

Potenza 27 ottobre 2006

L'attuale fase della programmazione sanitaria nazionale

Filippo Palumbo

Direzione Generale della Programmazione sanitaria

Ministero della salute

Quale è la ragione di esistere di un sistema sanitario?

“L’assistenza sanitaria dovrebbe prima di tutto e principalmente condurre a una migliore salute e qualità di vita per la popolazione”

Carta di Lubiana (1996, Regione Europea dell’OMS)

La Sanità Pubblica

“Public Health is the process of mobilizing local, state, national and international resources to ensure the conditions in which people can be healthy”

The Oxford Textbook of Public Health, 1997

I BISOGNI DI SALUTE

I servizi sanitari devono essere progettati e realizzati per soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

Come distinguere bisogni da desideri o da aspettative? (*needs vs wants*)

- Loss (1990): “A need for health care exists when an assessor believes that health care ought to be provided”

A chi spetta l'assessment? Da quale punto di vista vanno misurati e valutati i bisogni?

- *A livello clinico? A livello di popolazione? A livello di decisione-gestione socio-sanitaria?*

Definizione di Priorità

- I bisogni sanitari di una popolazione sono illimitati
- Questi bisogni di salute vengono più o meno soddisfatti in funzione della disponibilità d'offerta (operatori, strutture, tecnologia e servizi), della natura delle pratiche professionali, degli incentivi economici nonché dell'organizzazione dell'accesso ai servizi
- Il controllo della spesa sanitaria deve e dovrà passare tramite un controllo dell'offerta fondato sulle pratiche del managed care (assistenza organizzata in base a criteri economici ed organizzativi)

Definizione di Priorità

- Vista la domanda sempre più illimitata, vi è la necessità di definire delle priorità sanitarie e sociali e di accesso che possano guidare il razionamento e l'allocazione delle risorse del settore.

Quale programmazione sanitaria nazionale ?

Fasi della programmazione sanitaria nazionale

Fase precedente alla l. 833/78

1° Fase della l. 833/78

2° Fase della l. 833/78

Fase del d.lgs 502/92

Aggiustamenti successivi fino al PSN 1994-1996

Fase del d.lgs 229/99

Riforma del Titolo V della Costituzione

Fase attuale

Riforma del Titolo V della Costituzione

Fase attuale

Modifica Titolo V

La legge costituzionale n. 3/2001, modificando l'articolo 117 della Costituzione, ha posto in capo allo Stato la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e la garanzia degli stessi su tutto il territorio nazionale

Fase attuale che caratterizza la programmazione sanitaria nazionale

Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001

Decreto legge 347/2001

DPCM 29 Nov 2001 (LEA)

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005

Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Protocollo di intesa Governo Regioni 28 settembre 2006

Elementi fortemente caratterizzanti la fase attuale

Presa d'atto della nuova realtà istituzionale (Riforma del Titolo V)

Equilibrio tra costi effettivamente sostenuti e copertura garantita del fabbisogno finanziario

Ridefinizione dei LEA

Progetti regionali ex art. 34 e 34 bis legge 662/1996 (Fondi vincolati)

Le nuove prospettive/esigenze strategiche

Fase attuale che caratterizza la programmazione sanitaria nazionale

- La programmazione sanitaria nazionale considera prioritaria l'indicazione degli obiettivi di salute, cui finalizzare le modalità di cambiamento nell'organizzazione dei servizi sanitari**
- Gli obiettivi di salute richiedono interventi di medio - lungo periodo, che si estendono pertanto ben oltre la durata triennale di un Piano sanitario nazionale**
- Individua gli obiettivi specifici di salute, sulla base di un'analisi di contesto capace di evidenziare i principali bisogni di salute**
- Formula indirizzi per la riorganizzazione dell'offerta del SSR; è la Regione che formula e sostiene le aziende sanitarie nelle scelte essenziali sulla rete ospedaliera (prevedendo gli ospedali da riconvertire, da riqualificare) e sulla rete territoriale (identificando linee prioritarie – ADI, realizzazione di RSA e altre strutture di riabilitazione etc.).**

Il tema centrale delle risorse per il S.S.N.

Raffronto tra Prodotto Interno Lordo, disponibilità finanziarie per il S.S.N. e spesa del S.S.N.

(variazioni percentuali annue)

ITALIA	2001	2002	2003	2004	2005
PIL reale	1,8	0,4	0,3	1,2	0,0
spesa effettiva del SSN	8,3	4,7	2,9	7,5	5,8
costo effettivo del SSN	4,8	2,7	7,0	4,0	5,0
Finanziamento del SSN	8,2	6,1	3,9	4,9	7,0

Occorre un forte incremento delle risorse

Per quanto cospicuo potrà essere tale incremento, le risorse aggiuntive saranno prenotate da due tematiche assistenziali connesse alla cosiddetta transizione epidemiologica

- 1. La tematica della non autosufficienza e della disabilità**
- 2. Il peso crescente del trattamento di casi che richiedono l'applicazione di alte tecnologie e/o di alte intensità assistenziali**

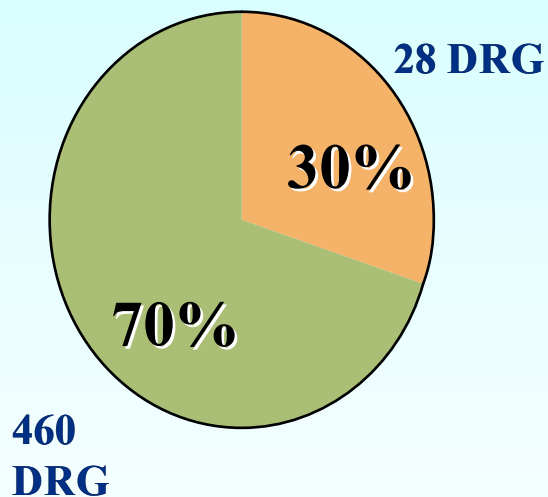
La conseguente necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse per i rimanenti interventi

Allocazione delle risorse per il triennio 2002-2004 e valori rilevati anni 2000-2001-2002

LEA	Valori percentuali di riferimento per il triennio 2002-2004	Valori percentuali rilevati Anno 2000	Valori percentuali rilevati Anno 2001	Valori percentuali rilevati Anno 2002	Valori percentuali di riferimento PSN 2006-2008
A Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di	5%	3,6%	4,3%	4%	5%
B Assistenza distrettuale totale	49,5%	46,6%	47,6%	49,8%	51%
C Assistenza ospedaliera	45,5%	49,8%	48,1%	46,2%	44%

Assorbimento risorse* ricoveri ordinari – DRG chirurgici e medici

Il 30% delle risorse dei ricoveri ordinari a livello nazionale è assorbito da **28 DRG**, su un totale di 489 DRG

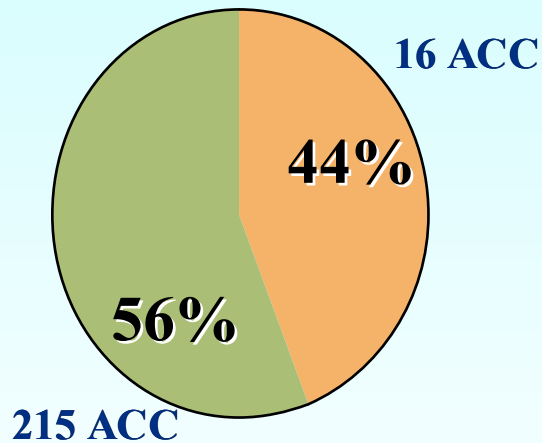


I DRG di maggiore impatto (peso × quantità) risultano:

