

Obiettivi e strumenti della programmazione ospedaliera



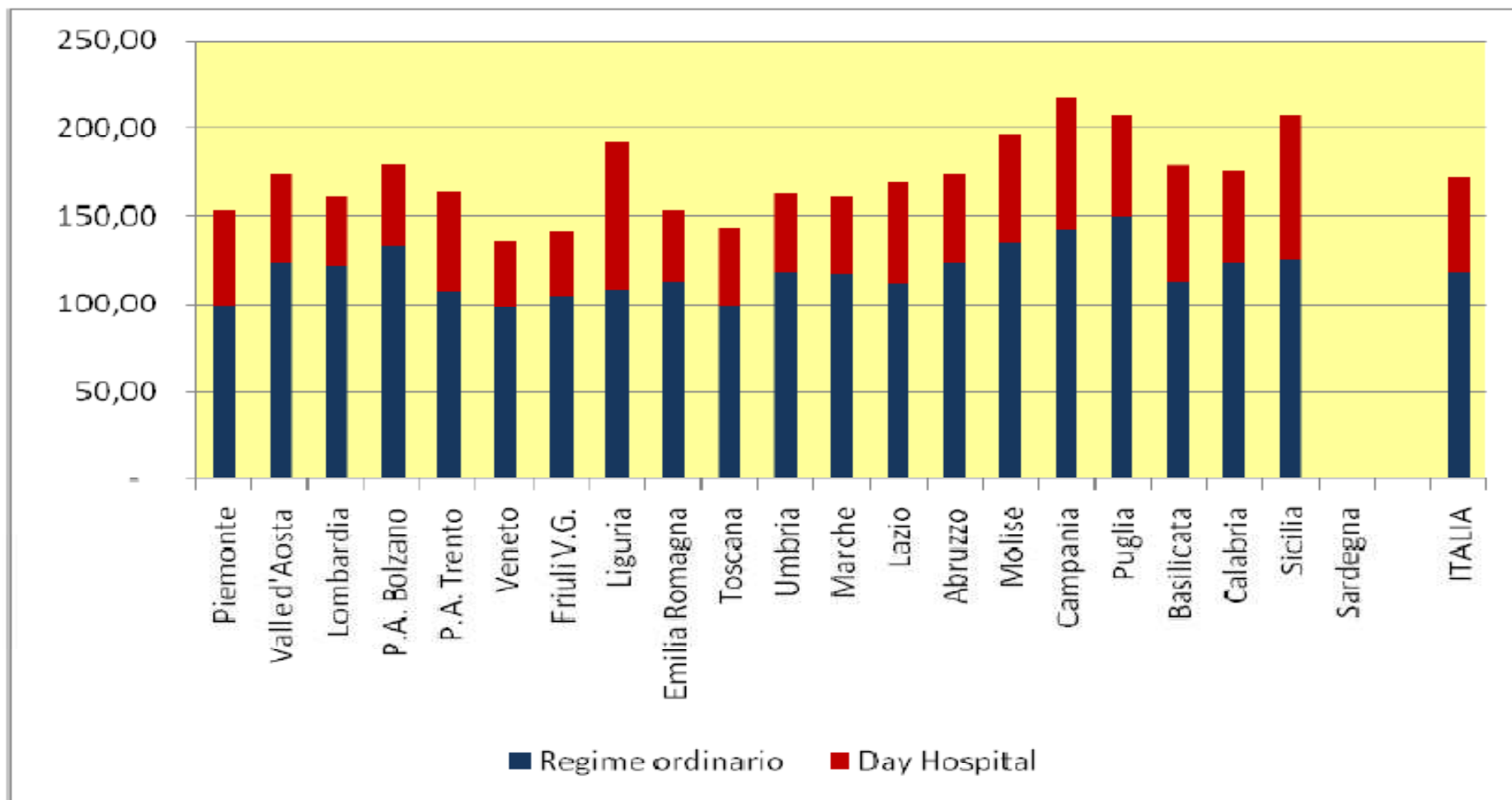
F. Basso- F.Palumbo - Ministero della Salute

Venezia - 3 dicembre 2010

Inter-regional differences ...

