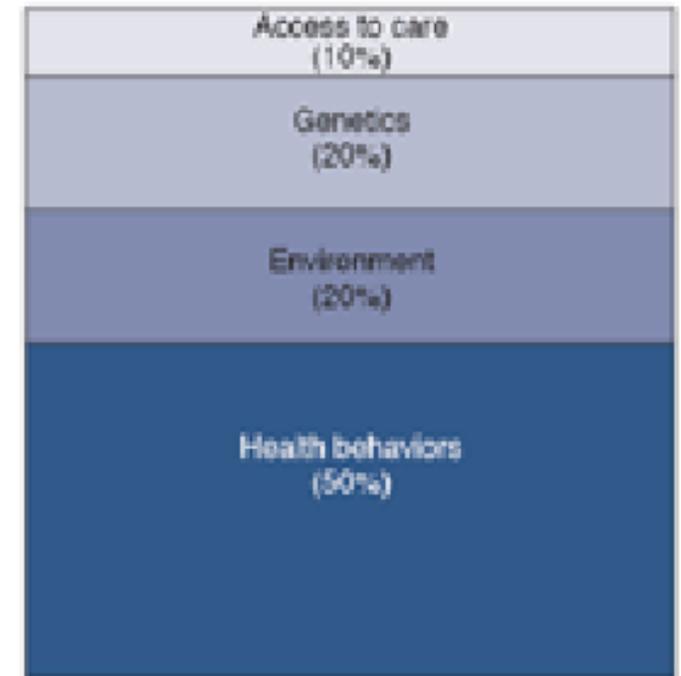


Centers for disease control and prevention



Lo stato di salute delle persone sarebbe condizionato per il 50% dai loro comportamenti e dal loro stile di vita.

Molto meno importanti gli altri fattori: fattori ambientali (20%), fattori genetici (20%), accesso all'assistenza sanitaria (10%).



I fattori determinanti della salute



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993

I fattori determinanti della salute

determinanti non modificabili della salute

- caratteristiche biologiche: il sesso, l'età, il patrimonio genetico

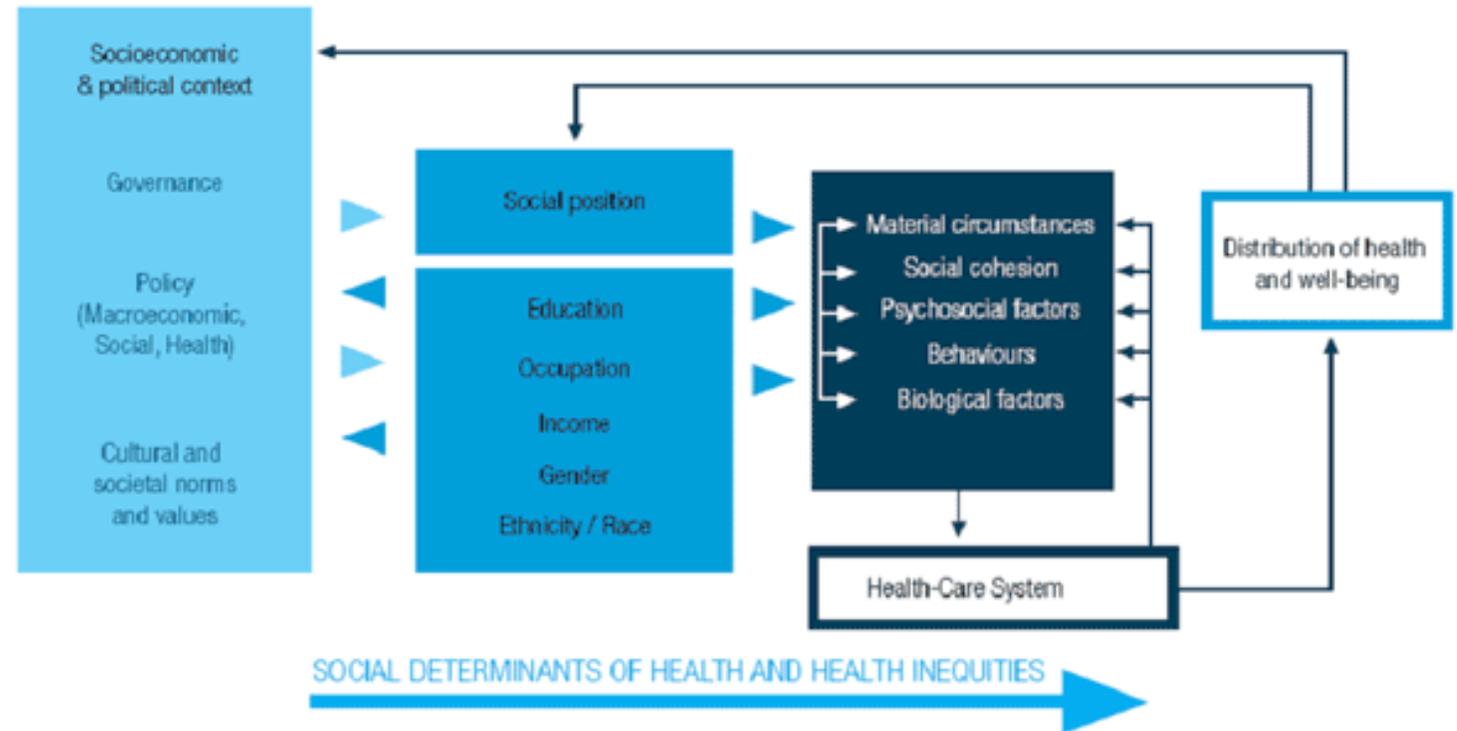
determinanti modificabili della salute (possono essere corretti e trasformati):

- gli stili di vita individuali,
- le reti sociali e comunitarie,
- l'ambiente di vita e di lavoro (educazione, inquinamento, disoccupazione)
- il contesto politico, sociale, economico e culturale.

I determinanti delle diseguaglianze nella salute

Le correlazioni tra i determinanti potrebbero essere complesse.

La salute influenza il lavoro che a sua volta influenza posizione sociale, risorse, istruzione ed altre determinanti che si riflettono sulla salute.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

Indicatori di performance

Sezione 5



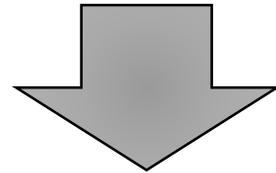
Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

Dal 2007 raccogliendo i dati di 37 paesi l'OECD/OCSE ha avviato un programma di valutazione comparativa delle performance dei sistemi sanitari

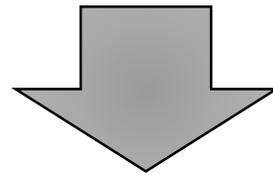
Presenta 70 indicatori che coprono le aree delle cure primarie, delle cure per acuti, della salute mentale, delle cure oncologiche, del benessere del paziente e della sua esperienza con i servizi sanitari

Ocse - Health Care Quality Indicators

DEFINIZIONE DELLA METODOLOGIA



Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide, OECD 2008



documenta le modalità di condivisione con il mondo dei clinici e degli stakeholder

Agenzie di valutazione Sistemi Nazionali

NICE National Institute for Health and Care Excellence



Canadian Institute
for Health Information

Institut canadien
d'information sur la santé



Clinical Governance in Inghilterra

1997 *White Paper*

La *clinical governance* è stata prevista per la prima volta nel *White Paper* presentato dal Partito Laburista nel Dicembre del 1997

1998 “*A first class service*”

Il *Department of Health* presenta le linee guida sulla *clinical governance*: “*A first class service*”

1999 Star Rating System

La riforma *Blair* ha introdotto l’obbligo, per tutte le strutture sanitarie, di attivare al loro interno un’unità di *clinical governance* ed ha fornito un nuovo sistema di valutazione della *performance*, basato sulla logica degli obiettivi. In particolare, esso si basava sul meccanismo dello ***Star Rating System***, un modello multidimensionale della *performance* rimasto in vigore fino al 2005.

Riforma HSCA 2012

2012, Health and Social Care Act 2012

Ha disposto lo **smantellamento** di buona parte dell'infrastruttura pubblica del sistema sanitario inglese.

1. Riduzione della Burocrazia

2 Ottenere un consistente risparmio di spesa da reinvestire nella qualità dei servizi offerti.

Monitor e Care Quality Commission

Effettuano azioni di vigilanza sul rispetto degli **standard qualitativi minimi**.

Rilascia ai *providers* l'autorizzazione per svolgere l'attività.

Health Watch un difensore civico finalizzato al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie, e teso a rendere effettiva la voce dei pazienti.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

Il National Institute of Clinical Excellence, noto come NICE, è un'organizzazione inglese che ha come scopo fondamentale quello di valutare **l'efficacia degli interventi medici, siano essi rappresentati da farmaci, dispositivi medici o procedure fisioterapiche e chirurgiche**, al fine di orientare una corretta utilizzazione delle risorse da parte del National Health Service inglese.

Questo Istituto, che si avvale di uno staff di circa **60 persone**, è stato costituito su volere del Governo inglese per stabilire il **rapporto benefici/rischi** delle varie pratiche mediche.

Produce statistiche di valutazione delle attività sanitarie di **ospedali e general practitioner**

Indicatori Nice

Stato della salute:	morte per tutti i tipi di età (15-64 anni)
	morte per tutti i tipi d'età (65-74 anni)
	decessi per tumore .
	morte per tutte le malattie circolatorie
	tasso di suicidi
	morte per incidenti
	lesioni gravi dovute a incidente

Equità d'accesso	lista di attesa per degenza
	riparazione dentale per adulti
	diagnosi precoce del tumore
	tempo di attesa accesso specialistico per tumore
	numero di MMG
	disponibilità reale MMG
	tasso chirurgia urgente elettiva
tasso di chirurgia-malattia coronarica.	

Appropriatezza	% vaccinazioni infantili
	% codice urgenza usata in modo inappropriato
	gestione delle cure acute
	gestione delle cure croniche
	salute mentale nelle cure primarie
	rapporto costo efficacia delle prescrizioni
	rientro a casa (senza riab) dopo il trattamento per un ictus
rientro a casa (senza riab) dopo il trattamento per un'anca fratturata.	

Efficienza	tariffa giornaliera
	durata medi del soggiorno
	costi medio del parto
	costi delle unità sanitarie di salute mentale
costo medio della prescrizione generica	

Esperienza del paziente del NHS	paziente che attende meno di 2 ore per il trattamento in PS
	operazioni chirurgiche annullate
	dimissioni ritardate da livelli di cura inappropriati
	primo appuntamento ambulatoriale per il quale i pazienti hanno rinunciato
	Pazienti visti in specialistica entro 13 settimane, dal referto GP
	percentuale di coloro che sono in attesa di attesa per 18 mesi o più
	soddisfazione del paziente.

Indicatori Nice

Esiti della prevenzione	gravidanze al di sotto dei 18 anni
	denti cariati, mancanti nei bambini di cinque anni
	riammissione in ospedale a seguito di dimissione
	rimmissione di anziani in emergenza
	riammissioni psichiatriche di emergenza
	nati morti e morte infantile
	Sopravvivenza al tumore al seno
	sopravvivenza al tumore cervice
	sopravvivenza al tumore del polmone
	sopravvivenza al tumore del colon
	Morte, in ospedale a seguito di un intervento chirurgico (somministrazioni di emergenza)
	decessi in seguito a intervento chirurgico (ammissione non di emergenza)
	Morte, in seguito a un grave attacco (età 35-74)
	Morte, in ospedale a seguito di una frattura

Focus sul paziente

Attesa superiore alle 4 ore nel DEA
Qualità del cibo in ospedale
Trattamento del tumore al seno entro un mese
Operazioni annullate
Prenotazione con risposta in un giorno
Trasferimenti ritardati in set di cure appropriati
Operazioni cardiache con oltre nove mesi d'attesa
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: accesso e attesa
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: informazioni e scelta
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: Qualità delle relazioni
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: pulizia, confort e accoglienza
Questionario pronto soccorso ed ambulatorio: coordinamento dell'assistenza, sicurezza e qualità
Accesso diretto all'ambulatorio pediatrico
Procedura per i reclami dei pazienti
Privacy e dignità
Mesi d'attesa per le degenze programmate
Cure ambulatoriali entro tredici settimane
Attese totali di degenza (% del piano)
Tempi di attesa per percorso di accesso rapido in caso di dolore toracico

Focus clinico

Negligenza clinica
Morti entro 30 giorni dall'intervento di bypass cardiaco
Morti entro 30 giorni per procedure chirurgiche selezionate
Riammissione di emergenza in ospedale a seguito di dimissione
Riammissione di emergenza in ospedale a seguito di dimissione (per bambini)
Riammissione di emergenza in ospedale dopo il trattamento per un'anca fratturata
Riammissione di emergenza in ospedale dopo il trattamento per un ictus
Ritorno a casa (senza riab) dopo il trattamento ospedaliero per l'anca fratturata
Ritorno a casa (senza riab) dopo il trattamento ospedaliero per l'ictus
Procedure di controllo delle infezioni
Punteggio di miglioramento della batteriemia resistente alla meticillina Staphylococcus Aureus (MRSA)
Tempo di attesa per trattamento della trombolisi

Focus sulle strutture e sulle risorse

Qualità dei dati
Sicurezza antincendio
Governance dell'informazione
Ore di medici specializzandi
Tasso di assenza di malattia
Sondaggio soddisfazione degli staff

Traduzione delle linee guida Nice nel sito ISS



Sintesi LG NICE (in italiano). Credits: traduzione italiana a cura della Fondazione GIMBE

🕒 1 Settembre 2017 📁 Buone pratiche

Dalle rigorose e indipendenti **linee guida** del *National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE)* una sintesi delle raccomandazioni cliniche, corredate dei livelli di evidenza, relative a prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione di patologie e condizioni di notevole rilevanza clinica e/o ad elevato impatto epidemiologico.

- [Diagnosi e terapia dell'ipertensione arteriosa in gravidanza – \(2020\)](#)
- [Diagnosi e terapia della broncopneumopatia cronica ostruttiva negli adulti – \(2019\)](#)
- [Diagnosi e terapia dello scompenso cardiaco cronico negli adulti – \(2019\)](#)
- [Diagnosi e terapia dell'artrite reumatoide negli adulti – \(2019\)](#)
- [Diagnosi, trattamento e supporto dei pazienti affetti da demenza – \(2018\)](#)

NHS KEY STATISTICS



The image shows the cover of a briefing paper from the House of Commons Library. The top left features the House of Commons Library logo. Below it, a green bar contains the text 'BRIEFING PAPER' and 'Number 7281, 16 October 2019'. The main title is 'NHS Key Statistics: England, October 2019'. The author is 'By Carl Baker'. The bottom half of the cover features a photograph of a brick building with 'University Hospital NHS Trust' and a large 'NHS' logo. A green vertical bar on the right side contains a 'Contents' section with a numbered list of 10 items.