- Int. su articolaz. maggiori e reimpianti arti inf. (3,31%)
- Insufficienza cardiaca e shock (2,23%)
- Tracheostomia escl.dist. orali,laringei o faringei (1,99%)
- Int. su sist. cardiovascolare per via percutanea (1,98%)
- Parto vaginale con e senza diagnosi complicanti (1,96%)
- Mal. cerebrovascolari specifiche escl. TIA (1,91%)
- Parto cesareo con e senza CC (1,81)
- Int. maggiori intestino crasso e tenue con e senza CC (1,73%)
- Malattia polmonare cronico-ostruttiva (1,31%)

Assorbimento risorse* ricoveri ordinari chirurgici– aggregati ACC**

Il 44% del valore dei ricoveri ordinari chirurgici a livello nazionale è assorbito da 16 aggregati ACC di codici ICD-IX CM

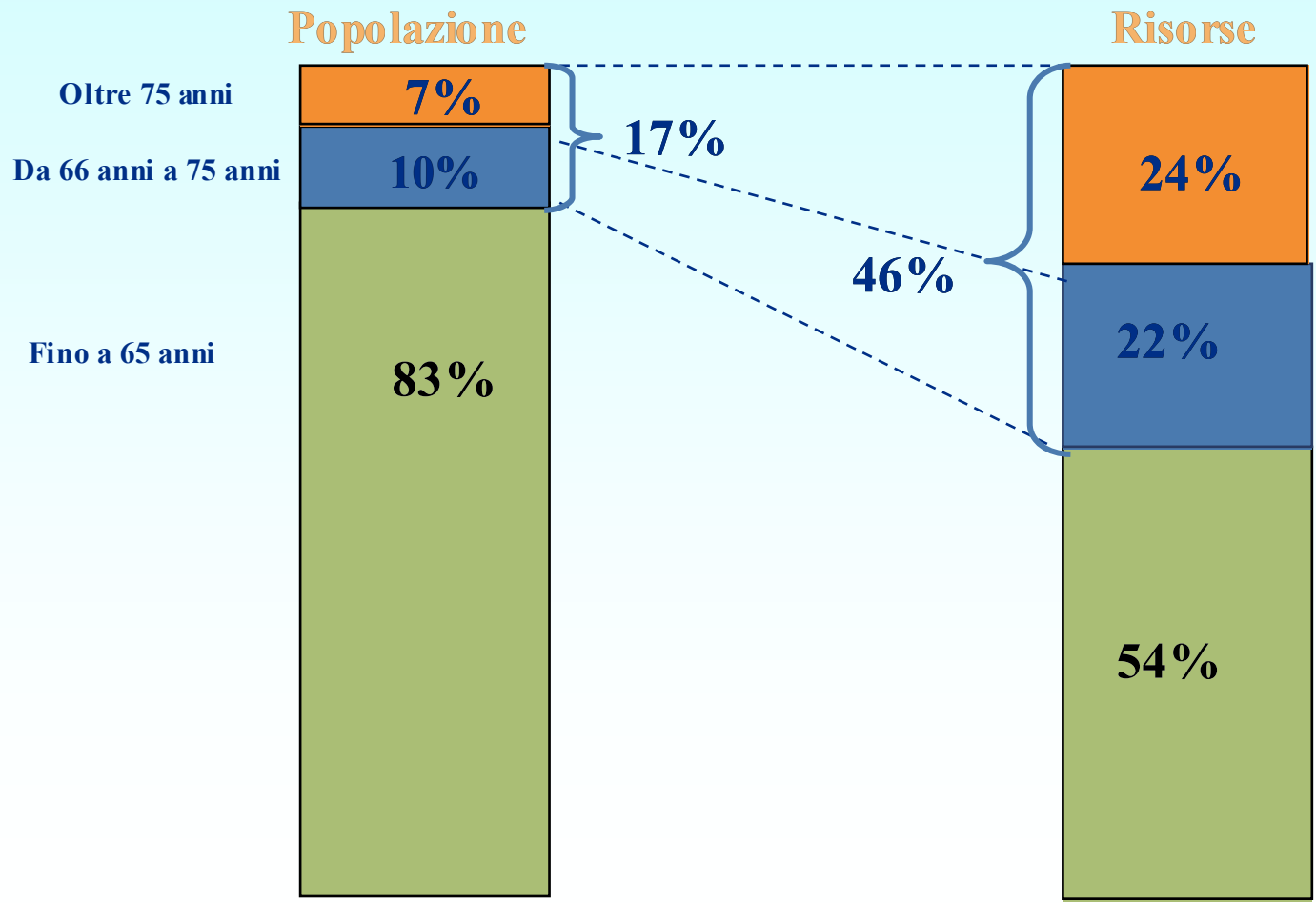


Gli aggregati ACC di codici ICD IX di maggiore impatto (peso*quantità) risultano:

- Procedure su cristallino e per cataratta (6%)
- Sostituzione dell'anca, totale o parziale (4%)
- Taglio cesareo (3%)
- Bypass dell'arteria coronarica (CABG) (3%)
- Asportazione di lesione cutanea (3%)
- Inserzione, revisione, sostituzione, rimozione di pacemaker cardiaco o defibrillatore automatico(3%)
- Colectomia ed esplorazione del dotto comune (3%)
- Riparazione di ernia inguinale e crurale (3%)
- Resezione del colon e del retto (2%)

** Gli ACC (aggregati clinici di codici) sono stati sviluppati a partire dal 1993 dalla AHQR (*Agency for Healthcare Quality and Research*) con lo scopo di raggruppare codici ICD IX CM in un set ristretto classi relativamente omogenee e di utilità per i ricercatori ed analisti di politica sanitaria

Assorbimento risorse* ricoveri ordinari - classi d'età



La transizione epidemiologica-1

L'insieme dei fenomeni che stanno cambiando criticamente il profilo demografico in tutte le aree mondiali e quindi anche il peso specifico delle patologie incidenti sulle singole classi di età è stato definito transizione epidemiologica.

L'innalzamento della popolazione che caratterizza la transizione determina una crescita esponenziale della domanda di salute, che riguarda prioritariamente la popolazione anziana

L'Europa Occidentale si trova nella quarta fase della transizione epidemiologica, in cui gli interventi di prevenzione primaria e secondaria sono in grado di contrastare con un certo successo malattie ischemiche, cerebrovascolari e tumorali ritardando l'insorgenza e/o gli esiti mortali di queste malattie ad età sempre più avanzata

Source: Yusuf, S, Reddy S, Oununpuu S, Anand S. Global Burden of Cardiovascular Diseases. Part I: General considerations, the Epidemiologic Transition, Risk Factors, and Impact of Urbanization. Circulation.; 104:2746-2753, 2001.

Aumento del grado di disabilità medio

- Cambierà anche la composizione per età e per livelli di disabilità della popolazione disabile, con un aumento proporzionale del gruppo con livelli di disabilità più elevati, dovuto alla più rapida crescita demografica del gruppo degli "oldest-old" (85 ed oltre).
- La componente con il più alto grado di disabilità è destinata a crescere più rapidamente, provocando l'aumento del grado di disabilità medio nella popolazione disabile.
- Presenza di un numero sempre crescente di persone funzionalmente compromesse.