Hospital admissions. Year 2009

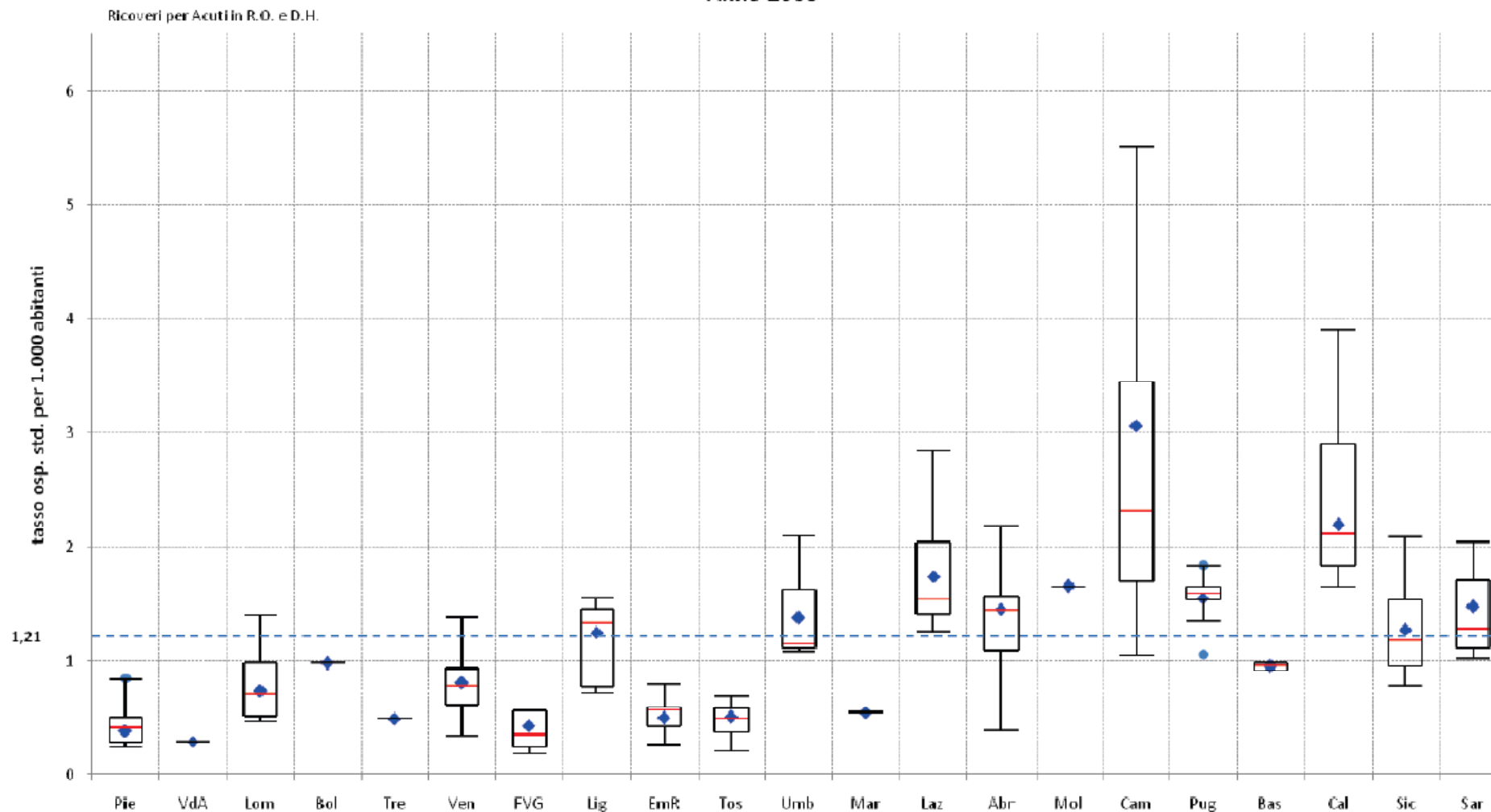
FIGURA 1. Tassi di ospedalizzazione standardizzati per acuti distinti in regime ordinario e day hospital - SDO 2009 .



