



Regione Lombardia

DECRETO N° 349

Del 23.01.2012

Identificativo Atto n. 14

DIREZIONE GENERALE SANITA'

Oggetto

APPROVAZIONE DEL METODO PER L'INDIVIDUAZIONE DELL'INDICE SINTETICO DI
PERFORMANCE PER LE STRUTTURE DI RICOVERO



IL DIRETTORE GENERALE

VISTE le seguenti DGR:

- DGR n. 9/351 del 28 luglio 2010 “Prime indicazioni per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura”;
- DGR n. 9/2633 del 6 dicembre 2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012 – (di concerto con l’Assessore Boscagli)”;

DATO ATTO CHE, come previsto dalla citata DGR n. 9/2633 del 6/12/2011 veniva disposto che la DG Sanità, sulla base delle valutazioni di performance effettuate per l’esercizio 2010, approvasse con atto specifico il metodo di individuazione per ciascun ente erogatore di un indice sintetico di performance calcolato a partire dalle valutazioni di efficacia di dettaglio effettuate per le singole unità operative delle strutture;

VISTI gli esiti dello studio appositamente condotto in collaborazione con il CRISP – Università Bicocca di Milano ed i risultati della valutazione di performance ospedaliera rappresentati per ciascun ospedale;

RITENUTO pertanto di approvare la metodologia individuata dallo studio (Allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) che è principalmente orientata alla valutazione dell’efficacia ex post della qualità ospedaliera ai fini delle previste rimodulazioni di budget di cui alla citata DGR n. 9/2633/2011;

VISTA la Legge Regionale 20/2008 “*Testo Unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale*” nonché i provvedimenti organizzativi della IX legislatura;





Regione Lombardia
LA GIUNTA

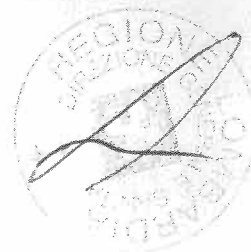
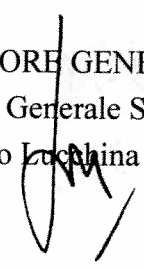
DECRETA

1. **Di prendere atto**, per le motivazioni espresse in premessa e qui integralmente richiamate, degli esiti dello studio appositamente condotto in collaborazione con il CRISP ed i risultati della valutazione di performance ospedaliera rappresentati per ciascun ospedale.
2. **Di approvare** la metodologia individuata dallo studio (Allegato 1 parte integrante del presente provvedimento) che è principalmente orientata alla valutazione dell'efficacia ex post della qualità ospedaliera ai fini delle previste rimodulazioni di budget di cui alla citata DGR n. 9/2633/2011.

IL DIRETTORE GENERALE

Direzione Generale Sanità

Carlo Lucchina



Allegato 1

Il modello di valutazione della *performance* degli ospedali lombardi prevede 5 dimensioni oggetto di valutazione attraverso uno o più indicatori di riferimento misurabili, come si evince dalla tabella seguente:

Dimensioni	Indicatore/i di riferimento
Efficacia <i>ex post</i>	Dimissioni volontarie
	Trasferimenti tra strutture
	Ritorno in sala operatoria
	Ricoveri ripetuti
	Mortalità totale
Accessibilità	Customer satisfaction
	Analisi tempi d'attesa
Qualità <i>ex ante</i>	Indicatore Joint Commission sulla <i>Patient Safety</i>
Efficienza	Analisi efficienza tecnica
Appropriatezza	<i>Upcoding</i>
	<i>Cream skinning</i>
	<i>Readmission</i>
	Controlli NOC

I risultati della valutazione sono rappresentati per ciascun ospedale in un grafico a radar che permette di visionare sia la *performance* dei singoli reparti (questo è possibile per la valutazione dell'efficacia *ex post* dell'appropriatezza) sia la *performance* dell'ospedale nel suo complesso (per le altre dimensioni della valutazione).