La razionalizzazione del SSN passa necessariamente per una serie di iniziative individuate e concordate a Cernobbio 2004 :

Promuovere due azioni trasversali

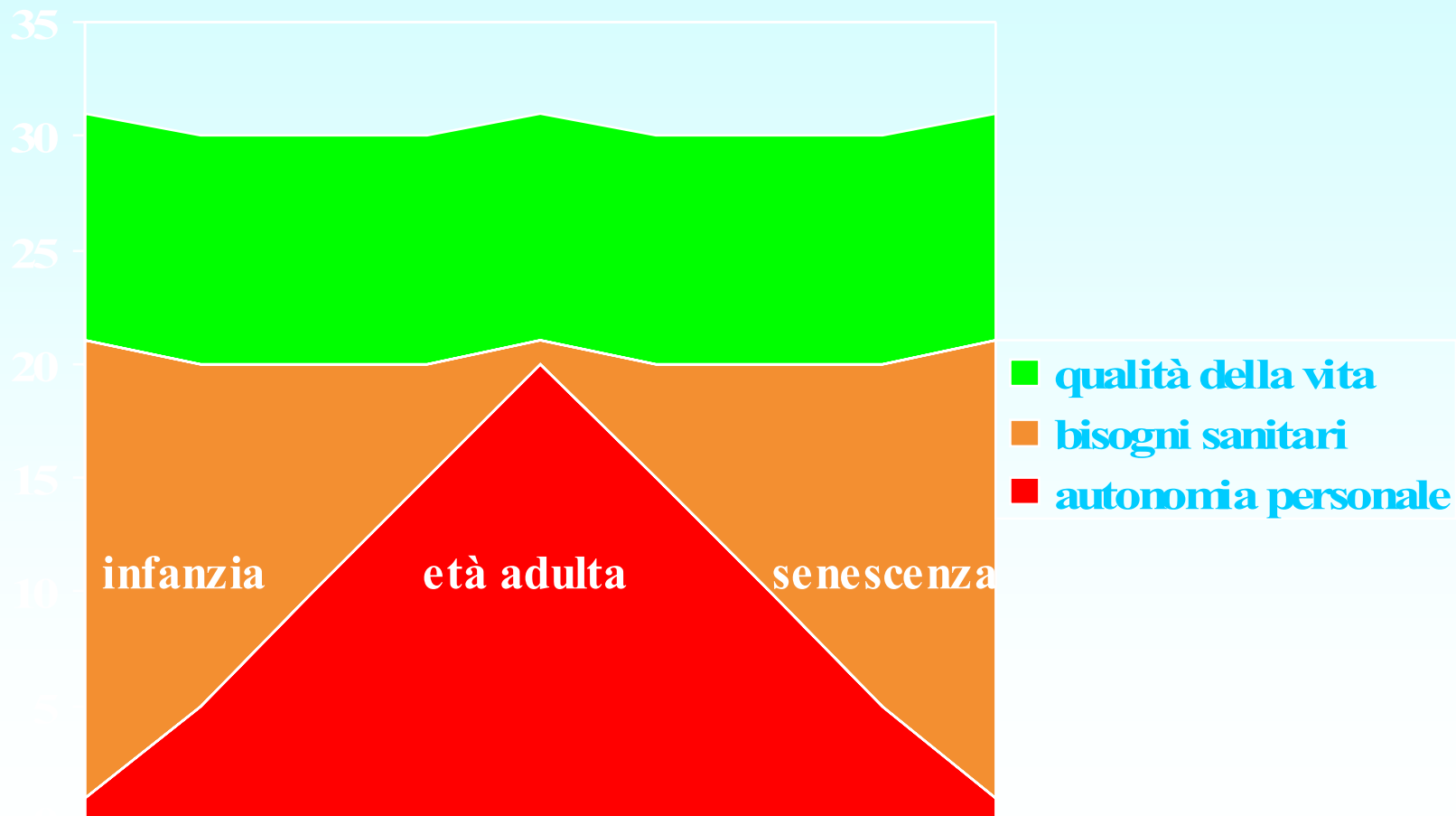
- **Progetto *mattoni***
- **Promuovere la ricerca**

Agire in tre direzioni

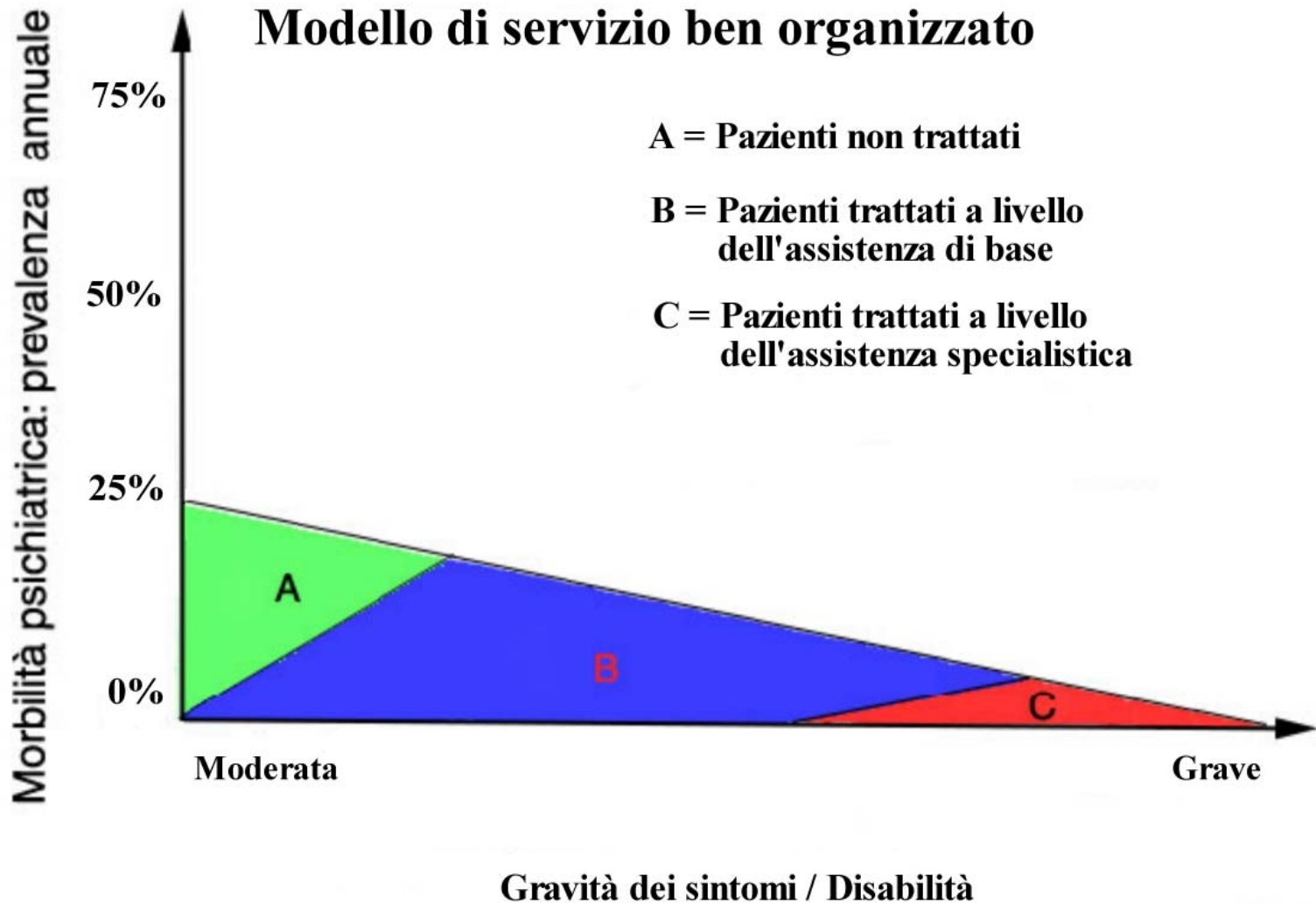
- **rilancio operativo ed una organica pianificazione degli interventi di prevenzione**
- **ridefinizione del ruolo e delle modalità organizzative delle cure primarie**
- **riqualificazione dei percorsi diagnostico terapeutici in particolare le cure ospedaliere.**