HOUSE OF COMMONS LIBRARY

BRIEFING PAPER
Number 7281, 16 October 2019

NHS Key Statistics:
England, October 2019

By Carl Baker

Contents:

1. Accident & Emergency
2. Waiting Times for Consultant-Led Treatment
3. Cancer Waiting Times
4. Delayed Transfers of Care
5. Cancelled Operations
6. Diagnostic Tests: Activity and Waiting Times
7. Ambulance Response Times
8. Doctors, Nurses and other staff
9. Hospital Inpatient and outpatient activity
10. Bed Availability and Occupancy

Monitoraggio degli obiettivi NHS

Tempi di attesa nei DEA (rispetto all'obiettivo massimo di 4 ore)

Tempi di attesa per la presa in carico (rispetto all'obiettivo di 18 settimane)

Tempi di accesso all'accertamento specialistico da MMG per tumore (rispetto 14 gg massimi)

Dimissione ritardata da set di assistenza inappropriato

Interventi urgenti programmati cancellati (e % non riprogrammati)

Tempi d'attesa per la refertazione esami diagnostici

Tempi di intervento delle ambulanze

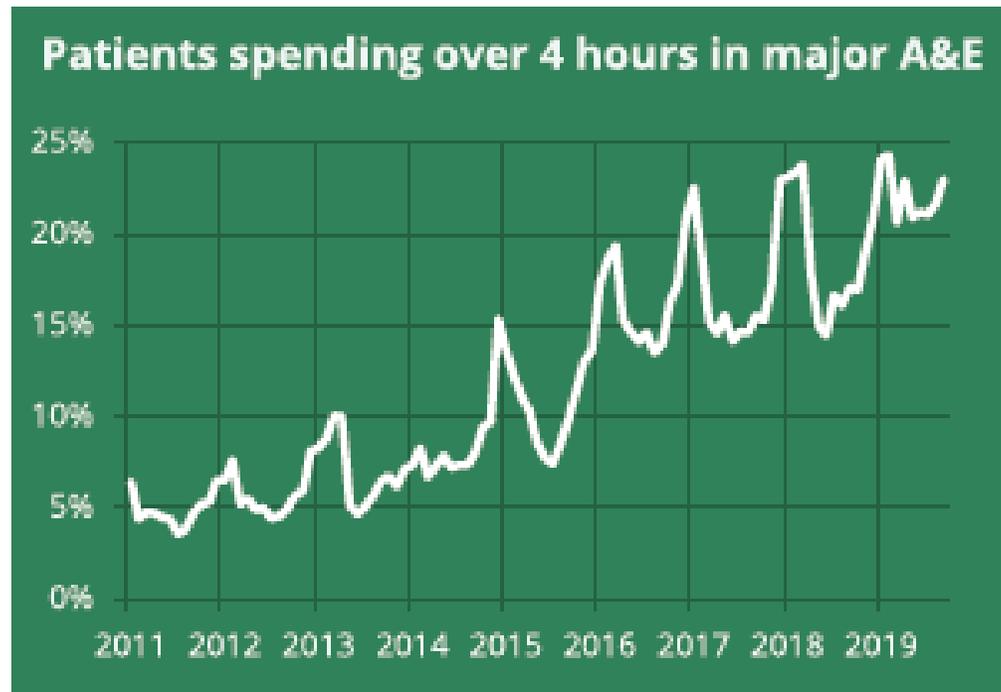
Disponibilità Personale dell'NHS

Disponibilità ed occupazione di posti letto ordinari

Disponibilità di posti letto ed occupazione

Tempi di attesa nei DEA (oltre 4 ore)

Andamento



Peggiori ospedali

Highest percentage waiting over 4 hours

Lancashire Teaching Hospitals NHS FT	42.9%
Blackpool Teaching Hospitals NHS FT	39.2%
King's College Hospital NHS FT	37.3%
Barking, Havering & Redbridge Uni Hospitals	36.7%
Croydon Health Services Trust	36.6%
The Hillingdon Hospitals NHS FT	36.5%
United Lincolnshire Hospitals Trust	36.4%
Worcestershire Acute Hospitals Trust	35.2%
Shrewsbury And Telford Hospital Trust	34.6%
Norfolk And Norwich University Hospitals NHS FT	34.3%

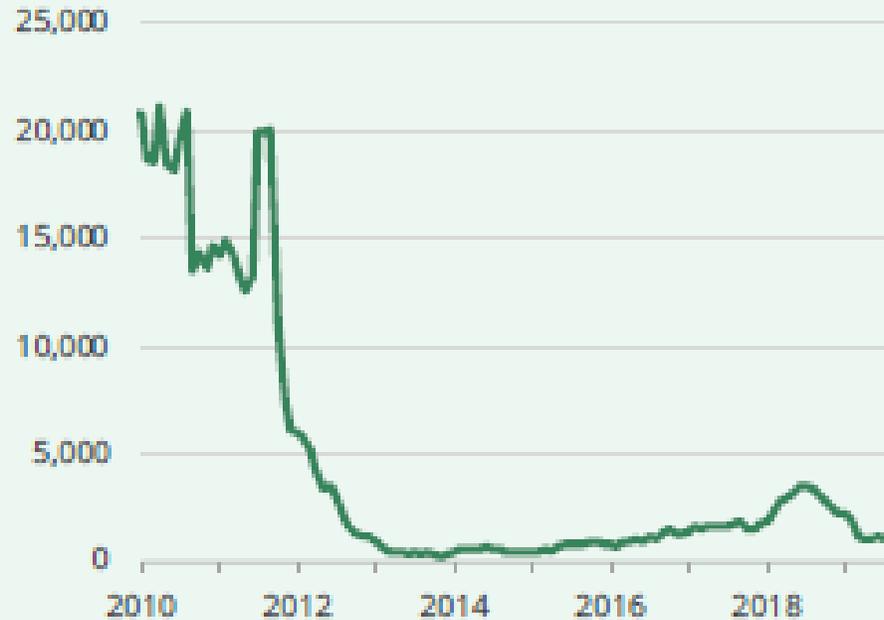
Tempi di attesa per la presa in carico per trattamenti

The 18-week waiting times target has not been met since early 2016

Waiting time in weeks (92nd percentile)
Target 18 wks



Waits over 52 weeks



Tempi di accesso all'accertamento specialistico per tumore (rispetto 14 gg massimi) inviati da MMG

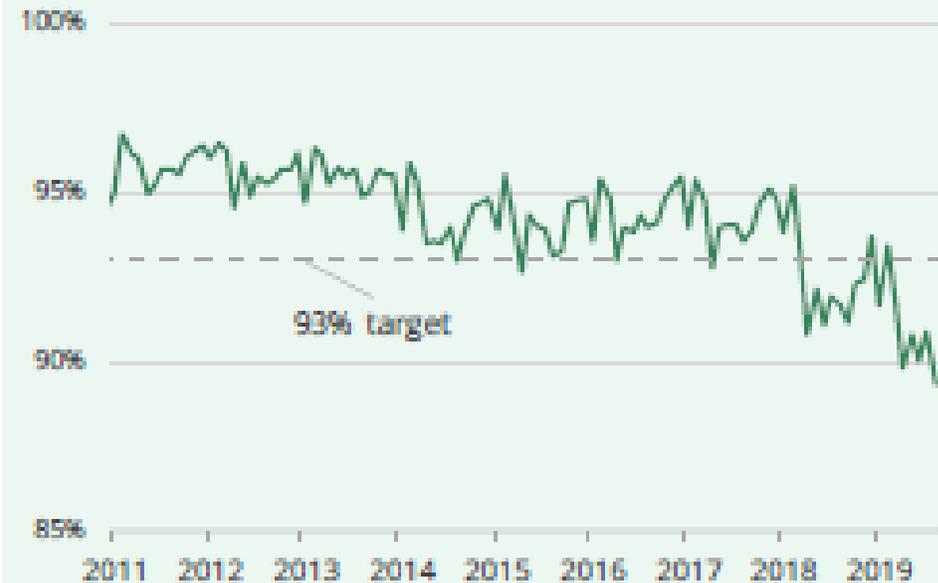
Urgent GP referrals with suspected cancer have doubled since 2011

Average number of referrals per day in England



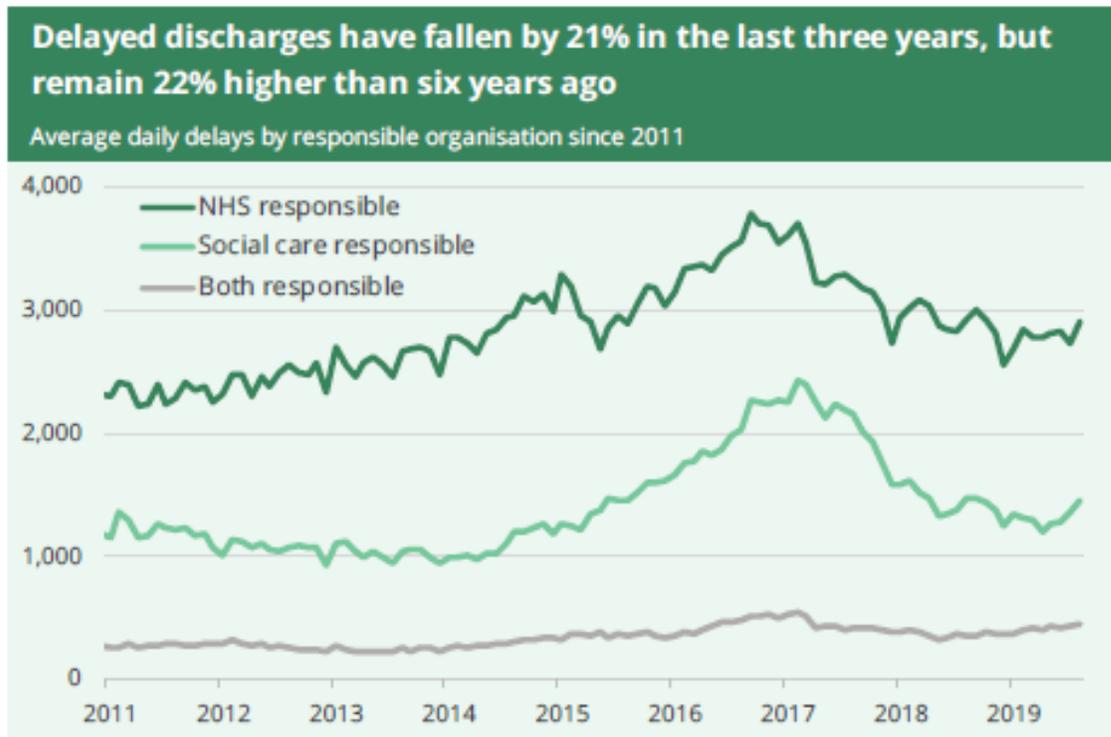
The 2-week waiting time target for GP referrals has not been met for the past six months

% waiting less than 2 weeks from referral to consultant appointment



Dimissioni ritardate da set inappropriati

Andamento



Peggiori ospedali

Acute delayed transfers: trusts with the highest percentage of bed days lost, Jan-Mar 2019

Wye Valley NHS Trust	7.7%
Lancashire Teaching Hospitals NHS FT	7.2%
North West Anglia NHS FT	6.8%
Hampshire Hospitals NHS FT	6.4%
East Kent Hospitals University NHS FT	6.3%
Royal Cornwall Hospitals Nhs Trust	6.2%
The Walton Centre NHS FT	6.2%
University Hospital Southampton NHS FT	6.2%
South Tees Hospitals NHS FT	6.1%
Royal Devon And Exeter NHS FT	5.8%

Interventi urgenti programmati cancellati

Around 1% of elective operations are cancelled on the day. The percentage of cancellations not treated within 28 days has doubled in recent years

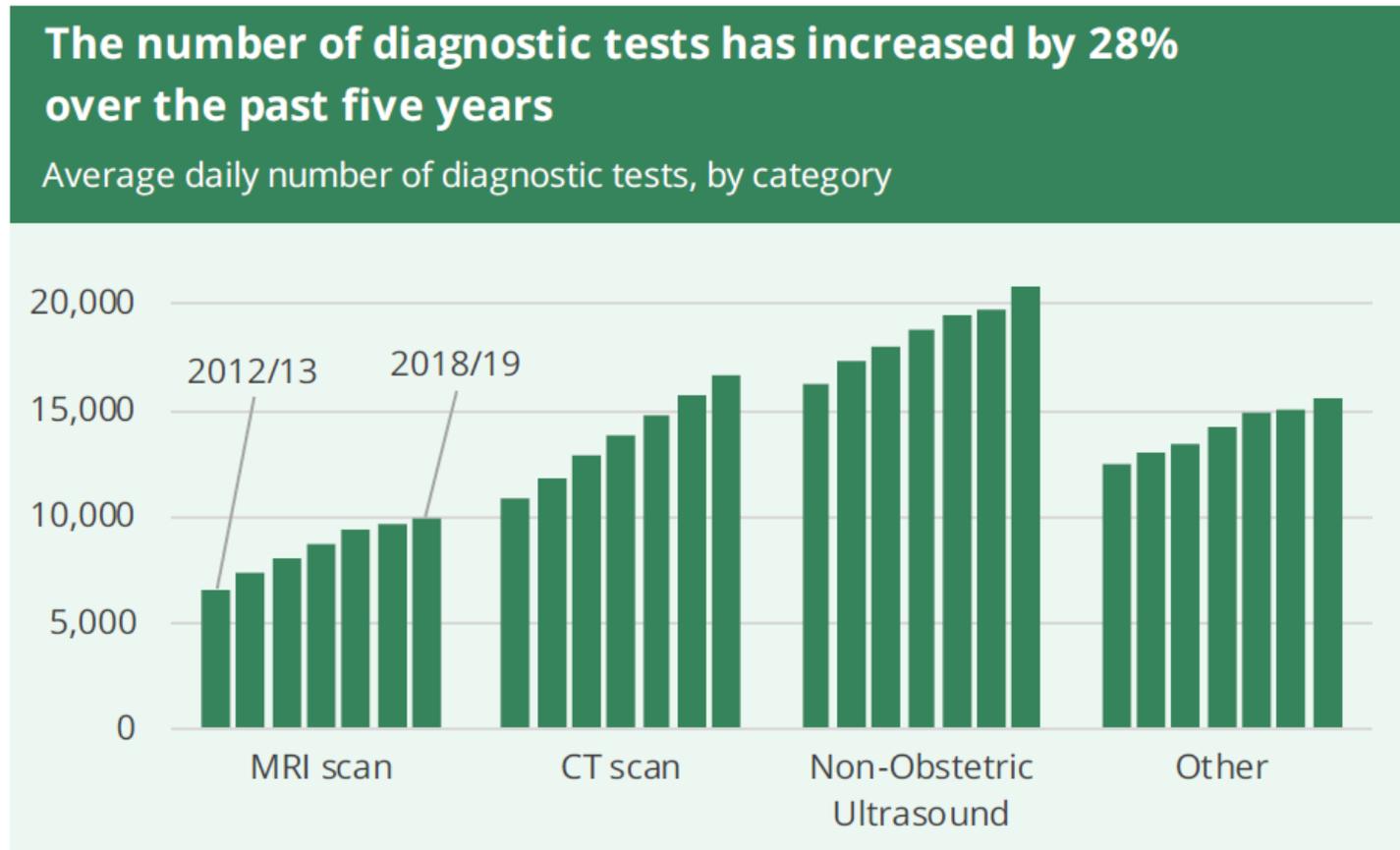
Cancellations as a % of all elective admissions



Cancellations not treated within 28 days of cancellation



Tempi di attesa per referto diagnostico



Tempi di attesa per referto diagnostico

Andamento

The percentage waiting over 6 weeks fell substantially between 2006 and 2008...



Peggiori ospedali

Patients waiting 6+ weeks for a diagnostic test
10 CCGs with highest percentage, August 2019

Brighton and Hove CCG	20%
Vale of York CCG	19%
Devon CCG	18%
Mid Essex CCG	16%
Scarborough and Ryedale CCG	14%
North East Lincolnshire CCG	14%
Castle Point and Rochford CCG	14%
Southend CCG	13%
Somerset CCG	13%
Hull CCG	12%

Personale dell’NHS

Medici ospedalieri

There are 11.6% more hospital doctors than five years ago

FTE doctors in NHS hospital and community health services

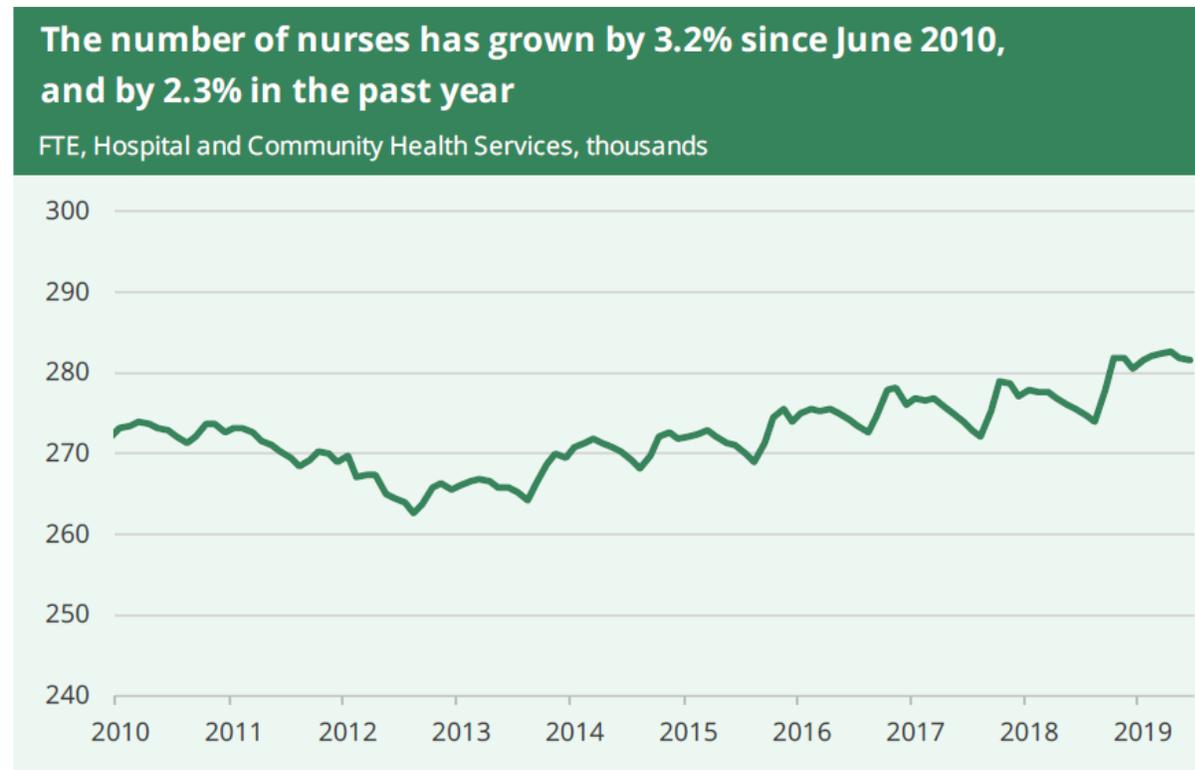


Changes in hospital medical staff since 2011, by specialty

Specialty	Jun 2011	Jun 2015	Jun 2019	Change 2011-2019	
General medicine	25,313	27,723	30,034	+4,721	+19%
Surgical	20,817	21,997	23,881	+3,064	+15%
Anaesthetics	11,486	12,537	13,951	+2,465	+21%
Psychiatry	8,633	8,638	8,936	+303	+4%
Paediatric	7,197	7,642	8,532	+1,335	+19%
Emergency Medicine	5,015	5,830	7,126	+2,112	+42%
Obstetrics & gynaecology	5,351	5,578	5,996	+645	+12%
Radiology	3,421	3,843	4,462	+1,040	+30%
Pathology	3,803	3,947	4,249	+446	+12%
Dental	2,037	2,231	2,433	+396	+19%
Clinical oncology	1,007	1,202	1,312	+305	+30%
Public health & community	2,082	1,396	947	-1,135	-55%
Total	96,162	102,564	111,860	+15,697	+16%