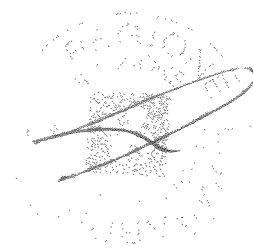


Fig. 2: Grafico radar per rappresentazione risultati valutazione efficacia *ex post* a livello di reparto ospedaliero

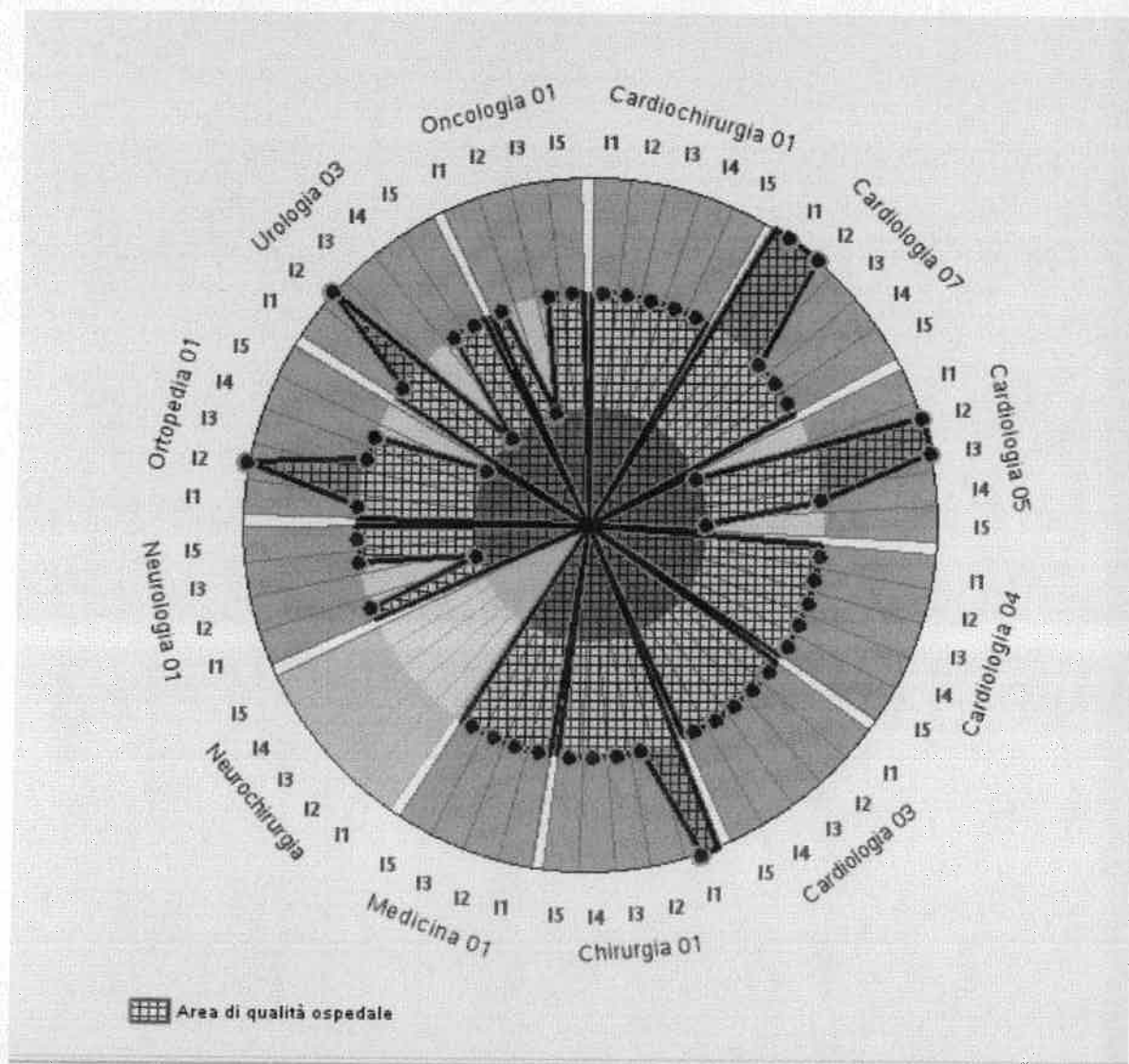
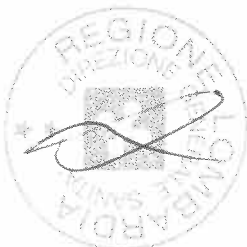
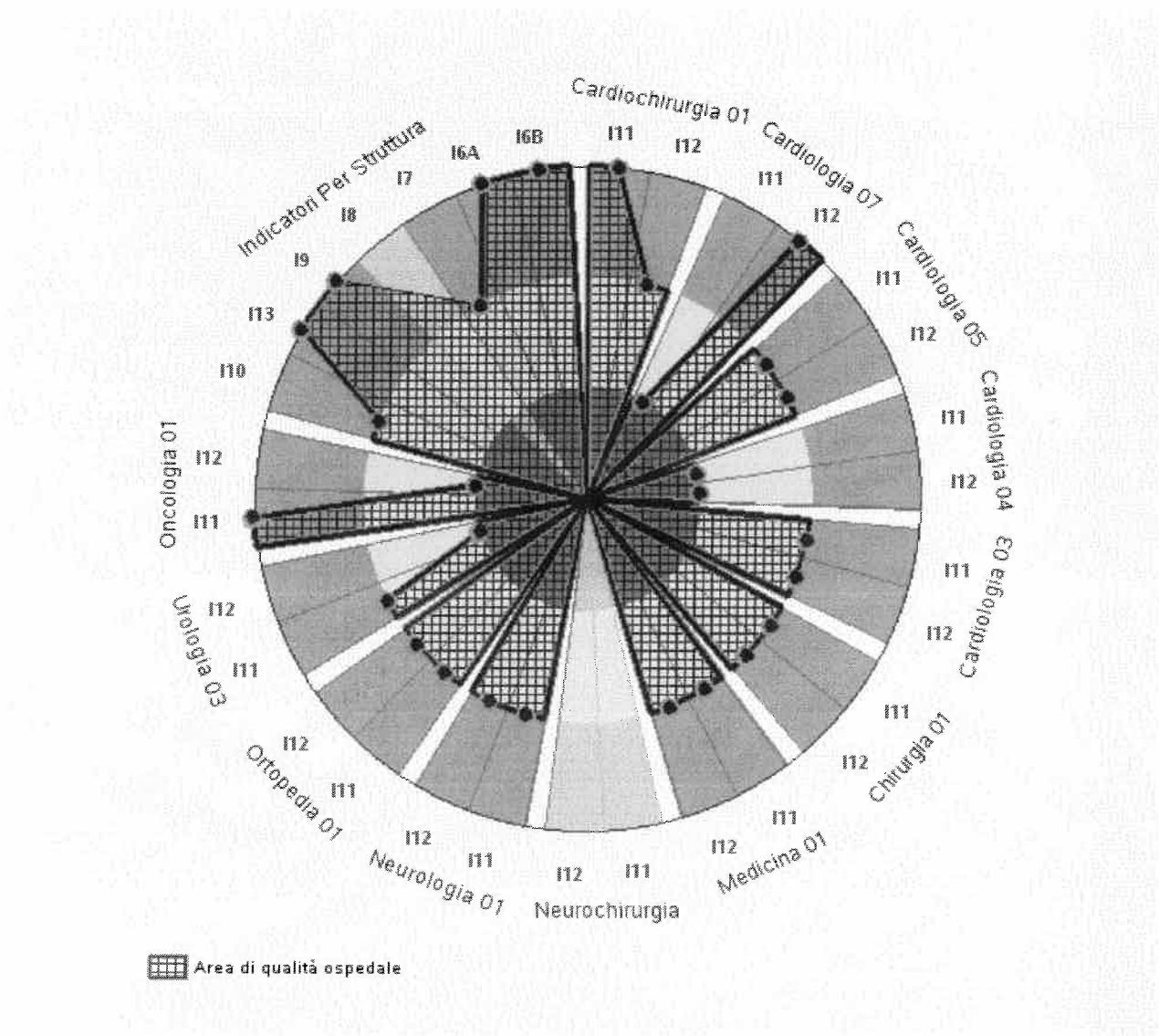