Le tre direzioni devono confluire in una forte Integrazione

SOSTENERE LA QUALITA' DELLA VITA DELLA PERSONA,
INTEGRARE E VARIARE LA SUA AUTONOMIA INDIVIDUALE NELLE DIVERSE ETA',
E' IMPORTANTE FARE PREVENZIONE IN TUTTE LE ETA' E GARANTIRE ADEGUATA QUALITA' DELLA VITA AL FINE DI RIDURRE IL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL
RISCHIO PSICOSOCIALE, FISICO E BIOLOGICO
E PREVENIRE LA MALATTIA. IL BISOGNO SANITARIO PROVOCA MALATTIE E MANTENERE ALTRESI' CONTENUTO NELL'ETA' ADULTA IL BISOGNO SANITARIO.

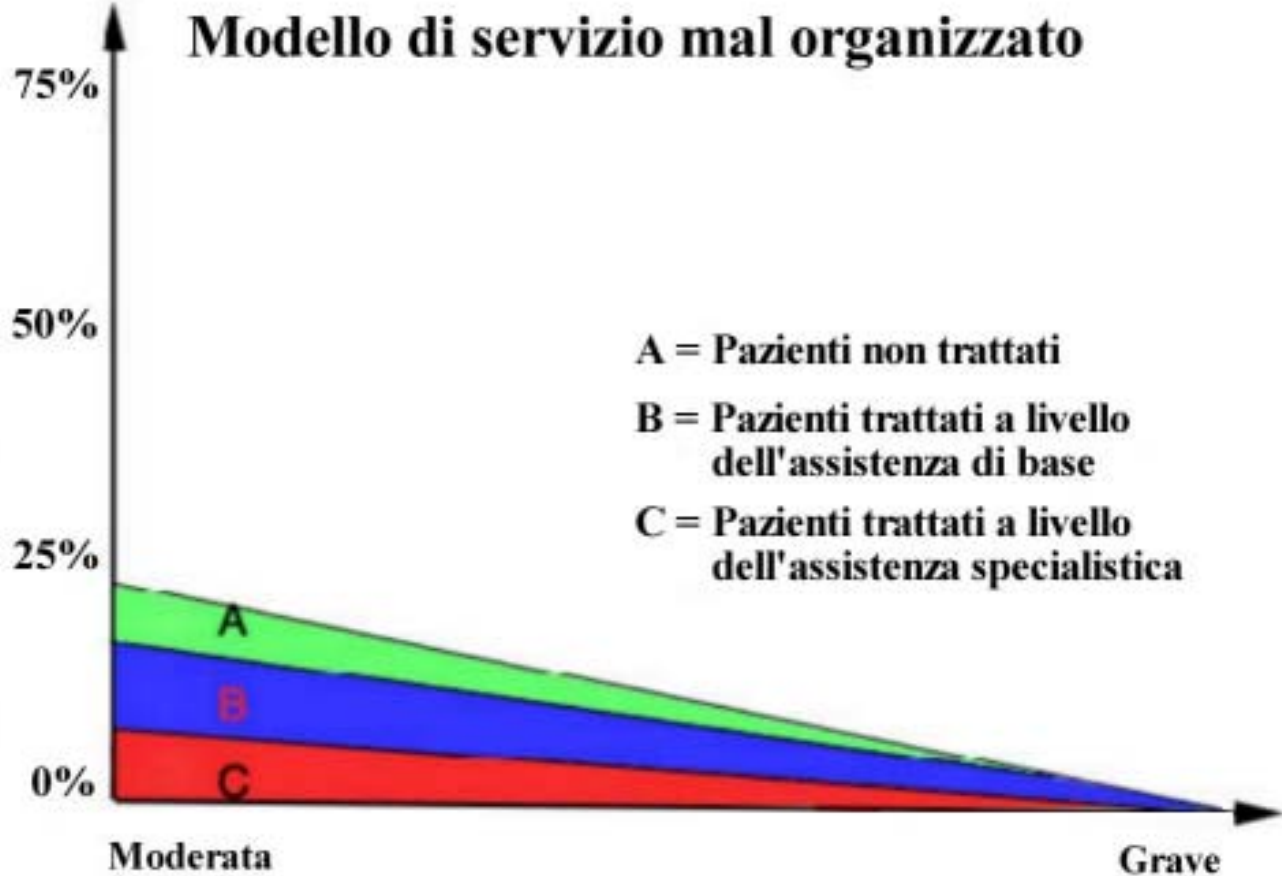


Modello di servizio ben organizzato



Relazione fra il livello di disabilità ed il setting di trattamento (assistenza primaria o secondaria) nei servizi ben organizzati

Morbilità psichiatrica: prevalenza annuale



Gravità dei sintomi/Disabilità

Relazione fra il livello di disabilità ed il setting di trattamento (assistenza primaria o secondaria) nei servizi mal organizzati

PROGETTO STRATEGICO COLLABORATIVO STATO REGIONI (Progetto mattoni)

**I 15 mattoni (mettere ordine nei fondamenti del SSN)
Conferenza Stato Regioni 10/12/2003**

Classificazione delle strutture

**Classificazione delle Prestazioni
ambulatoriali**

**Evoluzione del sistema DRG
nazionale**

Ospedali di riferimento

**Standard minimi di quantità di
prestazioni**

Tempi di attesa

Misura dell'appropriatezza

Misura dell'outcome

Realizzazione del Patient File

Prestazioni farmaceutiche

Pronto soccorso e 118

**Prestazioni residenziali e
semiresidenziali**

**Assistenza primaria e prestazioni
domiciliari**

Misura dei costi del SSN

Assistenza sanitaria collettiva



Ministero della Salute

**Piano Sanitario Nazionale
2006-2008**

Contesti:
Opportunità
vincoli

Gli scenari internazionali
Il contesto istituzionale e normativo
I diritti dei cittadini: la centralità dei LEA
Il quadro epidemiologico
L'evoluzione scientifica e tecnologica
Il contesto socio economico nazionale
Quali risorse per il Servizio sanitario nazionale
Gli strumenti della programmazione
Il rapporto con i cicli programmatori precedenti
ed i Piani sanitari regionali