Personale dell’NHS

Infermieri



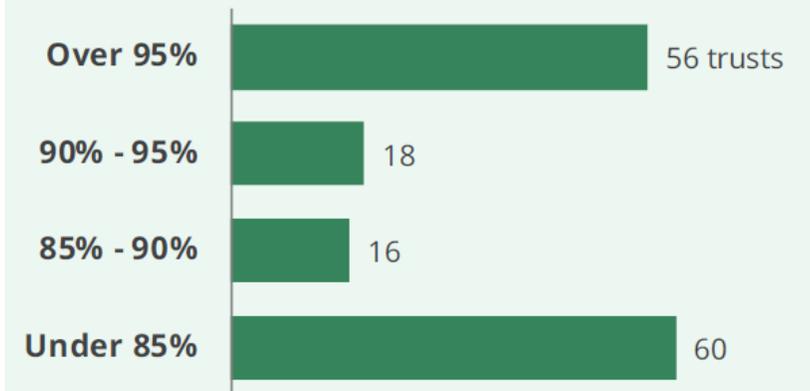
Disponibilità ed Occupazione dei letti ordinari

Bed Availability and Occupancy, 2010-2019

Period	Beds Open Overnight					Day Only	ALL BEDS
	Total	General & Acute	Learning Disabilities	Maternity	Mental Illness	Total	
AVERAGE BEDS AVAILABLE							
Apr-Jun 2010	144,455	110,568	2,465	7,906	23,515	11,783	156,238
Apr-Jun 2018	128,589	101,398	1,078	7,718	18,395	12,463	141,052
Apr-Jun 2019	128,649	101,790	967	7,622	18,271	12,658	141,307
Change '11-'19	-10.9%	-7.9%	-60.8%	-3.6%	-22.3%	+7.4%	-9.6%
AVERAGE OCCUPANCY							
Apr-Jun 2010	84.8%	86.3%	76.9%	60.2%	87.1%	76.5%	84.2%
Apr-Jun 2018	87.8%	89.8%	76.0%	58.2%	89.8%	85.1%	87.6%
Apr-Jun 2019	87.9%	90.0%	72.5%	58.4%	89.6%	84.3%	87.6%

Half of NHS trusts had bed occupancy above 90% in Jan-Mar 2019

General & acute occupancy



NHS – Scotland - Information Services Division

ISD Scotland better information, better decisions, better health

<ul style="list-style-type: none"> Cancer Child Health Deaths Dental Care Drugs & Alcohol Misuse Emergency Care Equality & Diversity Eye Care Finance General Practice Health & Social Care Health Conditions Heart Disease Hospital Care Maternity & Births Mental Health Prescribing & Medicines Public Health Quality Indicators Quality Measurement Framework Scottish Healthcare Audits Sexual Health Stroke Waiting Times Workforce 	<p>Full Report</p> <p>Prostate Cancer Quality Performance Indicators 17 December 2019</p> <p>Publication Summary Download [218kb]</p> <p>Full Report Download [932kb]</p> <p>Data Tables View Data Tables</p> <hr/> <p>Annual Report on Complaints - National Performance Indicator 17 December 2019</p> <p>Publication Summary Download [133kb]</p> <p>Full Report n/a</p> <p>Data Tables View Data Tables</p> <hr/> <p>Hospital Standardised Mortality Ratios 12 November 2019</p> <p>Publication Summary Download [191kb]</p> <p>Full Report Download [1142kb]</p> <p>Data Visualisation View Data Visualisation</p> <p>Data Tables View Data Tables</p> <hr/> <p>Scottish Atlas of Variation - REVISED (Revised 16 October 2019) 24 September 2019</p> <p>Publication Summary Download [153kb]</p>
--	---



15 INDICATORI TRATTAMENTO TUMORE PROSTATA

QPI	Target	2015/16	2016/17	2017/18
QPI 1 - Biopsy Procedure	90%	96.0	94.6	93.6
QPI 2(i) - Radiological Staging	95%	98.8	99.0	99.7
QPI 2(ii) - Radiological Staging	95%	90.6	89.8	86.7
QPI 3 - Pathology Reporting	90%	89.2	97.0	98.5
QPI 4(i) - Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT)	95%	94.0	94.2	93.8
QPI 4(ii) - Multi-Disciplinary Team Meeting (MDT)	95%	83.6	83.8	84.5
QPI 5 - Surgical Margins	<20%	18.8	18.4	17.6

15 INDICATORI TRATTAMENTO TUMORE PROSTATA

QPI	Target	2015/16	2016/17	2017/18
QPI 7(i) - Hormone Therapy	95%	87.5	89.5	87.3
QPI 7(ii) - Hormone Therapy	70%		18.2	18.8
QPI 8(i) - Post Surgical Incontinence	<20%	19.5	14.1	
QPI 8(ii) - Post Surgical Incontinence	<10%	8.2	5.9	
QPI 11(i) - Early Management of Active Surveillance	95%	23.2	73.3	
QPI 11(ii) - Early Management of Active Surveillance	75%	41.5	40.6	
QPI 12 - 30 Day Mortality following Chemotherapy	<5%		1.9	1.0
QPI 13 - Clinical Trials and Research Study Access	15%		7.1	7.0

			Grampian			Highland			Orkney			Shetland		
			2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18	2015/16	2016/17	2017/18
QPI 1 - Biopsy Procedure	90%	D	96.3	94.3	97.3	89.5	93.3	97.2	*	*	*	92.9	100.0	100.0
QPI 2(i) - Radiological Staging	95%	D	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	*	*	*	*		
QPI 2(ii) - Radiological Staging	95%	D	71.3	77.5	62.4	92.3	78.7	78.0	*	*	*	33.3	50.0	
QPI 3 - Pathology Reporting	90%	D	66.1	98.9	97.6	32.4	64.3	96.9	*	*	*	88.2	100.0	95.0
QPI 4(i) - Multi-Disciplinary Team Meeting ..	95%	D	90.5	87.4	89.0	97.5	95.1	93.8	*	*	*	100.0	100.0	93.8
QPI 4(ii) - Multi-Disciplinary Team Meeting..	95%	D	73.5	84.1	77.8	90.9	89.5	88.5	*	*	*			100.0
QPI 5 - Surgical Margins	<20%	S	23.5	18.8	12.0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
QPI 7(i) - Hormone Therapy	95%	D	92.1	84.5	85.7	85.2	85.7	82.8	*	*	*			87.5
QPI 7(ii) - Hormone Therapy	70%	D	*	9.1	21.1	*	45.8	12.5	*	*	*	*		25.0
QPI 8(i) - Post Surgical Incontinence	<20%	S	32.0	32.0		*	*		*	*		*	*	
QPI 8(ii) - Post Surgical Incontinence	<10%	S	12.0	15.0		*	*		*	*		*	*	
QPI 11(i) - Early Management of Active Su..	95%	D	76.1	100.0		61.9	92.9		*	*			100.0	
QPI 11(ii) - Early Management of Active S..	75%	D	20.0	46.2		61.9	70.0		*	*				
QPI 12 - 30 Day Mortality following Chemo..	<5%	D		0.0	0.0		0.0	2.6					*	
QPI 13 - Clinical Trials and Research Stud..	15%	R		1.6	2.1		20.8	21.6					0.0	0.0

Esempio di P4P: Pagamento ad esito

QOF (Quality and Outcome Framework dei GPs)

Consente di incrementare fino al 25% la remunerazione attraverso il raggiungimento di determinati obiettivi, rappresentati da 76 indicatori di qualità clinica (riferiti quasi esclusivamente alle malattie croniche e 70 indicatori relativi all'organizzazione dell'assistenza e all'esperienza dei pazienti).

“Health Insurance Review and Assessment service of Korea” (HIRA)

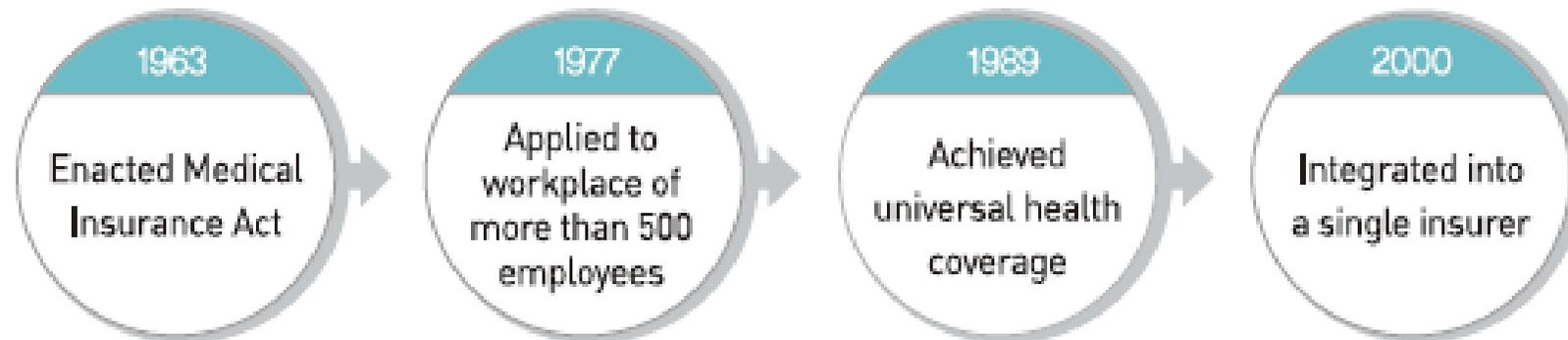


Un totale di 329 indicatori costituisce il nucleo informativo per il monitoraggio delle attività, veicolate anche attraverso programmi di **“Pay for Performance”**, attraverso i quali, per determinati livelli raggiunti, corrispondono quote rilevanti di finanziamento del servizio sanitario.

Un sistema a copertura universale con il rischio sui professionisti

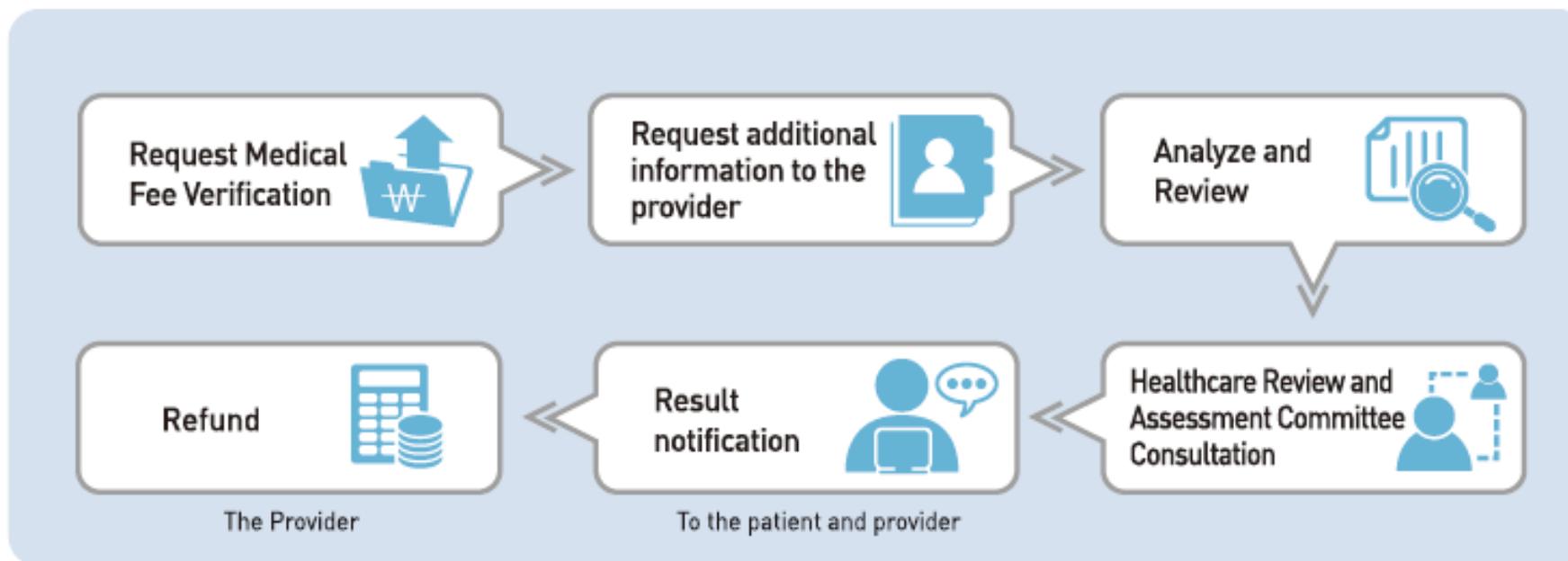
South Korea's Health Insurance System

- ▶ Health Insurance System was first legislated in 1963. From 1977, all workplaces with more than 500 employees were required to mandatorily participate in the system. In 1989, 12 years after the first implementation, universal health insurance coverage was achieved.
- ▶ In 2000, National Health Insurance Act was enacted and all insurers were integrated into a single insurer. National Health Insurance Service (NHIS) and Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA) were established.



Procedura di Verifica delle spese mediche

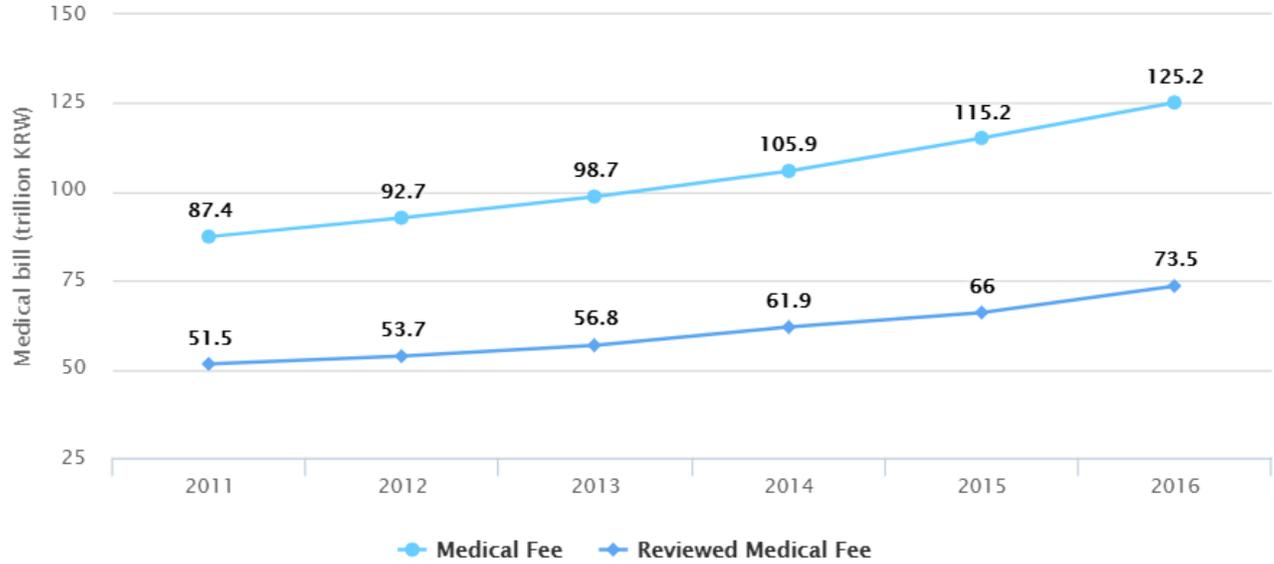
[Medical Fee Verification Procedure]



Spesa e spesa rivista

Medical fee and reviewed medical fee trend (Annually)