Fig. 3: Grafico radar per rappresentazione risultati valutazione altre dimensioni a livello di reparto ospedaliero



La fig. 2 rappresenta i risultati degli indicatori relativi alla valutazione *ex post* di un ospedale a livello dei nove reparti selezionati nel modello, la fig. 3 i risultati della valutazione di tutti gli altri indicatori a livello di ospedale e di reparto per quanto riguarda l'appropriatezza. Il radar è suddiviso in 3 sezioni dove il livello 3, il più esterno, rappresenta la migliore *performance* e il livello 1, il più interno, rappresenta la *performance* peggiore. Per ciascuno degli indicatori (riportati all'esterno del radar) agli ospedali è assegnato un punteggio da 1 a 3. L'area retinata in verde indica l'area di qualità raggiunta dall'ospedale o dal reparto: maggiore è la sua estensione verso il bordo esterno del radar (livello 3) migliore è la *performance* dell'ospedale.

L'area trasparente indica la mancanza di un reparto mentre lo spicchio bianco indica il passaggio da un reparto ad un altro.

Questa tipologia di rappresentazione permette da una parte di avere immediatamente un'idea generale e complessiva della *performance* di una struttura (maggiore è l'estensione dell'area rossa migliore è la *performance*), dall'altra di verificare i risultati raggiunti dall'ospedale a livello di singolo indicatore e, per l'appropriatezza e l'efficacia, anche a livello di singoli reparti ospedalieri.

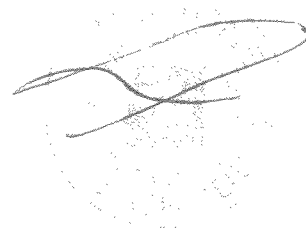
Grazie a questa valutazione multidimensionale è possibile esaminare la *performance* di un ospedale nel suo complesso e cogliere i diversi aspetti relativi all'attività di una struttura. Spesso infatti per comprendere il significato di un indicatore occorre avere il quadro complessivo della *performance* di un ospedale.

Attraverso questo sistema di valutazione è possibile dunque monitorare la qualità e la *performance* degli ospedali lombardi nel corso del tempo rispetto ad una serie di indicatori validati e capaci di fornire informazioni esaustive sull'attività delle strutture, promuovendo il miglioramento continuo della qualità in sanità sul territorio regionale.

Il principio su cui si fonda il modello è considerare la qualità come una caratteristica multidimensionale che deriva dalla valutazione di singoli aspetti.

L'obiettivo di fondo consiste nel sistematizzare in un modello le diverse aree relative alla qualità in modo da ottenere un sistema unico di valutazione degli ospedali lombardi.

Ogni valutazione prevede una serie di indicatori, che dipendono dalle metodologie di analisi adottate e da specifici output strategici.



La scelta di effettuare l'analisi a livello di reparti ospedalieri (laddove possibile in base al livello di aggregazione dei dati di partenza) consente di valutare nel dettaglio l'attività di ogni ospedale, individuando le aree di eccellenza e le aree di maggiore criticità. Tale valutazione è molto più utile di un'analisi aggregata a livello di ospedale nel suo complesso perché permette di scorporare la *performance* dell'ospedale a livello dei suoi singoli reparti e di individuare le aree di attività che presentano criticità o eccellenze.

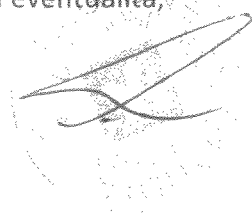
A ciascuna delle dimensioni della qualità selezionate sono associati indicatori, o standard, o valori di riferimento che permettono di effettuare l'analisi e di ottenere dei risultati misurabili. Per ognuno degli indicatori proposti è infatti possibile ordinare le strutture in base al risultato ottenuto e assegnare loro un punteggio standard.

Il cuore della valutazione riguarda l'efficacia *ex post*, un concetto che a livello internazionale diversi organismi pubblici o privati monitorano come parte essenziale di un sistema di valutazione e miglioramento della qualità ospedaliera. Il punto di forza del modello di valutazione sviluppato negli ultimi anni in Lombardia consiste sia nella tecnica modellistica adottata sia nell'elaborato percorso di scelta delle variabili da inserire in tale modello.

In Lombardia si è scelto di utilizzare il concetto di valutazione *ex post* dell'efficacia nella sua accezione inglese di "*effectiveness*", che può essere definita come la tensione ad attuare nelle attività quotidiane le *best practice* quale migliore metodo e strumento per il raggiungimento di buoni risultati di salute per i pazienti. In altre parole l'*effectiveness* può essere definita come il livello di risultato derivante da un'appropriata erogazione dei servizi sanitari.