2. CONTESTI:
OPPORTUNITA'
E VINCOLI

Il Servizio
Sanitario
Nazionale
- I LEA

**3. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE: LE
STRATEGIE PER LO SVILUPPO**

3.1 Il Servizio Sanitario Nazionale
Principi ispiratori, universalità del
Servizio, equità, cooperazione

3.2. La garanzia e
l'aggiornamento dei LEA

3.3 La sanità italiana in Europa,
L'Europa nella sanità italiana

3.4. La Prevenzione Sanitaria e
la promozione della salute

3.5. La riorganizzazione delle cure
primarie

3.6. L'integrazione delle reti
assistenziali: sistemi integrati di
Reti sovraregionali e nazionali

3.7. L'integrazione tra i diversi
Livelli di assistenza

3.8. L'integrazione socio-sanitaria

3.9. Il dolore e la sofferenza
Nei percorsi di cura

3.10. La rete assistenziale per le
Cure palliative

**4. LE STRATEGIE
DEL SISTEMA**

4.1. Promuovere innovazione, ricerca e sviluppo

4.2. Il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte
e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale

4.3. Le politiche per la qualificazione delle risorse umane del S.S.N.

4.4. La promozione del Governo clinico e la qualità nel servizio
Sanitario Nazionale compresa la tematica delle liste di attesa

4.5. L'aziendalizzazione e l'evoluzione del servizio sanitario

4.6. Le sperimentazioni gestionali

4.7. La politica del farmaco ed i dispositivi medici

**5. GLI OBIETTIVI
DI SALUTE DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE**

5.1 La salute nelle prime fasi di vita: Infanzia e adolescenza

5.2. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari,
diabete e malattie respiratorie

5.3. La non autosufficienza: anziani e disabili

5.4. La tutela della salute mentale

5.5. Le dipendenze connesse a particolari stili di vita

5.6. Il sostegno alle famiglie

5.7. Gli interventi in materia di salute degli immigrati
e delle fasce sociali marginali

5.8. Il controllo delle malattie diffuse
e la sorveglianza sindromica

5.9. La sicurezza alimentare e la nutrizione

5.10. La Sanità veterinaria

5.11. La tutela della salute e sicurezza nei luoghi
di lavoro

5.12. Ambiente e salute

3. L'EVOLUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: LE STRATEGIE PER LO SVILUPPO

3.1 Il SSN

Principi ispiratori, universalità del Servizio, equità, cooperazione

3.2. La garanzia e l'aggiornamento dei LEA

3.3 La sanità italiana in Europa, L'Europa nella sanità italiana

3.4. La Prevenzione Sanitaria e la promozione della salute

3.5. La riorganizzazione delle cure primarie

3.6. L'integrazione delle reti assistenziali: sistemi integrati di Reti sovraregionali e nazionali

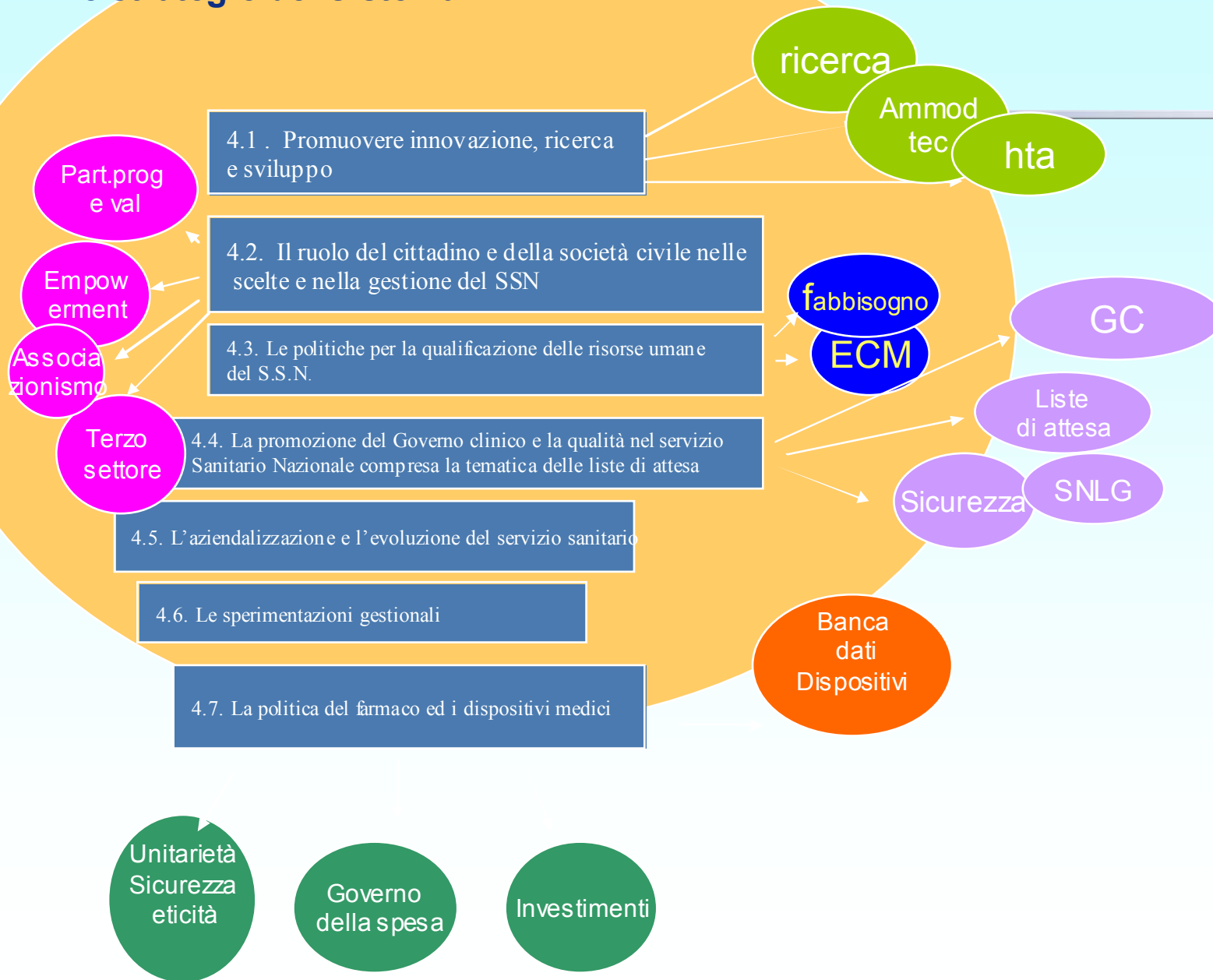
3.7. L'integrazione tra i diversi Livelli di assistenza

3.8. L'integrazione socio-sanitaria

3.9. Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura

3.10. La rete assistenziale per le Cure palliative

Le strategie del sistema



5. GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

5.1 La salute nelle prime fasi di vita: Infanzia e adolescenza

5.2. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie

5.3. La non autosufficienza: anziani e disabili

5.4. La tutela della salute mentale

5.6. Il sostegno alle famiglie

5.7. Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali

5.8. Il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica

5.9. La sicurezza alimentare e la nutrizione

5.10. La Sanità veterinaria

5.11. La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

5.12. Ambiente e salute

6. LA VALUTAZIONE DEL S.S.N. E IL MONITORAGGIO DEL P. S. N.

6.1 IL RUOLO DEL NUOVO
SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO
NELLA VALUTAZIONE DEL S.S.N.

6.2 IL MONITORAGGIO DEL
P.S.N.

Premesse per il Nuovo Sistema Informativo Sanitario

Il monitoraggio dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) comporta la necessità di disporre di un corrispondente *Livello Essenziale di Informazione* (LEI) che sappia misurare l'effettiva erogazione di ogni prestazione