Inter-regional differences ...

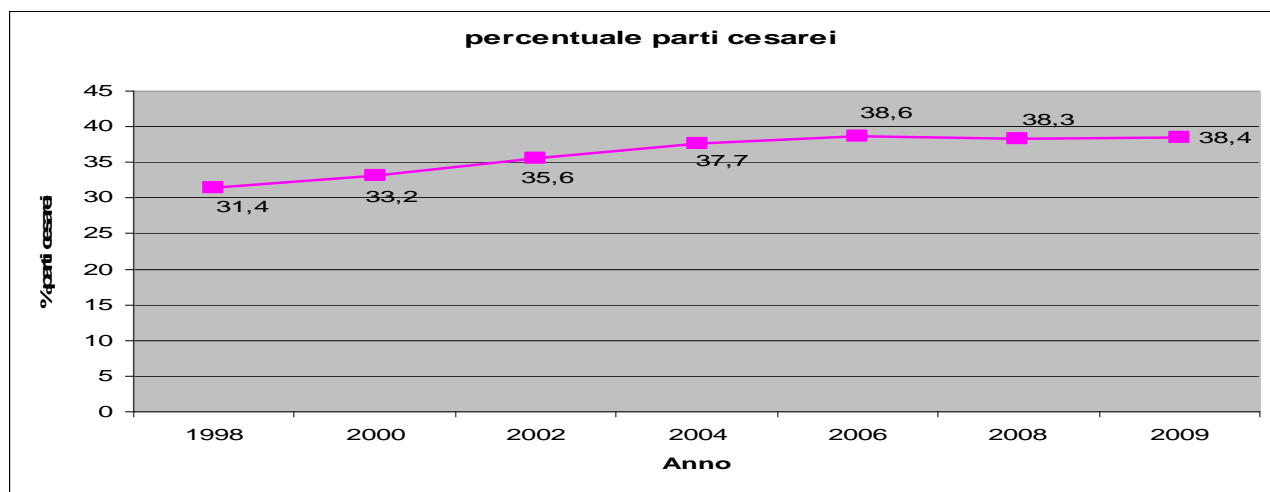
Quality in hospital care. Year 2008

ACC diagnosi 251 - Dolore addominale
Anno 2008



Inter-regional differences ...