Reference: OECD, HIRA



Componenti di spesa

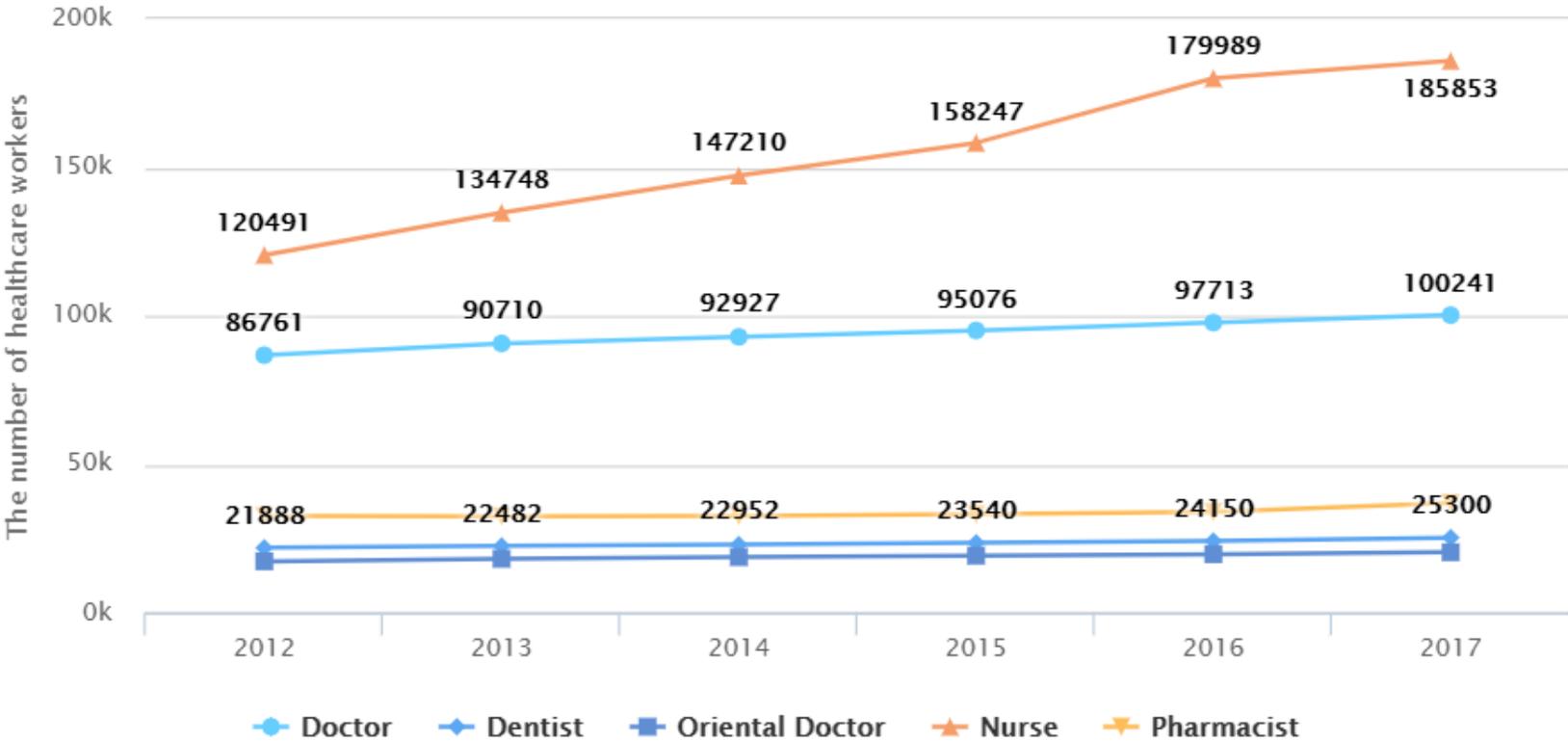
Section	total	Basic	Service	Drug	Treatment Material	Flat-rate
2015 Reviewed Medical Fee	58.0	15.0	22.9	14.1	2.0	4.1
	(100%)	(25.8%)	(39.4%)	(24.3%)	(3.4%)	(7.1%)
2016 Reviewed Medical Fee	64.7	16.3	25.9	15.4	2.5	4.5
	(100%)	(25.3%)	(40.1%)	(23.9%)	(3.8%)	(7.0%)
2017 Reviewed Medical Fee	69.6	17.2	28.5	16.2	2.7	5.0
	(100%)	(24.8%)	(40.9%)	(23.3%)	(3.9%)	(7.2%)

* Footnote: () is share of total reviewed medical fee.

(Unit: trillion KRW)

Numero di operatori sanitari

The number of healthcare workers



Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo

"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

APP

PNE APP
 Google play
 App Store

PNE INFORMA

<p>Taglio cesareo Cosa sapere</p>	<p>Infarto Numero minimo di ricoveri raccomandati?</p>	<p>Colecistectomia Numero minimo di interventi?</p>
---------------------------------------	--	---

FORMAZIONE

- Formazione ECM
- Tutorial
- Panoramica del sito

Leggenda (Accesso password)

Struttura Ospedaliera/ASL

Sintesi per Struttura/ASL

Strumenti per audit

S.I. Emergenza Urgenza

Sperimentazioni regionali

Esperienze di
comparative effectiveness research

Esperienze italiane



valutazione sistematica di esito

Lazio, con la prima pubblicazione dei dati nel 2006, la Lombardia e successivamente la Toscana



A partire dal 2010, nell'ambito dei progetti finanziati dal CCM è stato avviato da AgeNaS, per conto del Ministero della Salute, il Programma nazionale di valutazione di esito (PNE).

Nascita del programma

Nell'agosto del 2012 la Legge nazionale 135 promuove il passaggio dalla fase sperimentale di PNE ad una funzione tecnica



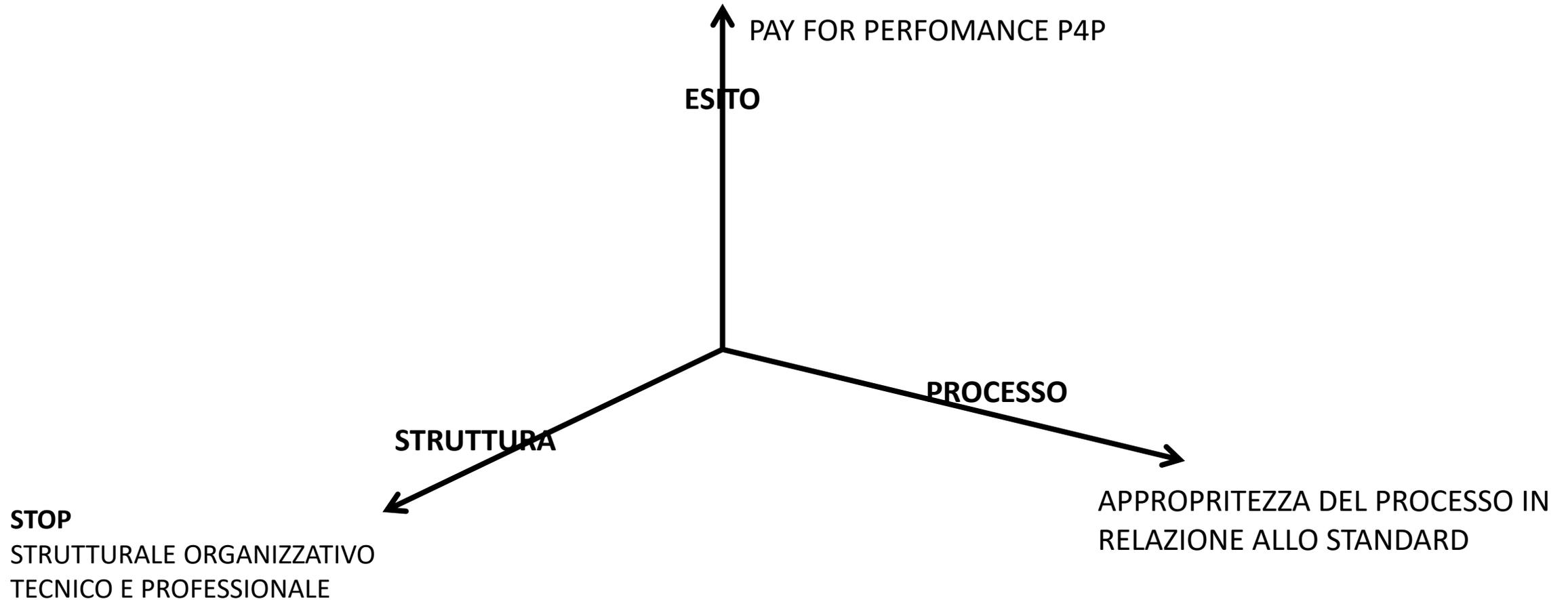
Con la deliberazione della **Conferenza permanente per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni** n. 20 del 24 gennaio 2013



MANDATO
ALL'AGENAS

Sviluppare la **valutazione degli esiti** degli interventi sanitari,
(definibile come Stima)
con disegni di studio osservazionali
(non sperimentali)

La qualità e gli indicatori di misura



Cosa produce il PNE

Le misure di PNE sono strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico e organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

Il PNE non produce classifiche, graduatorie o pagelle

Esempi d'uso

DRG 119 – Legatura e Stripping di vene

Evidenziazione di strutture che erogano volumi al di sopra della media nazionale

Acquisizione e controllo delle cartelle

Evidenziazione della % di inappropriatazza

Nota di credito

Monitoraggio negli anni successivi

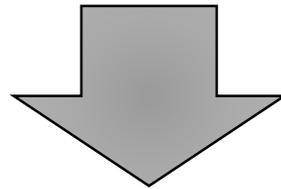
Esempi d'uso

Mortalità per carcinoma gastrico entro 30 gg

Verificato scostamento significativo dalla media attesa

Analisi delle cause

(x esempio: assenza di terapia Intensiva post intervento)



Quale strategia si propone?

Soluzione possibile

Riorganizzazione dell'offerta e specializzazione

1. Individuazione migliore equipe
2. Collocamento in presidio con terapia intensiva adeguata
3. Concentrazione casi (modello H&S)

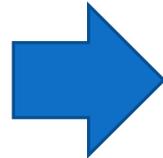
Modelli Hub e Spoke

Mozzo e raggio



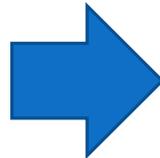
Si fondano sulla differenziazione degli ospedali rispetto alla complessità della casistica trattata

HUB



è il perno del sistema, nel quale vengono concentrate tutte le maggiori tecnologie e le équipes specializzate per effettuare la casistica di alta e media complessità

SPOKE



si effettuano, invece, trattamenti di media e bassa complessità generalmente in regimi assistenziali di DH, DS o ambulatoriali

Vale per presidi della stessa Azienda ma anche per eventuali ipotesi interaziendali

Modelli «polo ed antenne»

Si basano sulla ricerca della COMPLEMENTARIETA' tra ospedali

POLO



Si SPECIALIZZA IN ALCUNE DISCIPLINE

ANTENNE



FORNISCONO I CASI SELEZIONATI (+ COMPLESSI)
AL POLO SPECIALIZZATO

Ogni ospedale può essere polo per una
determinata disciplina e antenna per le altre

Logiche «pendolo»

Nelle organizzazioni ospedaliere **in rete** le equipe mediche si spostano tra i nodi della rete stessa.

Intraospedale → intensità di cura

Intraaziendale → spazi programmati

Interaziendale → utilizzo strutture di altra azienda con supporto di
equipe locale

Indicatori PNE 2018

Area	Sub	Volume	Processo	Tasso	Esito	
Cardiovascolare	14	20	2	5	9	36
Cerebrovascolare	4	6			5	11
Digerente	3	4	5	2	1	12
Muscoloscheletrico	7	7	2	2	8	19
Perinatale	3	7				7
Respiratorio	2	2		4	2	8
Urogenitale	3	2	2	3	1	8
Malattie Infettive	4			4		4
Orl (in proc chir)	3	3				3
Pediatria	5	7			2	9
	48	58	11	20	28	117

Indicatori per area del PNE

Area cardiovascolare

ESITO	IMA: MACCE a un anno
	IMA senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni
	IMA con esecuzione di PTCA entro 2 giorni: mortalità a 30 giorni
	IMA con esecuzione di PTCA oltre 2 giorni dal ricovero: mortalità a 30 giorni dall'intervento
	Scadenza cardiaca congestizio: mortalità a 30 giorni
	IMA: mortalità a 30 giorni
	IMA: mortalità a un anno
	IMA: mortalità a 30 giorni (diagnosi principale)
	STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)
	N-STEMI: mortalità a 30 giorni (grezzi)
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
	By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	IMA: proporzione di trattati con PTCA nel ricovero indice o nei successivi entro 7 giorni
	IMA: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni
	STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezzi)
	N-STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni (grezza)
	Scadenza cardiaca congestizio: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
	IMA: proporzione di ricoveri entro 2 giorni

Indicatori per area del PNE

Area gastroenterica

ESITO	Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: altro intervento a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica in regime di day surgery: complicanze a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
	Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni
	Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni

Area Ortopedica

ESITO	Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni
PROCESSO	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
	Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
	Frattura del collo del femore: giorni di attesa per intervento chirurgico

Indicatori per area del PNE

Perinatale

Solo di processo

PROCESSO	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio
	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
	Parto naturale: ricoveri successivi durante il puerperio
	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio (struttura di ricovero)
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario

Altre aree meno sviluppate

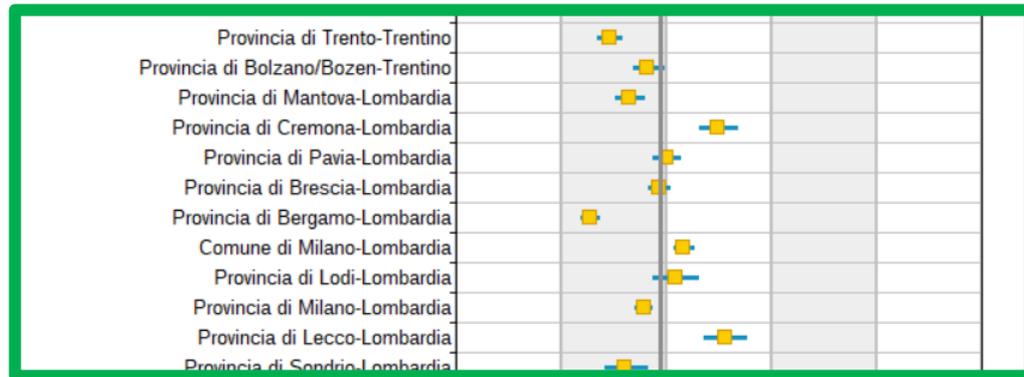
Respiratoria, Cerebrovascolare, Renale

BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero

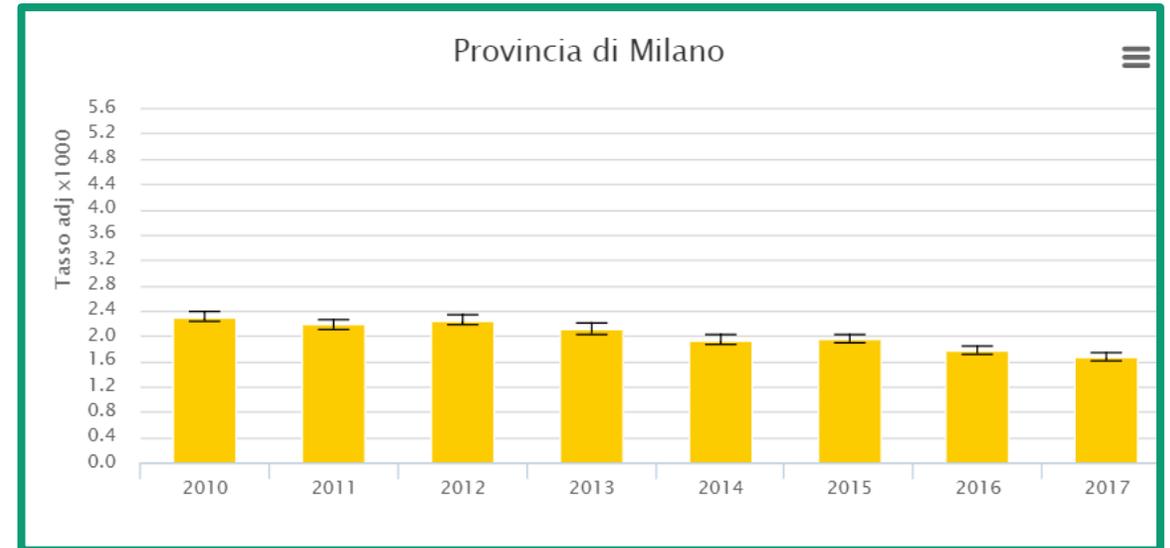
	<p>PNE (Programma Nazionale Esiti) Italia</p> <p>Programma Nazionale Esiti - PNE</p> 	<p>MeS (Management e Sanità) S. Anna - Pisa - Italia</p>  	<p>King's Health Partners Londra</p>  <p>Pioneering better health for all</p>
Fonti dati	SDO (Sistema Informativo Ospedaliero) AT (Anagrafe Tributaria) EmUr (Emergenza-Urgenza)	SDO, Prestazioni Ambulatoriali, PS, 118, Certificati di Assistenza al Parto, AD-RSA (assistenza domiciliare e residenziale)...	PEDIC (Patient Experience Data Intelligence Centre)
Classi di indicatori	Esito e Processo, Volumi attività, Ospedalizzazione	Sintesi, Valutazione, Osservazione	Patient/staff satisfaction and perception
Medicine and Surgery:			
- cardio-cerebro-vascolare	✓	✓	✗
- pneumologia	✓	✓	✗
- epatologia, nefrologia	✗	✓	✓
- urologia	✓	✓	✗
- gastroenterologia	✓	✓	✓
- ortopedia	✓	✓	✓
- chirurgia oncologica	✓	✓	✓
- ostetricia	✓	✓	✗
- malattie infettive	✓	✓	✗
- otorinolaringoiatria	✓	✓	✗
Mental health	✗	✓	✓
Pharmaceutical sciences	✗	✓	✓
Nursing prowess	✗	✗	✓
Imaging e ingegneria biomedica	✗	✓	✓
Cure palliative	✗	✗	✓

Come si possono leggere i dati?