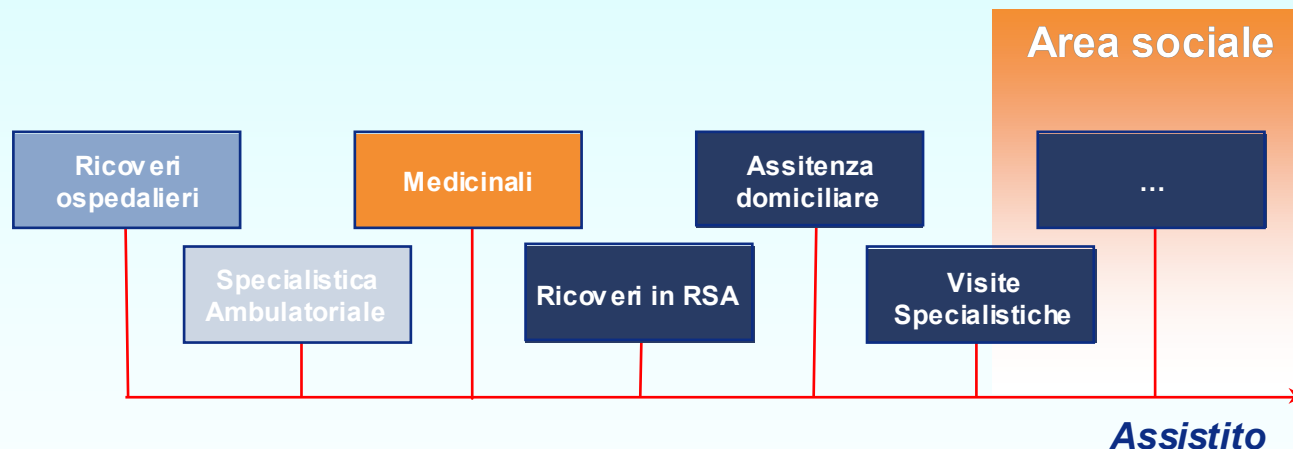
**Livelli Essenziali
di Assistenza
(LEA)**

**Livelli Essenziali
di Informazione
(LEI)**

Lo strumento di attuazione: tracciare il percorso del paziente nel SSN

Qualità, appropriatezza ed efficienza si originano dall'interazione tra medico e paziente: i LEA possono essere misurati solo disponendo dei dati analitici relativi alle prestazioni sanitarie erogate ai cittadini.

Qualunque misura aggregata effettuata ad un livello superiore non consente di cogliere le cause alla base dei livelli di performance complessivi del SSN.



Il NSIS deve poter:

- disporre di informazioni analitiche omogenee rispetto alle singole prestazioni: non solo ospedaliere ma anche territoriali;
- ricondurre ciascuna prestazione al singolo cittadino;
- calcolare, sugli attributi del singolo cittadino (residenza, età, sesso), le misure statistiche per la valutazione dei LEA.

Un modello di cooperazione paritetica tra Stato e Regioni per il monitoraggio dei LEA



Un percorso basato su dati, metodologie e sul confronto tra istituzioni

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Identificazione e
raccolta dati

Metodologie di analisi

Confronto Stato
Regioni

Confronti a livello
comunitario

Direzione Generale del sistema informativo

Disporre di **informazioni omogenee** sul tutto il territorio rispetto ai singoli eventi **ric conducendo ciascun evento all'assistito** in modo individuale e non nominativo

Monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza “*che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*”

Condividere le evidenze emerse e l'identificare delle **Roadmap per il rientro** al fine di garantire una più efficiente allocazione delle risorse del SSN.

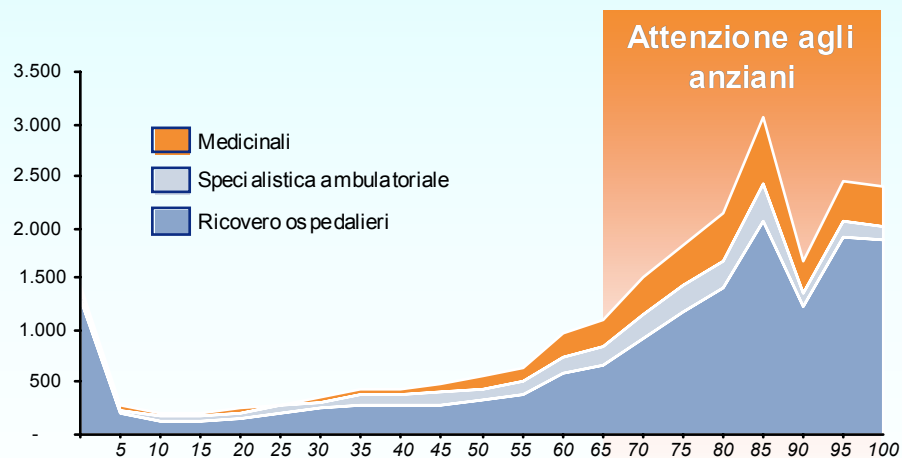
Le analisi a livello nazionale potranno essere confrontate **con quelle degli altri paesi** dell'unione europea

I dati

Ad oggi il NSIS copre:

- il 100% dei ricoveri
- circa il 70% di prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche, ma su solo circa metà delle regioni

Valorizzazione teorica annua della spesa per classe di età



Regioni che partecipano alla sperimentazione per il monitoraggio delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e farmaceutica



È quindi necessario spingere per la nascita dei dati a livello locale e per la condivisione degli stessi sul NSIS: senza dati non si possono misurare i LEA

Gli strumenti già disponibili: misura della variabilità della domanda soddisfatta

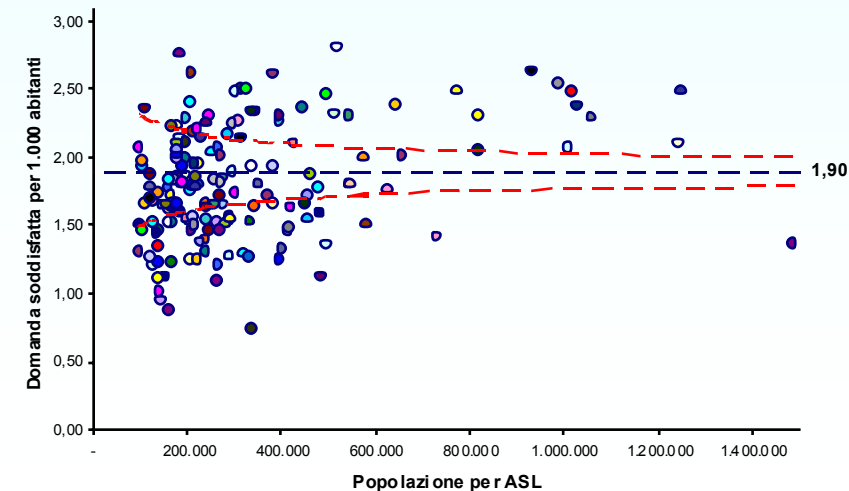
E' disponibile e validata la metodologia per individuare potenziale appropriatezza ed inadeguatezza nella domanda di prestazioni sanitarie a livello di ASL

Esiste una variabilità elevata, non solo da Regione a Regione, ma anche da ASL ad ASL all'interno della stessa Regione.