Per quanto riguarda l'efficacia *ex post* il modello sviluppato in Regione Lombardia mira a valutare un insieme di *outcome* di contesto, *outcome* che rappresentano fattori e condizioni considerati "proxy" della qualità. Questi indicatori, infatti, non determinano l'efficacia "vera" ma danno indicazioni precise su situazioni ad essa strettamente legate. Questa tipologia di *outcome* non è sempre affidabile per costruire graduatorie ma risulta sicuramente accettabile per individuare soglie di eccellenza e di allarme.

Un aspetto rilevante che favorisce l'utilizzo degli *outcome* di contesto consiste nel fatto che questi possono essere calcolati utilizzando le informazioni già disponibili nei flussi informativi istituzionali. Così facendo si ha il vantaggio di non dover implementare nuovi flussi informativi, evitando quindi gli incrementi di costo e di gravame amministrativo connessi a questa eventualità.



e l'indiscutibile vantaggio di utilizzare delle informazioni caratterizzate da un'alta omogeneità di contenuto e di significato ottenuta grazie al lavoro di predisposizione e di diffusione di linee guida di codifica e di compilazione svolto negli anni in collaborazione con il mondo professionale e con quello degli erogatori di prestazioni sanitarie.

Dall'applicazione dei modelli statistici si ottiene per ogni *outcome* una classifica degli ospedali che distribuisce le strutture in base alla loro qualità rispetto alla media regionale rilevata per ogni singolo indicatore.

A questo punto è stato necessario individuare una metodologia per raggiungere l'obiettivo definito in precedenza dalla DGR IX/2633/2011 di ottenere un punteggio sintetico per ogni presidio ospedaliero in base al quale modulare un incremento (o un decremento) di $\pm 1\%$ delle risorse negoziate con le ASL per le attività di ricovero ordinarie per acuti relative a pazienti residenti in Regione Lombardia.

La scelta di sintetizzare la qualità a livello di presidio è anche dettata dalla necessità di non perdere il dettaglio territoriale della qualità e per evitare di avere dei risultati medi aziendali che "mascherano" il dettaglio della performance.

La funzione di aggregazione scelta è la media ponderata dei valori rappresentati nei grafici a radar. Tale media viene "corretta" mediante dei coefficienti definiti da Regione Lombardia, come previsto dalla DGR IX/2633/2011, pesando in modo differente sia i reparti valutati sia gli outcome analizzati.

Tale metodologia di sintesi della qualità viene applicata esclusivamente agli outcome (dimissioni volontarie, ricoveri ripetuti, trasferimenti, rientri in sala operatoria, mortalità totale), quindi all'efficacia ex post.

Il motivo di questa scelta è determinato dalla volontà di non stressare gli aspetti di efficienza e di processo e di valorizzare soprattutto le performance in termini di risultati clinici e di efficacia. A ciò si aggiunge il fatto che questa parte della valutazione ha una storia importante e significativa di validazione scientifica.

In linea con i criteri di inclusione adottati nell'analisi degli outcome, la rimodulazione del contratto riguarderà solo le attività ordinarie per acuti, escludendo, quindi, i pazienti extra regionali, i day hospital e la riabilitazione.



La rimodulazione del contratto non avviene sulla base del punteggio raggiunto singolarmente dalla struttura ma raggruppando le strutture in sette categorie omogenee individuate utilizzando come variabili di classificazione il numero di posti letto attivati (la dimensione) ed il numero di accessi di pronto soccorso (intesi come buona stima della complessità clinica ed organizzativa dell'ospedale).

Entro ciascuna delle sette categorie di strutture i presidi ospedalieri sono ordinati per punteggio sintetico decrescente. Alla struttura migliore viene attribuito un incremento del +1%. Alla peggiore un punteggio del -1%. Alle altre strutture viene attribuito un valore, intermedio tra il +1% ed il -1%, proporzionale alla distanza che la singola struttura ha con il punteggio peggiore. L' applicazione di un meccanismo proporzionale di rimodulazione del contratto, consente di attribuire un indice di adeguamento del budget che tenga conto della differente variabilità tra i sette gruppi di strutture individuati e di armonizzare la percentuale di incremento o decremento.

Un principio cardine prevede che la valorizzazione economica della percentuale di modulazione del contratto debba rispettare il vincolo del budget regionale complessivo. A tale scopo la percentuale di rimodulazione assegnata ad ogni presidio viene riparametrata ponderandola con il peso del fatturato della struttura stessa.