Posizionamento rispetto al valore medio



Miglioramento



Valore medio

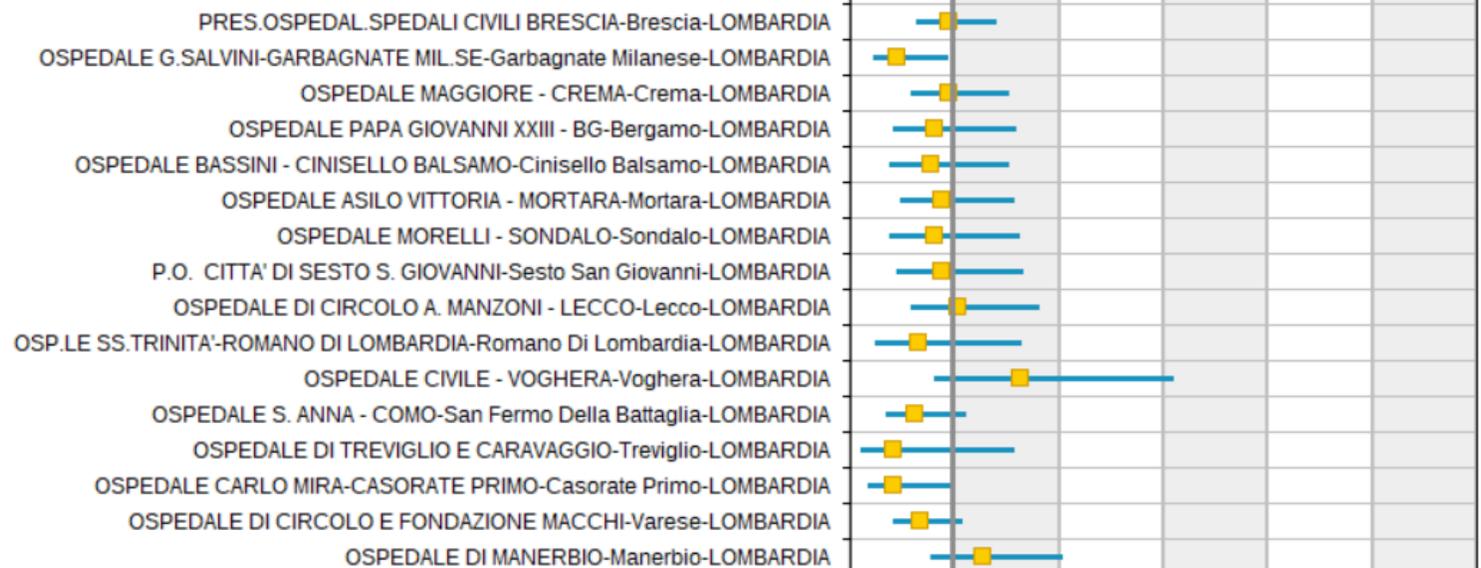
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni - Italia 2017

 Ordina/filtra

 vedi tabella

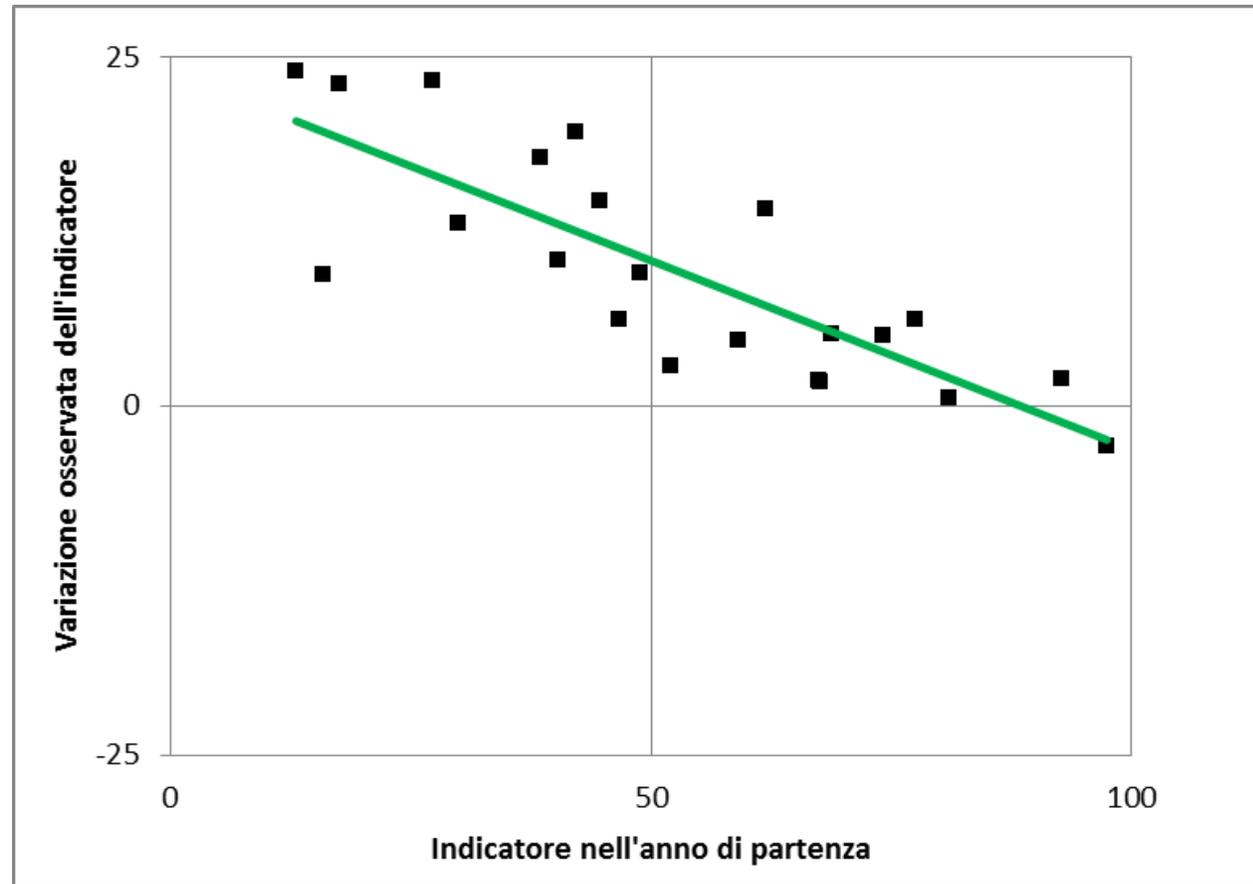
 protocollo

Filtri attivi: → Tutte le strutture → Tutte le regioni → Confronto media nazionale Ordinato per Regione