I risultati sono già disponibili per tutte le tipologie di ricovero. Occorrono i dati per passare ad altri tipi di prestazioni

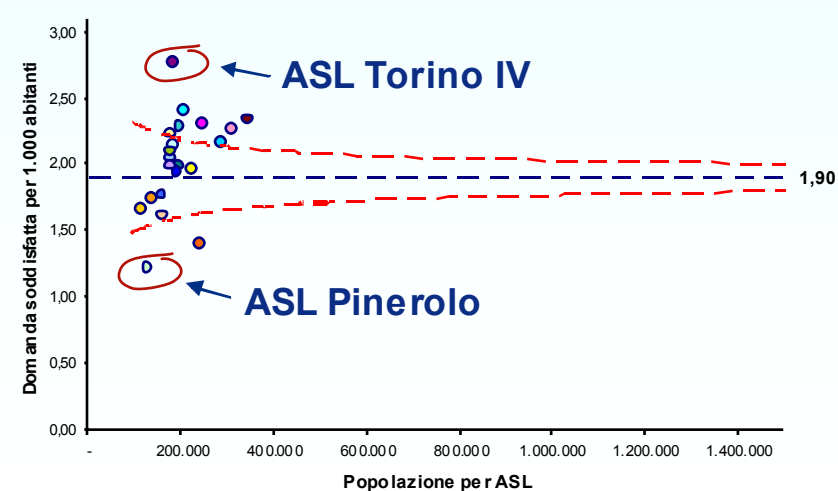
ITALIA

Bypass & PTCA: Domanda soddisfatta per 1.000 abitanti



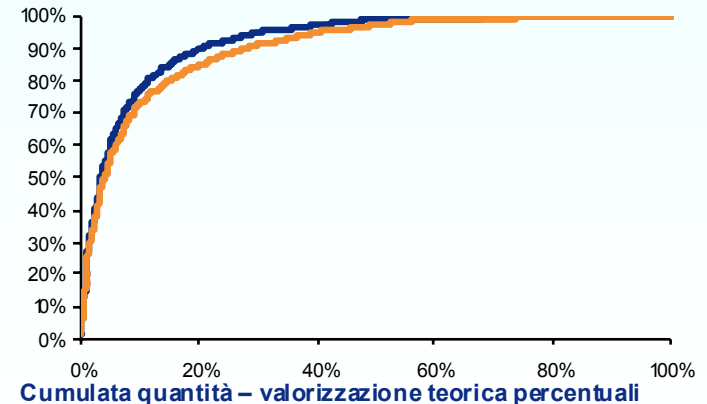
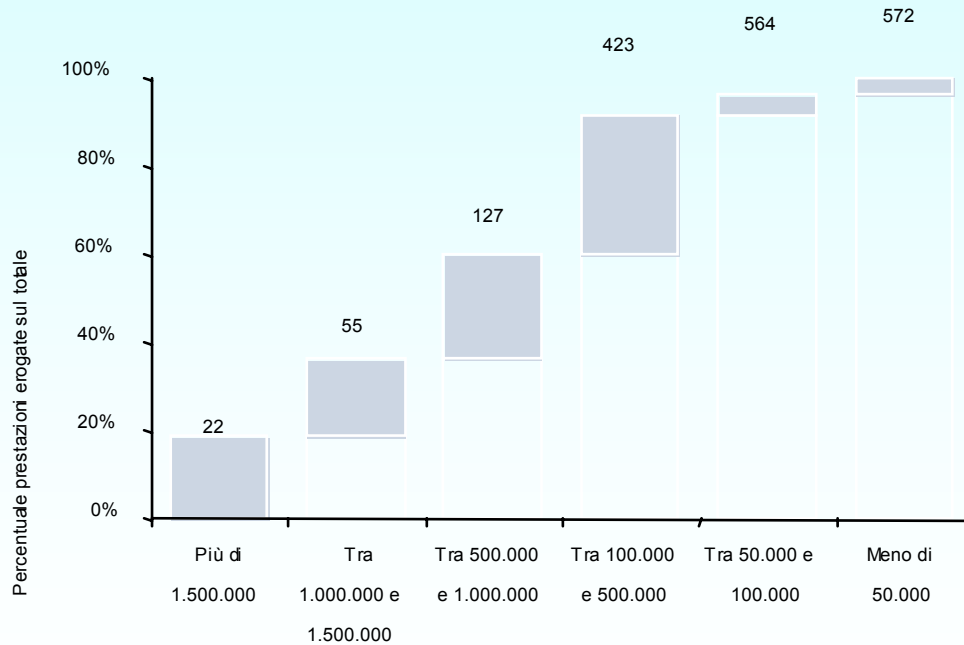
DETTAGLIO PIEMONTE

Bypass & PTCA: Domanda soddisfatta per 1.000 abitanti



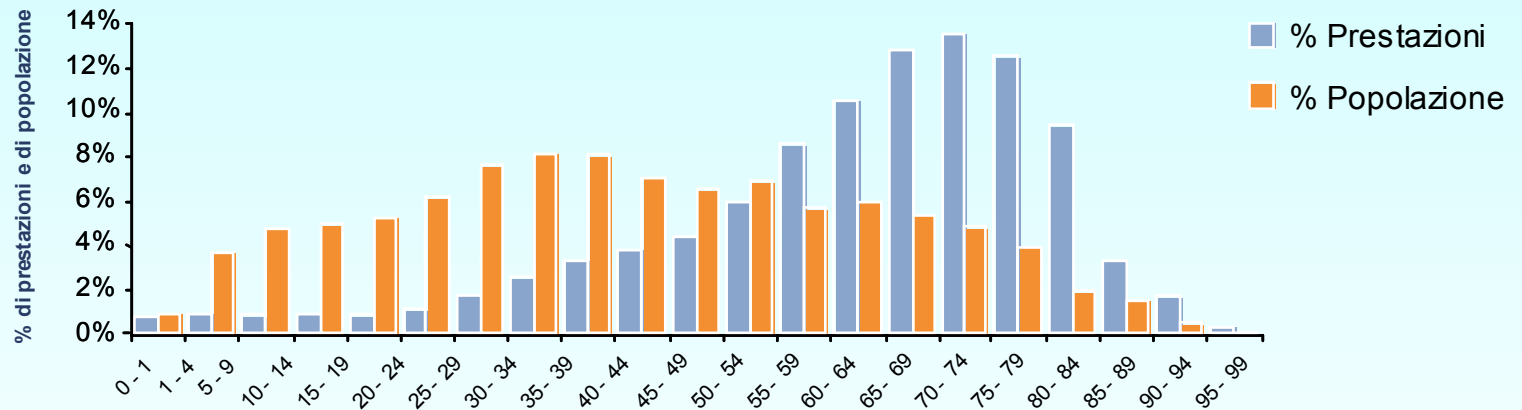
Gli strumenti disponibili: razionalizzazione della rete di offerta