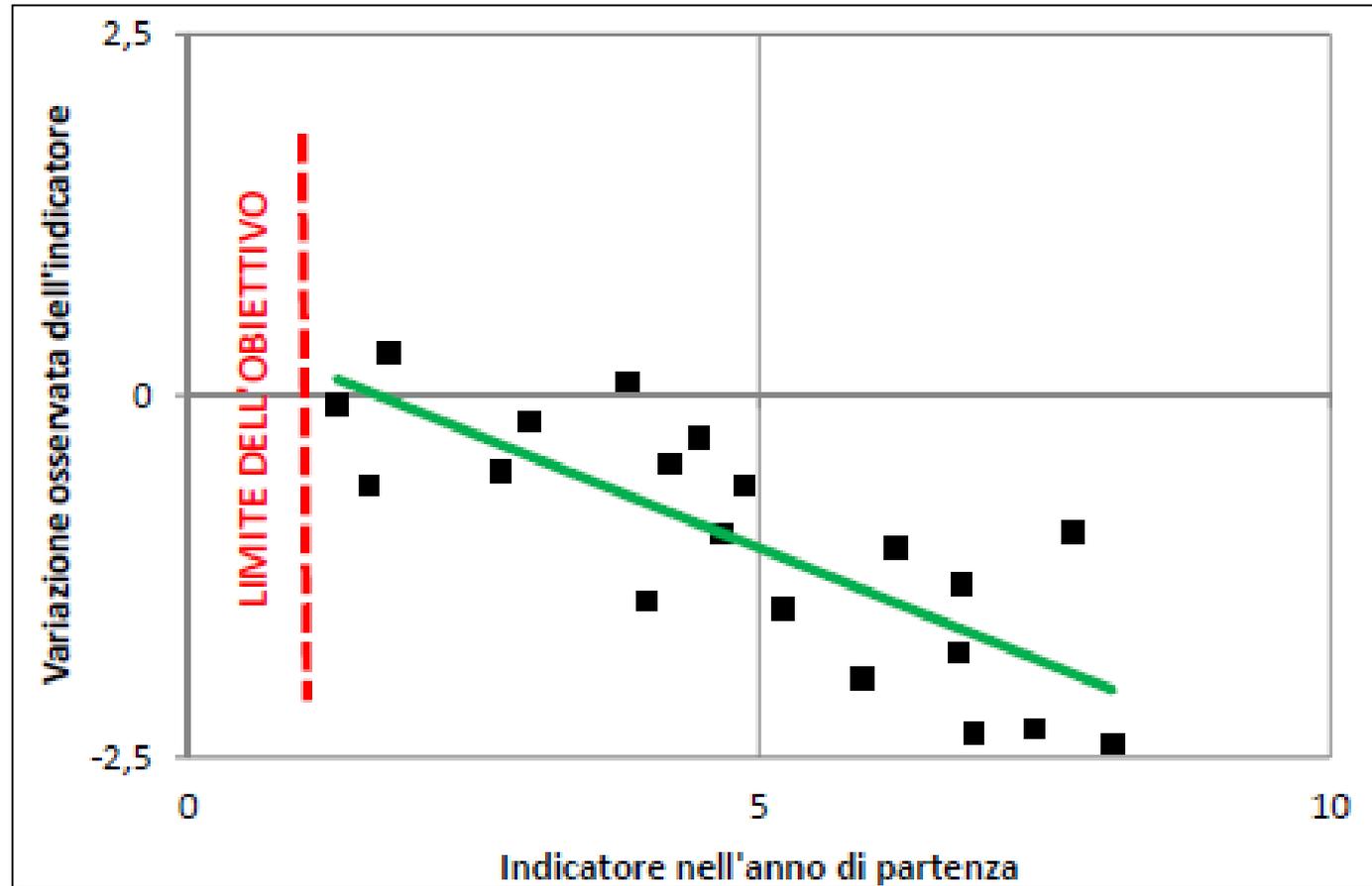


Genera effetto
classifica e di
reazione effetto
giustifica

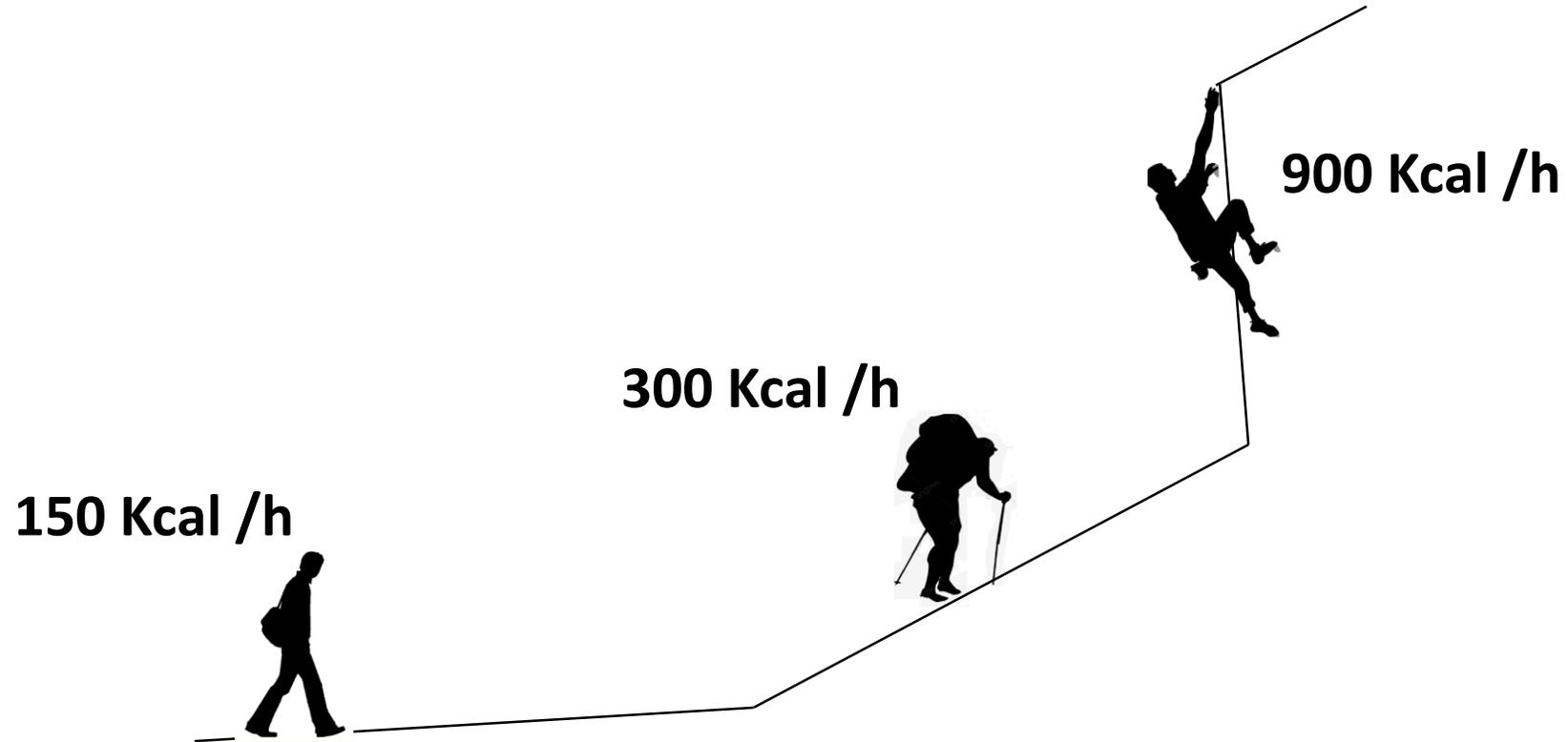
Miglioramento



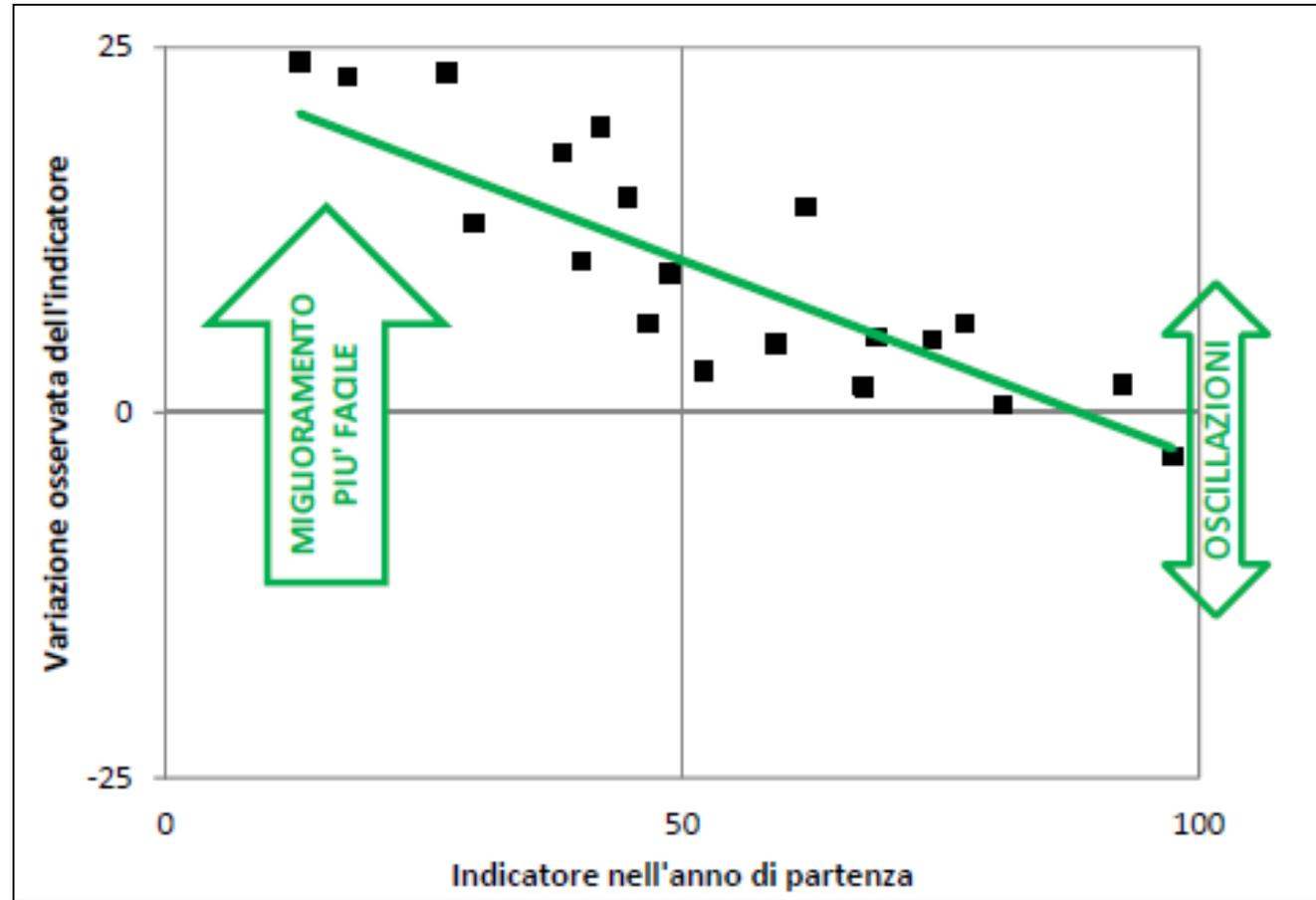
Effetti che si possono osservare



L'ultimo miglio da percorrere



Effetti che si possono osservare

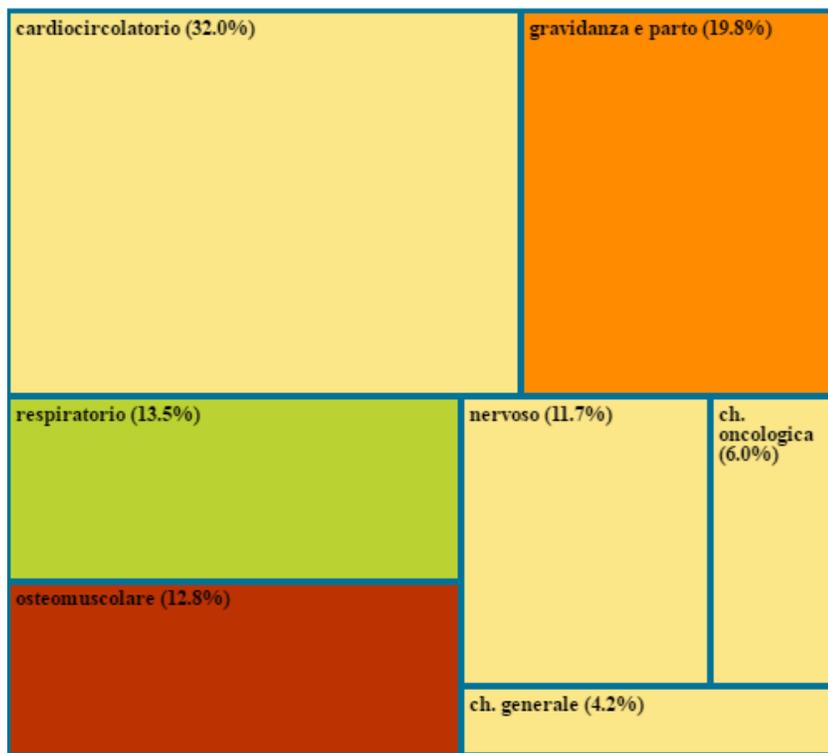


Treemap

Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

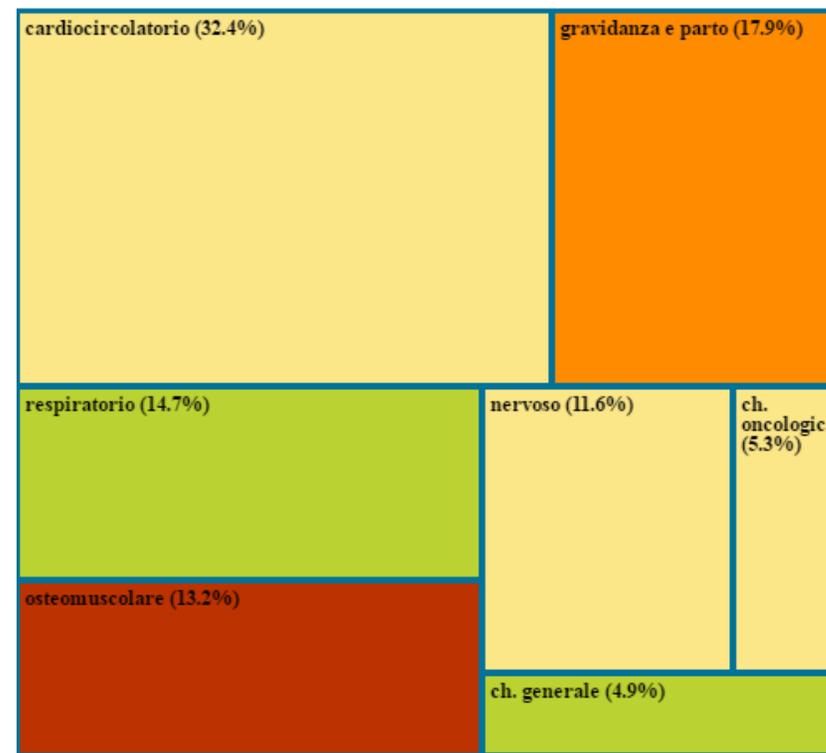
In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Livello di aderenza a standard di qualità

■ Molto alto ■ Alto ■ Medio ■ Basso ■ Molto basso ■ ND

In parentesi viene riportata la % di attività svolta nell'area specifica



Dettaglio degli indicatori utilizzati



Area clinica	Indicatore	N	% ADJ	% Italia	
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	160	7.40	8.60	
	By-pass Aortocoronario: mortalità a 30 giorni			2.15	
	CARDIOCIRCOLATORIO → By-pass Aortocoronarico isolato: mortalità a 30 giorni				8.51
	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	160	67.27	44.80	
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	396	1.39	2.66	
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	115	1.99	10.57	

Dettaglio degli indicatori utilizzati

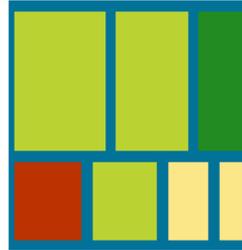
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	52	6.66	9.31
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post operatoria < a 3 giorni	118	88.30	72.71
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % interventi eseguiti in reparti con volume di attività > 90 c	155	96.77	73.91
	Chirurgia TM mammella: % interventi effettuati in reparti con volume di attività > 135 casi	174	100.00	66.00
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	115	2.69	4.12
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	283	1.08	1.23
	% nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM mammella	108	17.65	8.26
OSTEOMUSCOLARE	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	70	7.37	6.16
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	117	87.08	57.80

Strutture a cui è stato richiesto di avviare una procedura di audit sulla qualità dei dati

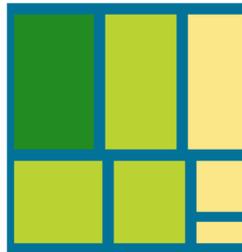
Volume di attività inferiore alla soglia fissata dal Regolamento riguardante la Definizione degli standard ospedalieri del 05/08/2014 (tolleranza del 10%)

I concorrenti

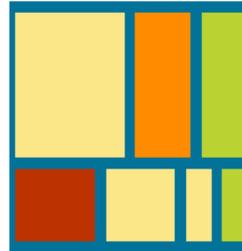
OSP. SPEDALI CIVILI - BS



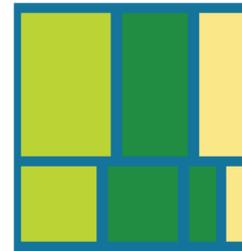
OSP. ISTITUTI OSPITALIERI - CR



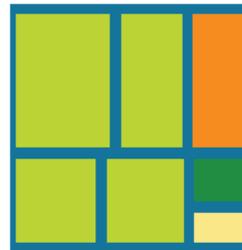
OSP. C. POMA - MN



A.O.U.U. OSPEDALE CIVILE
MAGGIORE - VR



A.O.U.U. DI PARMA - PR



INFARTO MIOCARDICO ACUTO

I decessi a **30 giorni dal ricovero** per infarto acuto del miocardio sono in calo (dal 10,4% del 2010 al 9,0% del 2015)

Bassa la variabilità interregionale e discreta quella intra regionale, con valori che variano da un minimo dell'1,3% ad un massimo del 25%



Infarto Miocardico Acuto (IMA)

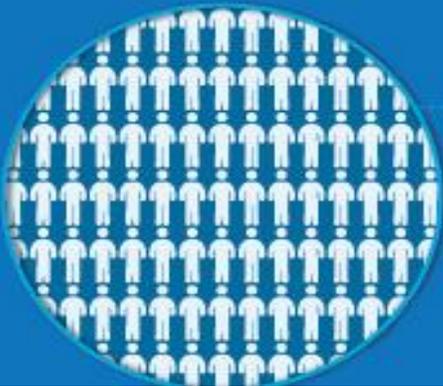


132.896 casi ogni anno

- Per l'IMA abbiamo considerato che il numero minimo di casi trattati per ciascuna struttura debba essere di 100 casi ogni anno.

Ospedali

maggiore è il numero di casi trattati, migliore è il risultato



che trattano almeno

100

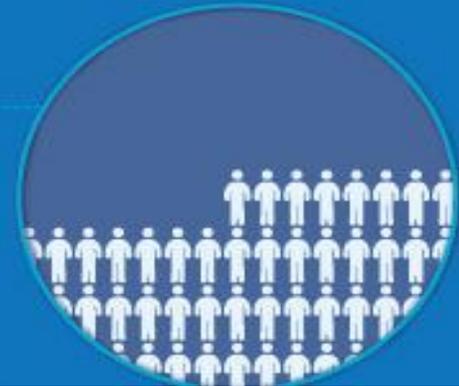
casi l'anno

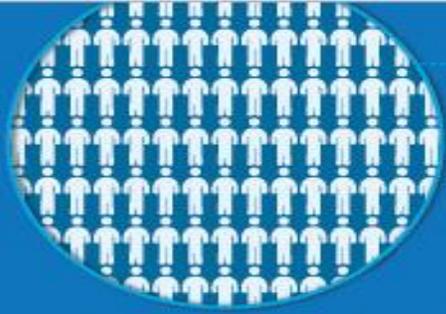


che trattano

meno

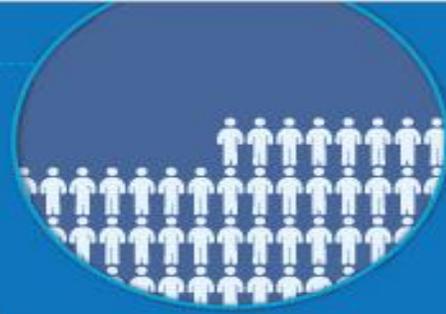
di 100 casi l'anno





100
casi l'anno

meno
di 100 casi l'anno



391
ospedali



252
ospedali

sopravvivenza a 30 giorni

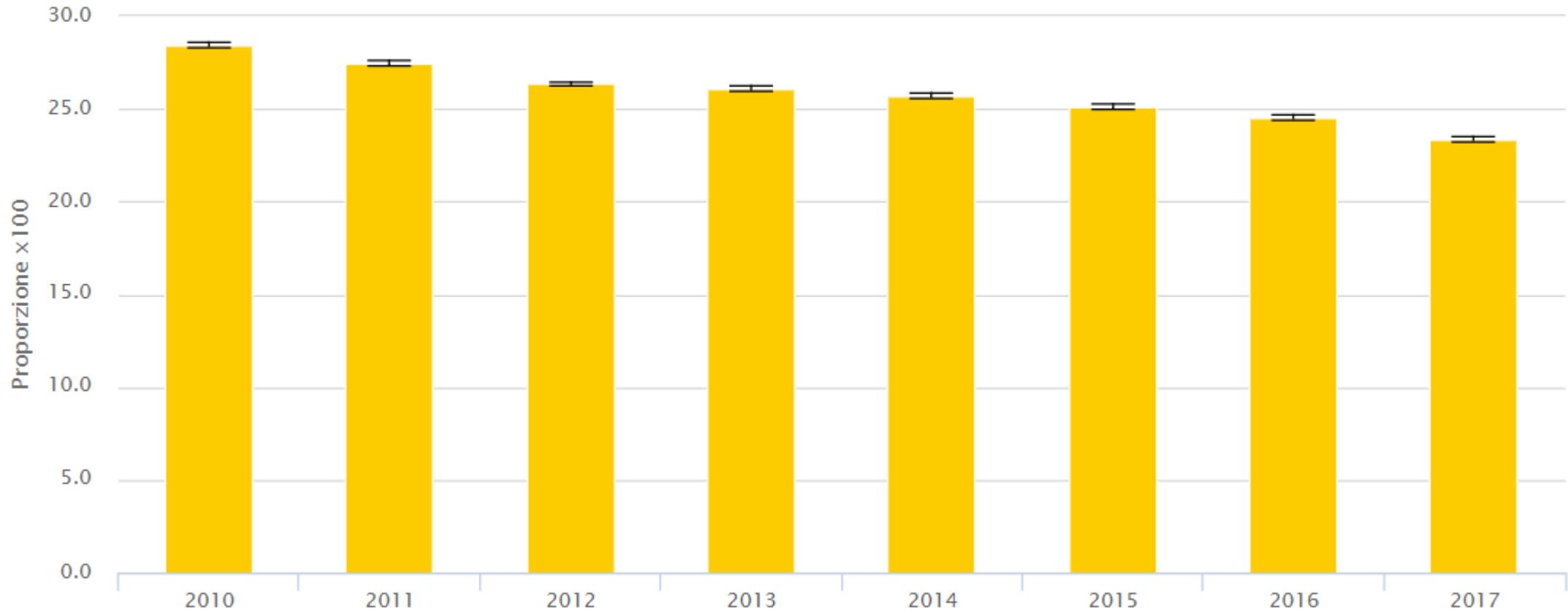


834 morti in meno per IMA ogni anno

se tutte le persone con IMA fossero ricoverate negli ospedali che trattano almeno 100 casi l'anno

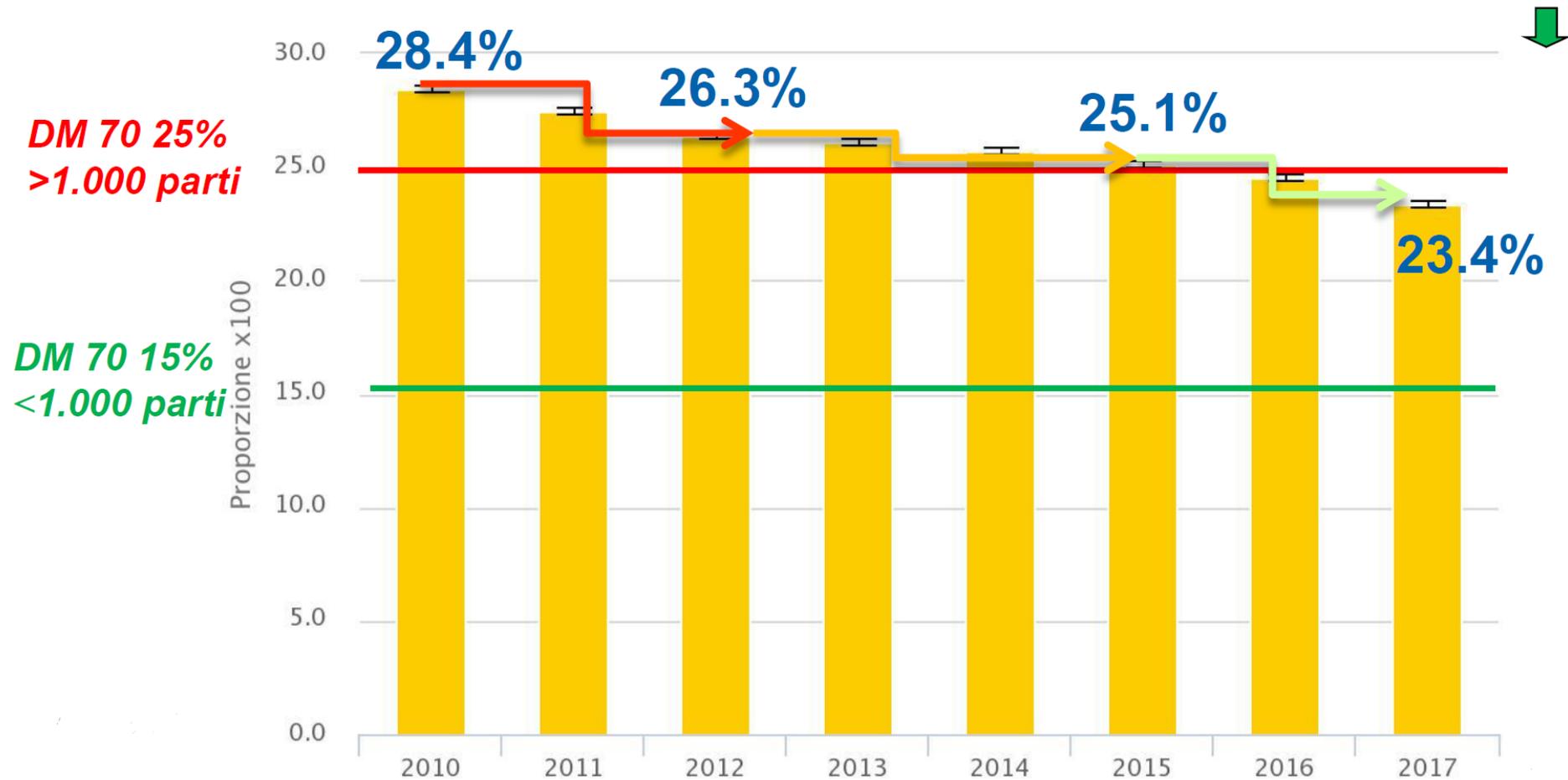
Parti cesarei

Proporzione di parti con taglio cesareo primario



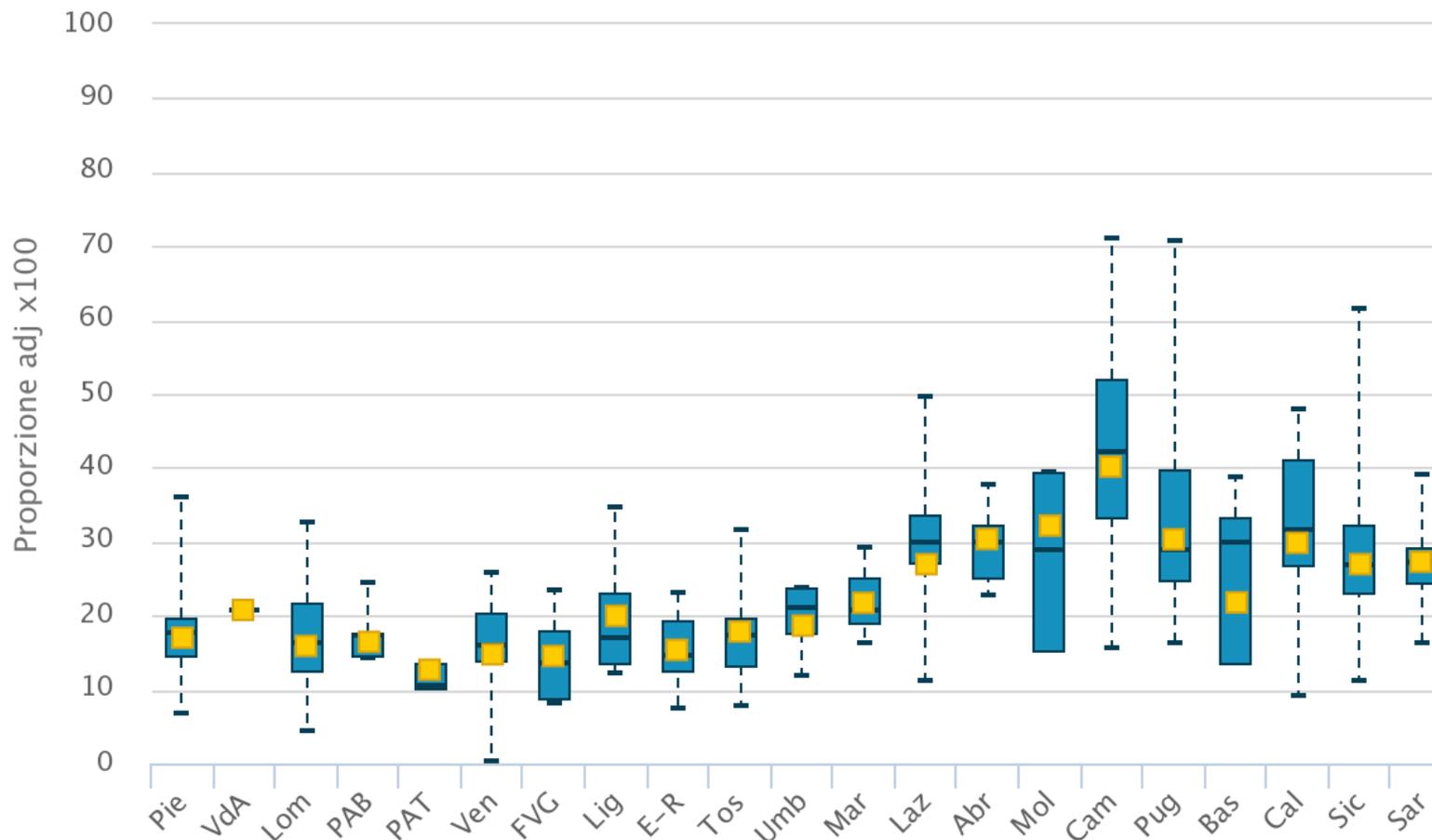
Proporzioni di tagli cesarei primari PNE Italia 2010-2017

Proporzione di parti con taglio cesareo primario



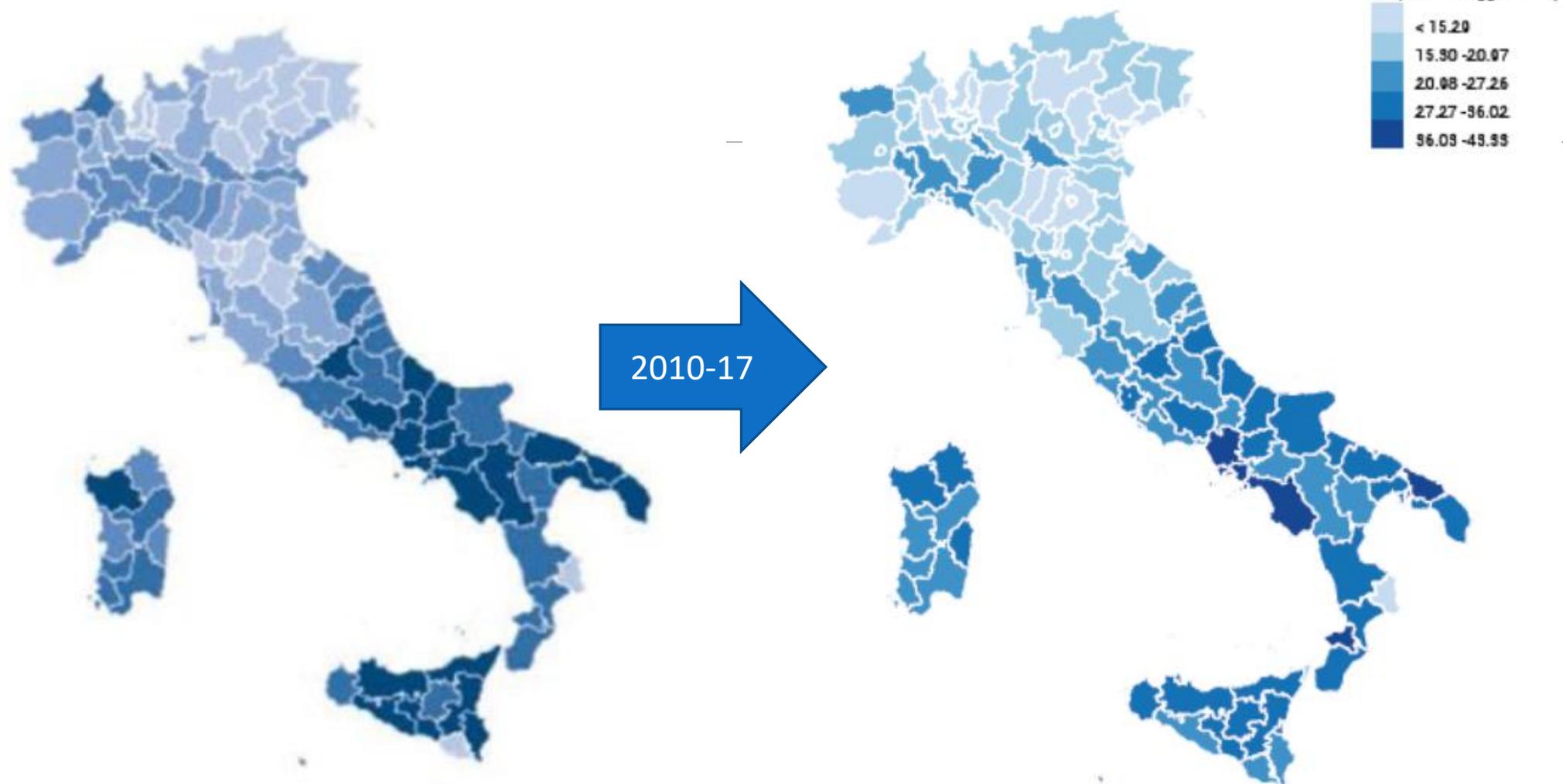
TAGLIO CESAREO

Proporzione di parti con taglio cesareo primario. 2017



- Dati PNE 2017 con trend positivo: decremento dal **29%** del 2010 al **24,5%** del 2016
- Negli ultimi 5 anni sono circa 45.000 le donne alle quali è stato risparmiato un TC primario

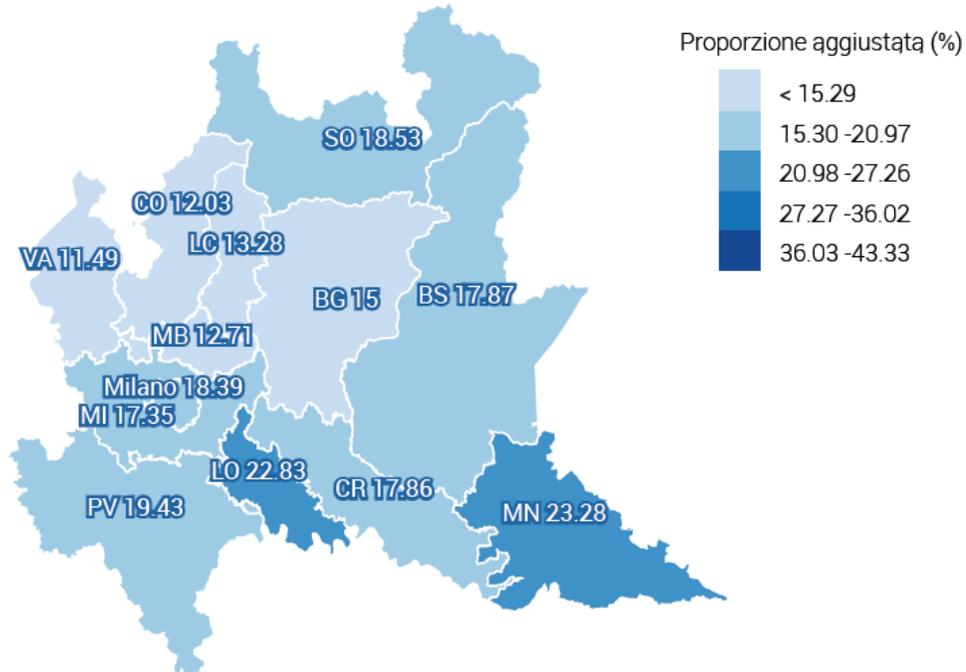
Parto cesareo



Zoom sulle regioni

Tasso per area

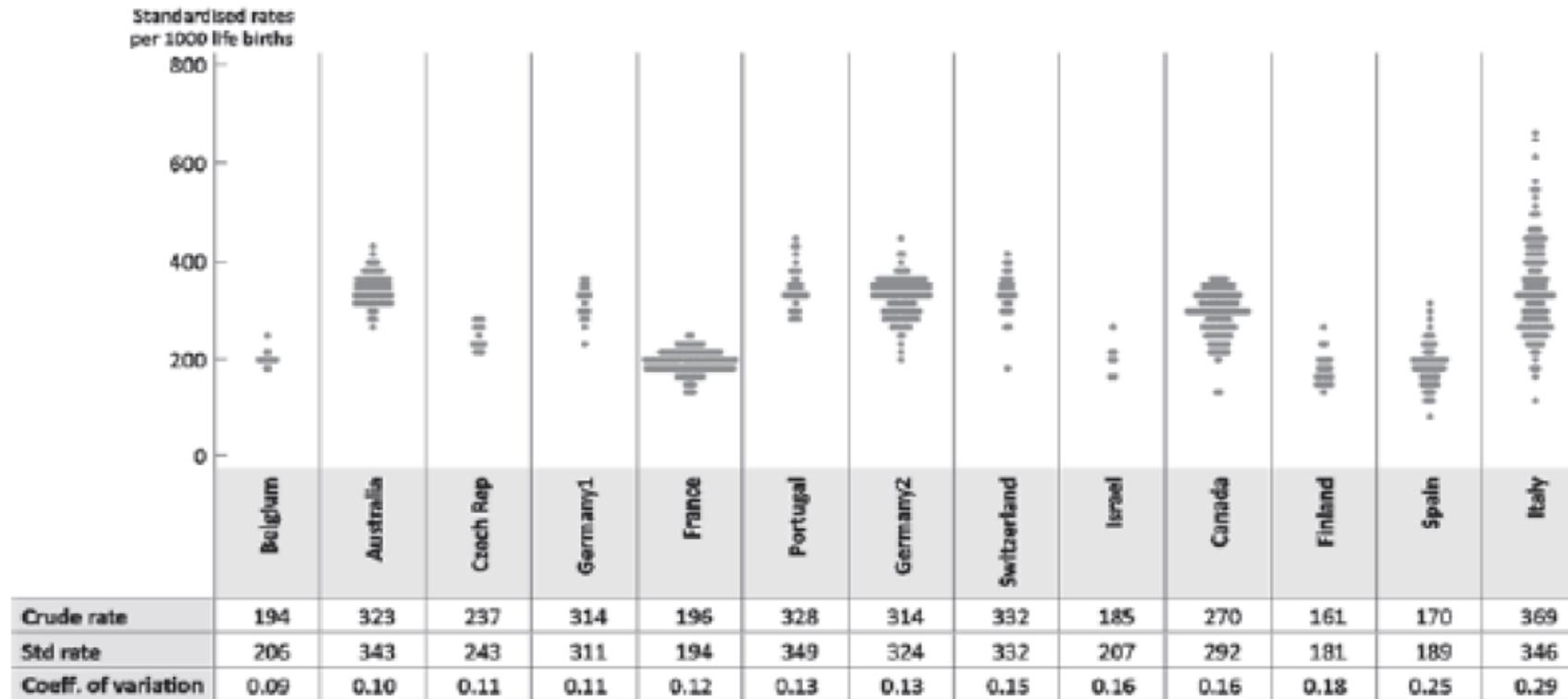
Elenco delle strutture



Struttura Ospedaliera*	N	Proporzione aggiustata
CASA DI CURA S. PIO X - MILANO	726	33.85
OSP. MORIGGIA PELASCINI - GRAVEDONA	263	32.24
IRCCS S. RAFFAELE - MILANO	1861	30.64
OSPEDALE CIVICO - COLOGNO	400	30.24
IST.CLIN. CITTA' DI BRESCIA - BRESCIA	354	29.67
...		
OSPEDALE VALDUCE	902	8.43
FOND. MB PER IL BAMBINO E LA SUA MAMMA -	2088	7.77
OSPEDALE F. DEL PONTE - VARESE	2234	5.96
OSPEDALE GALMARINI - TRADATE	497	5.92
PRESIDIO OSPEDALIERO DI CARATE	1315	4.98

Parti cesarei nei paesi sviluppati

Data submitted to the OECD project show that this geographic variability is greater than elsewhere, Figure below. At provincial-level, the coefficient of variation in Italy is 0.29, the highest co-efficient among the group of countries studied by the OECD.



Caesarean section rates, across and within OECD countries, 2011 (or latest year). Source: OECD (2015), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to*

Non vi è pieno accordo

Tasso appropriato 15-18% (fonte OMS), ma:

- Molti TC sono richiesti dalle gestanti (anche in assenza di indicazione clinica)
- L'età delle partorienti è in crescita
- Medicina difensiva condiziona scelte
- Alcuni professionisti non sono in grado di gestire parti naturali complessi (es. podalici)
- Molti professionisti ritengono che sia la scelta corretta
- Molte gestanti la pensano allo stesso modo (ignorando che la mortalità materna aumenta!)