Laboratorio - Percentuale prestazioni erogate sul totale per tipologia struttura

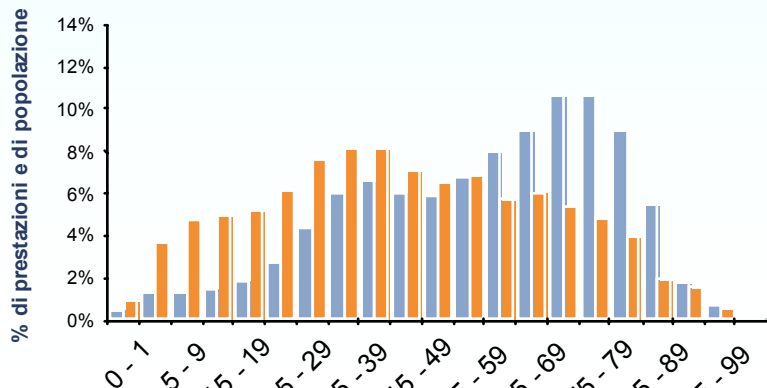


Cosa si può fare: Consumi per classe di età

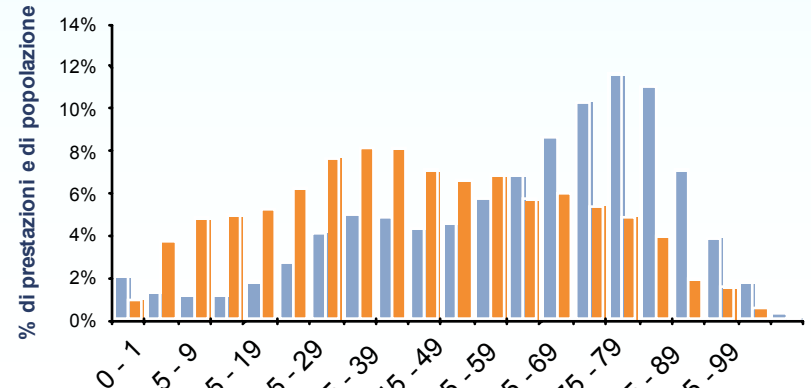
Prestazioni FARMACEUTICHE per classe di età e sesso – Valori 2004



Prestazioni AMBULATORIALI per classe di età e sesso - Valori 2004

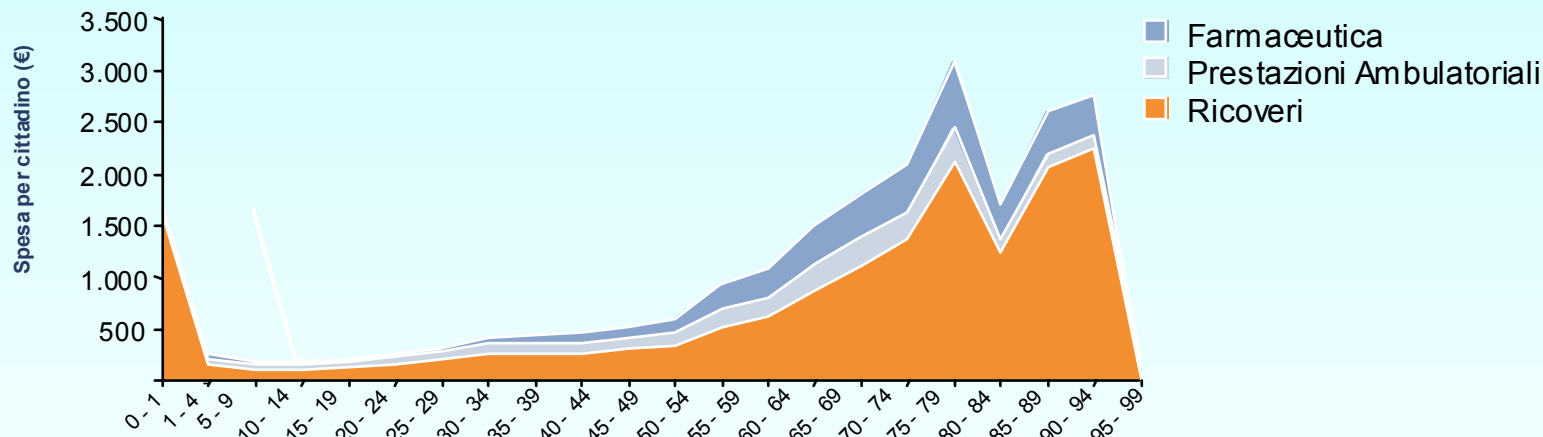


RICOVERI per classe di età e sesso - Valori 2004

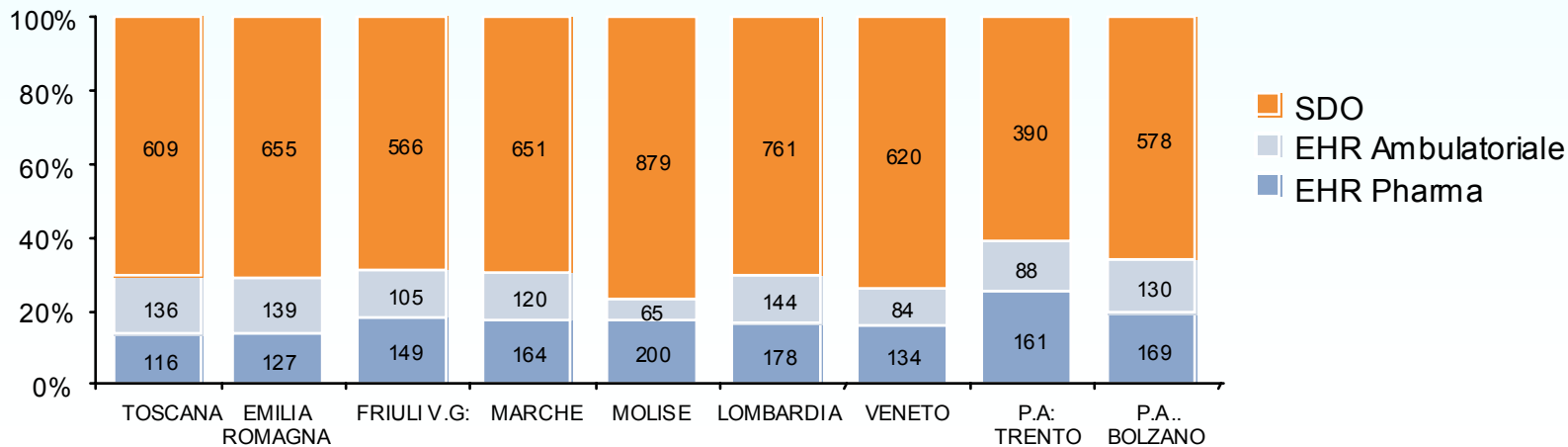


Cosa si può fare: spesa pro-capite per livelli di assistenza e per classe di età

Spesa media per cittadino per fascia di età e per livello di assistenza - ANNO 2003



Composizione della spesa per livelli di assistenza: valori pro-capite standardizzati – 2003



In conclusione

Occorre rilanciare e condividere con le Regioni i principi fondanti del Nuovo Sistema Informativo Sanitario - un sistema unitario di livello nazionale che metta a disposizione dati analitici indispensabili per poter:

- monitorare i Livelli Essenziali di Assistenza;
- garantire l'efficienza dei sistemi regionali permettendo agli stessi di confrontarsi e crescere;
- monitorare e conseguentemente intervenire per ridurre i disavanzi.

Attraverso le attività della cabina di regia e del progetto “Mattoni del SSN”, inoltre, il Ministero della Salute e le Regioni stanno già lavorando insieme perché ciò avvenga. La proposta condivisione di un insieme di indicatori è un passo indietro e non permette di raggiungere questi obiettivi