Frattura del collo del femore (FCF)

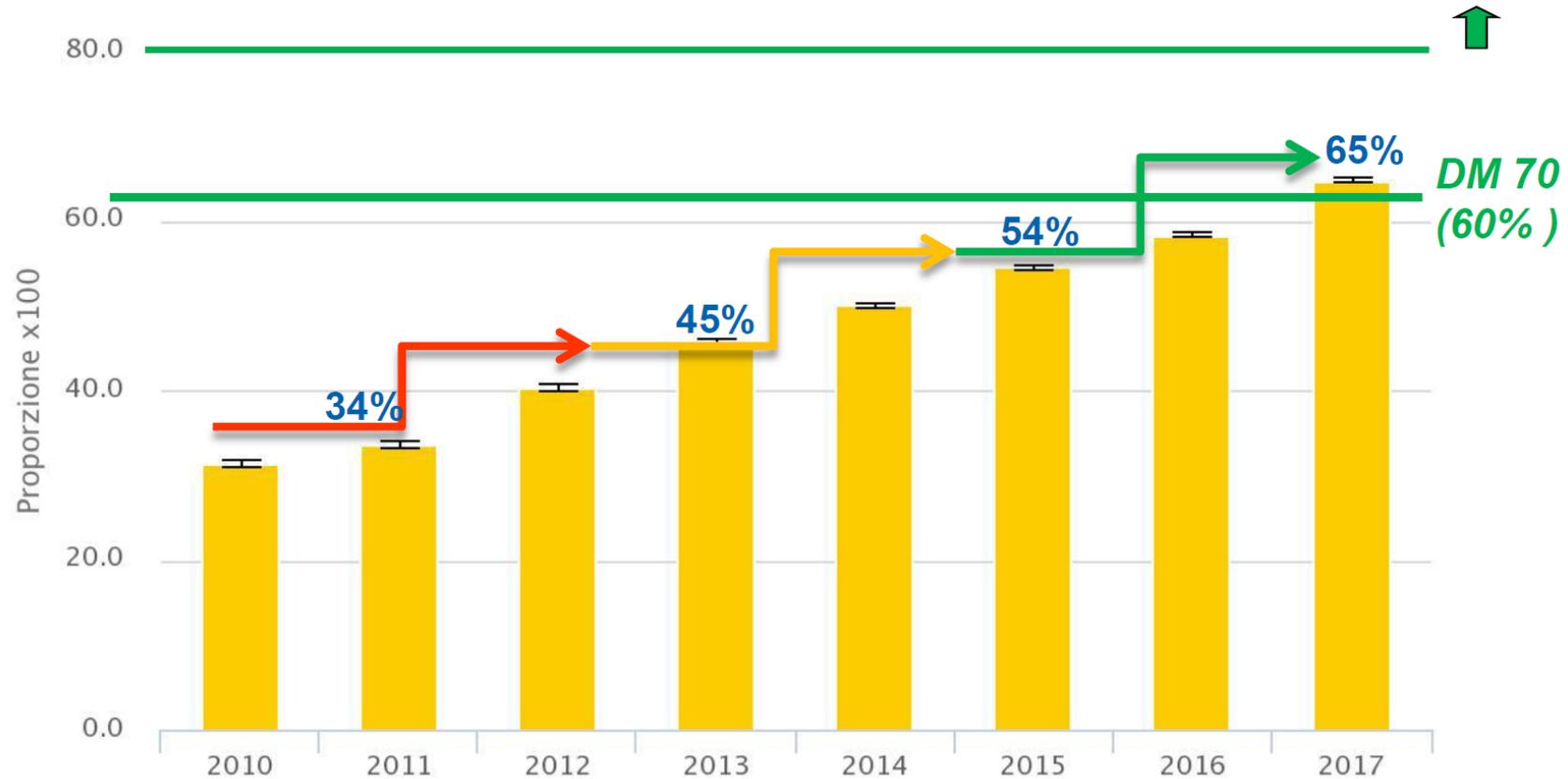
Garantire un intervento chirurgico tempestivo (entro 48H) per la frattura del collo del femore ai soggetti fragili sopra i 65 anni costituisce un evidente **beneficio di salute**, ed anche un risparmio di risorse

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera ha fissato, come valore di riferimento, lo standard minimo al 60%.

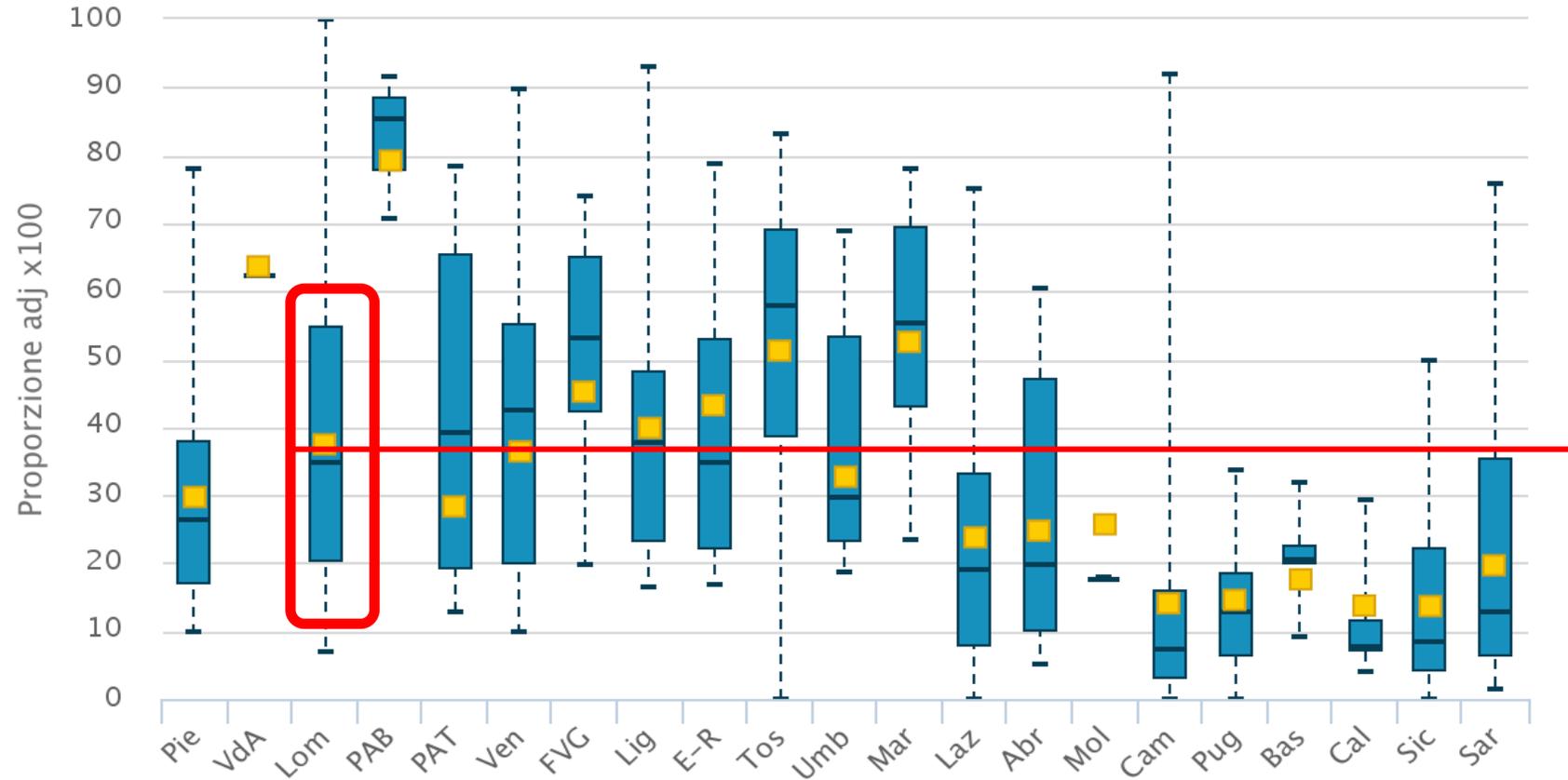
La proporzione di fratture del collo del femore sopra i 65 anni di età operate entro due giorni è passata dal 31% del 2010 al 58% del 2016

Notevole variabilità intra e interregionale, con range per struttura ospedaliera dall' 1% al 97%

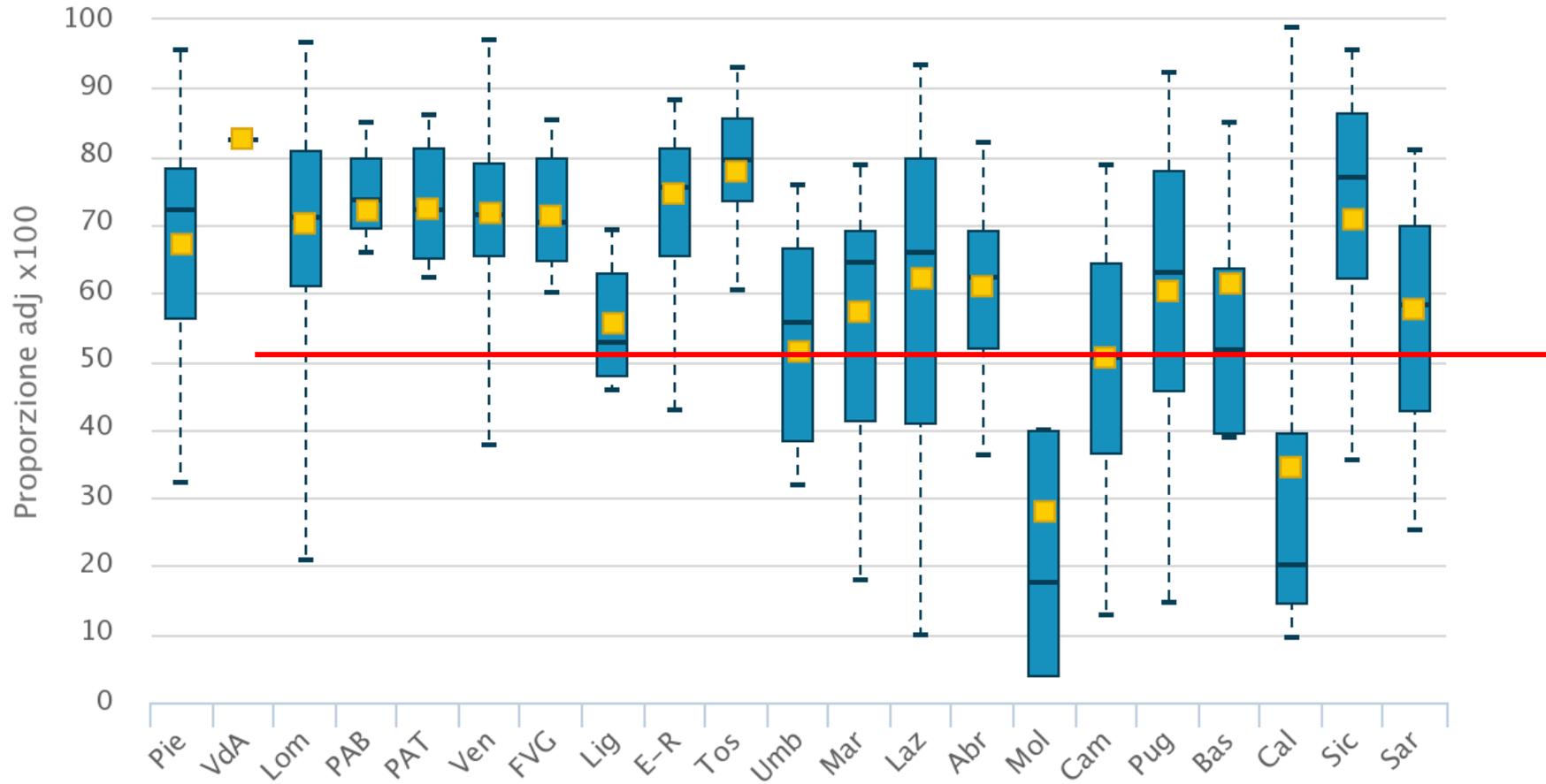
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni PNE Italia 2010-2017



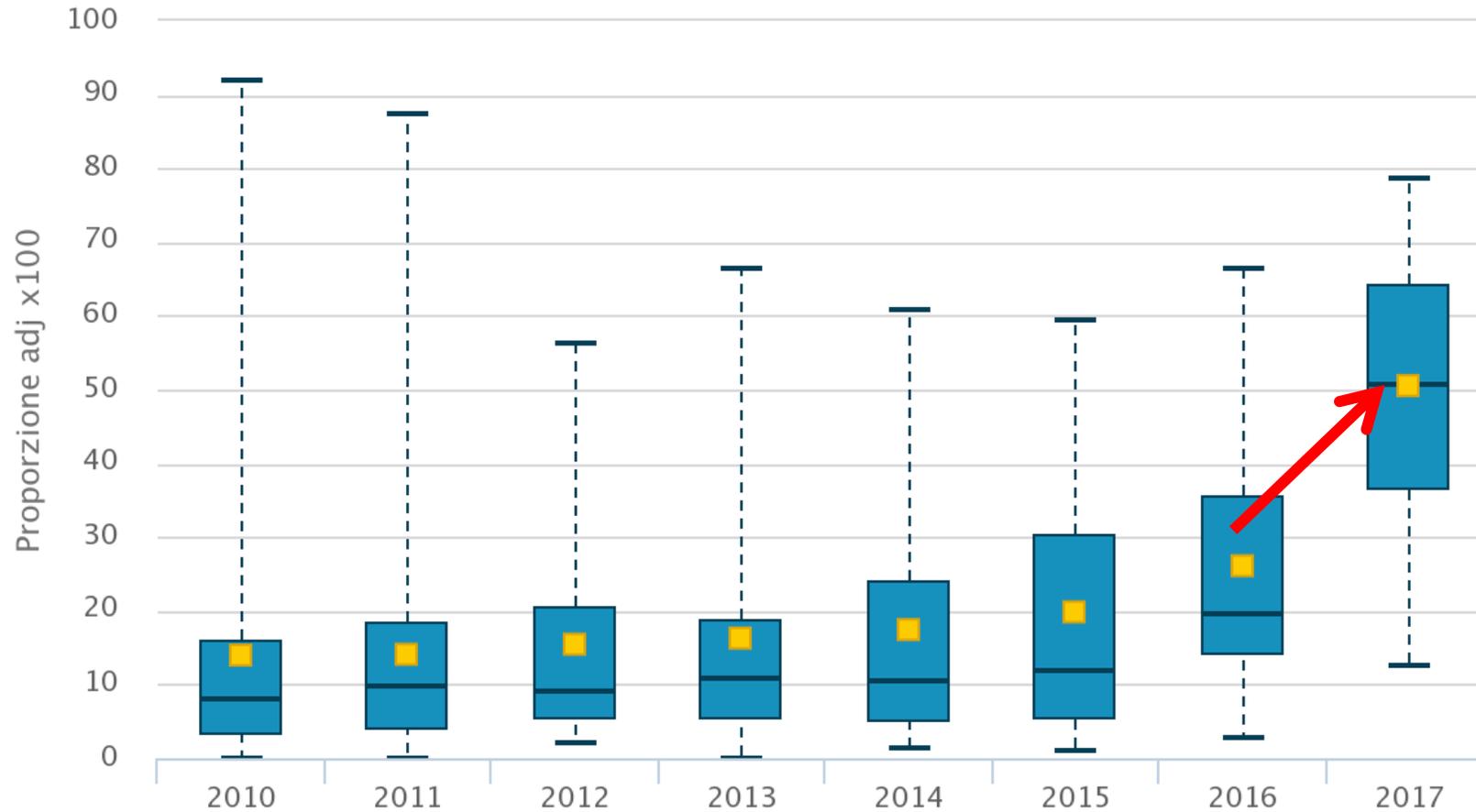
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2010



Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni. 2017



FCF: PROPORZIONE INTERVENTI ENTRO 2GG, CAMPANIA



ESEMPIO

Parliamo di: DRG 79.30.02 - Riduzione cruenta di frattura con osteosintesi di medi segmenti (clavicola, rotula, radio, ulna, perone) € 2.400

Condivisione iter

DAY 1: ricovero

DAY 2: [intervento](#)

DAY 3: degenza

DAY 4: degenza

DAY 5: dimissioni

Iter alternativo

DAY 1: ricovero

DAY 2: attesa

DAY 3: attesa

DAY 4: festivo

DAY 5: [intervento](#)

DAY 6: degenza

DAY 7: degenza

DAY 8: dimissioni

Fattori di contesto

+ 3gg (>1.200€)

Se ci sono 10 casi al mese di iter alternativi sono almeno €10.000 di costi in più per fattori organizzativi

- Dirigente chiede più personale
- DG non lo concede
- Il sistema “ingessato” consente poca flessibilità
- I tagli lineari peggiorano la situazione
- <qualità, >migrazioni



Esercitazione del pomeriggio

Il PNE ha pochi indicatori

Gruppo 1

Ideare un indicatore di processo

Gruppo 2

Ideare un indicatore di esito

Gruppo 3

Ideare un indicatore di
efficienza

Considerazioni sugli indici

Indici del tipo **miglioramento organizzativo**

Si possono raggiungere rapidi miglioramenti

Indici del tipo **miglioramento esiti**

I miglioramenti osservabili potrebbero essere condizionati da condizioni cliniche individuali non osservabili dai dati delle SDO utilizzati

(soprattutto nelle piccole dimensioni)

Come si possono leggere i dati

Indici del tipo **miglioramento organizzativo**

Esiste correlazione diretta tra sforzo organizzativo ed esito

Indici del tipo **valutazione dell'esito**

La correlazione tra sforzi organizzativi ed esiti è indiretta e temporalmente dilatata

Fenomeni di piccole dimensioni

Stabilizzazione dei dati

Indicatori di tipo organizzativo

Esecuzione di interventi entro un tempo definito

Esecuzione di interventi in un regime di ricovero

Esecuzione di una procedura chirurgica alternativa

Indicatori di esito

Mortalità successiva al ricovero

Complicanze successive al ricovero

Riammissioni successive al ricovero

Indicatori di efficienza

Spesa per abitante

Costo della giornata ospedaliera

Consumo di farmaci per abitante

Output attesi

Razionale

Metodologia

Fonti

Limiti di applicazione

Valore obiettivo

Conclusioni