Quality in hospital care: Caesarean deliveries



**% Caesarean deliveries in Italy:
trend 1998- 2009**

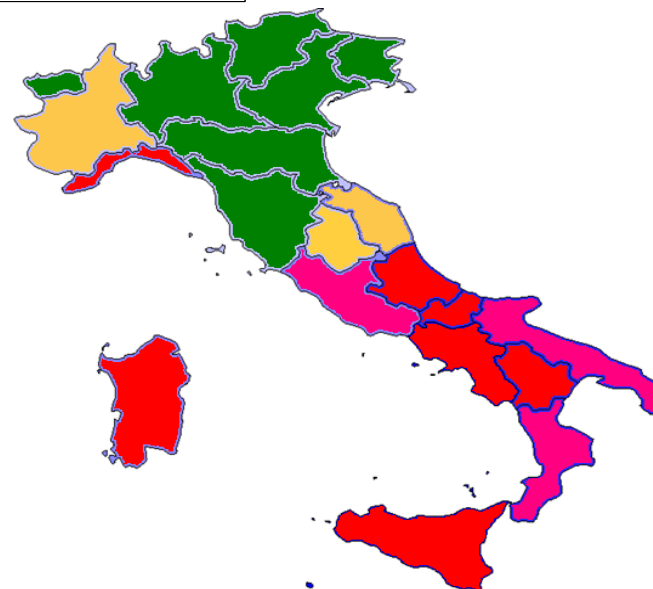
% Caesarean deliveries among region

< 30%

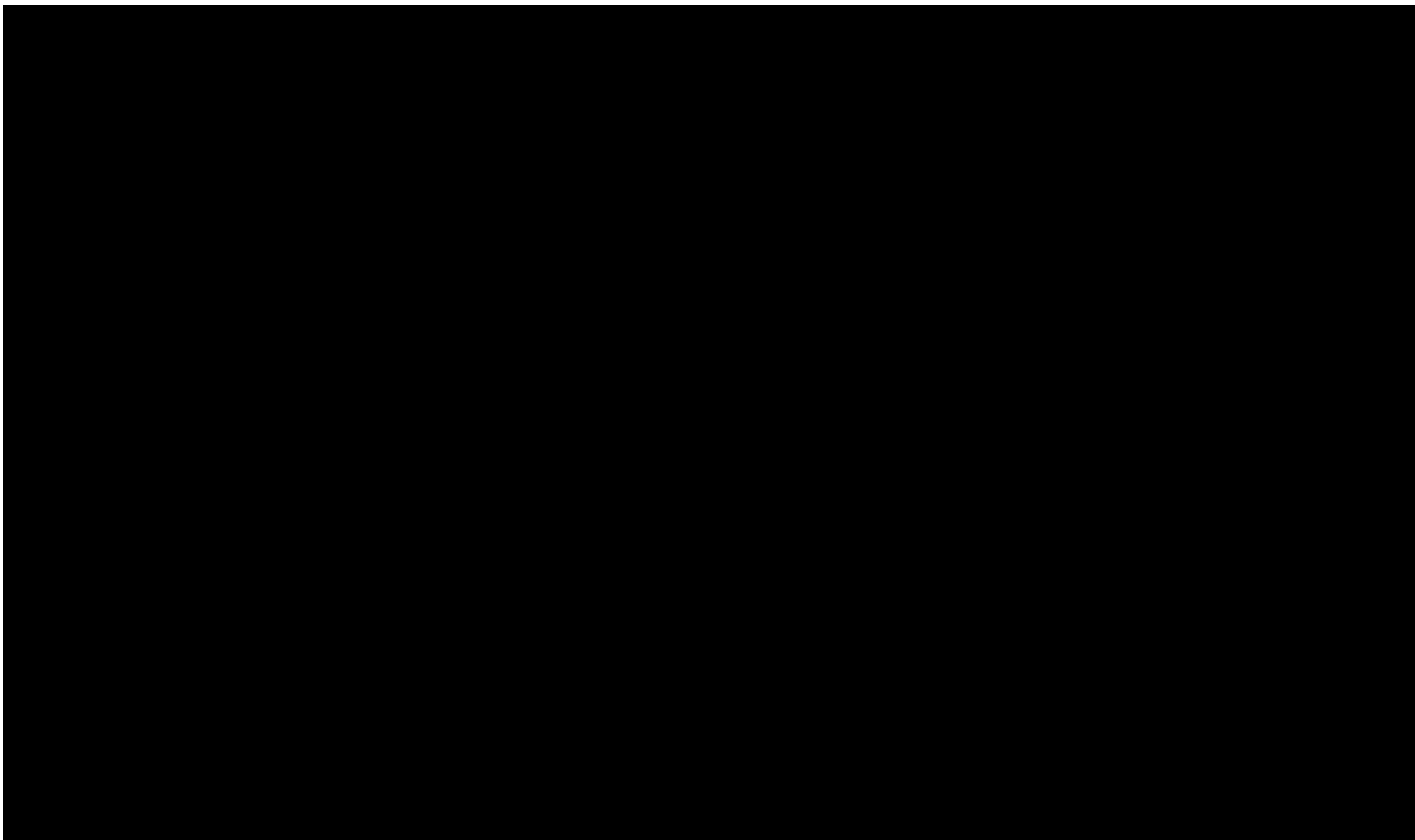
30-35%

> 35% e in diminuzione

> 35% e non in diminuzione

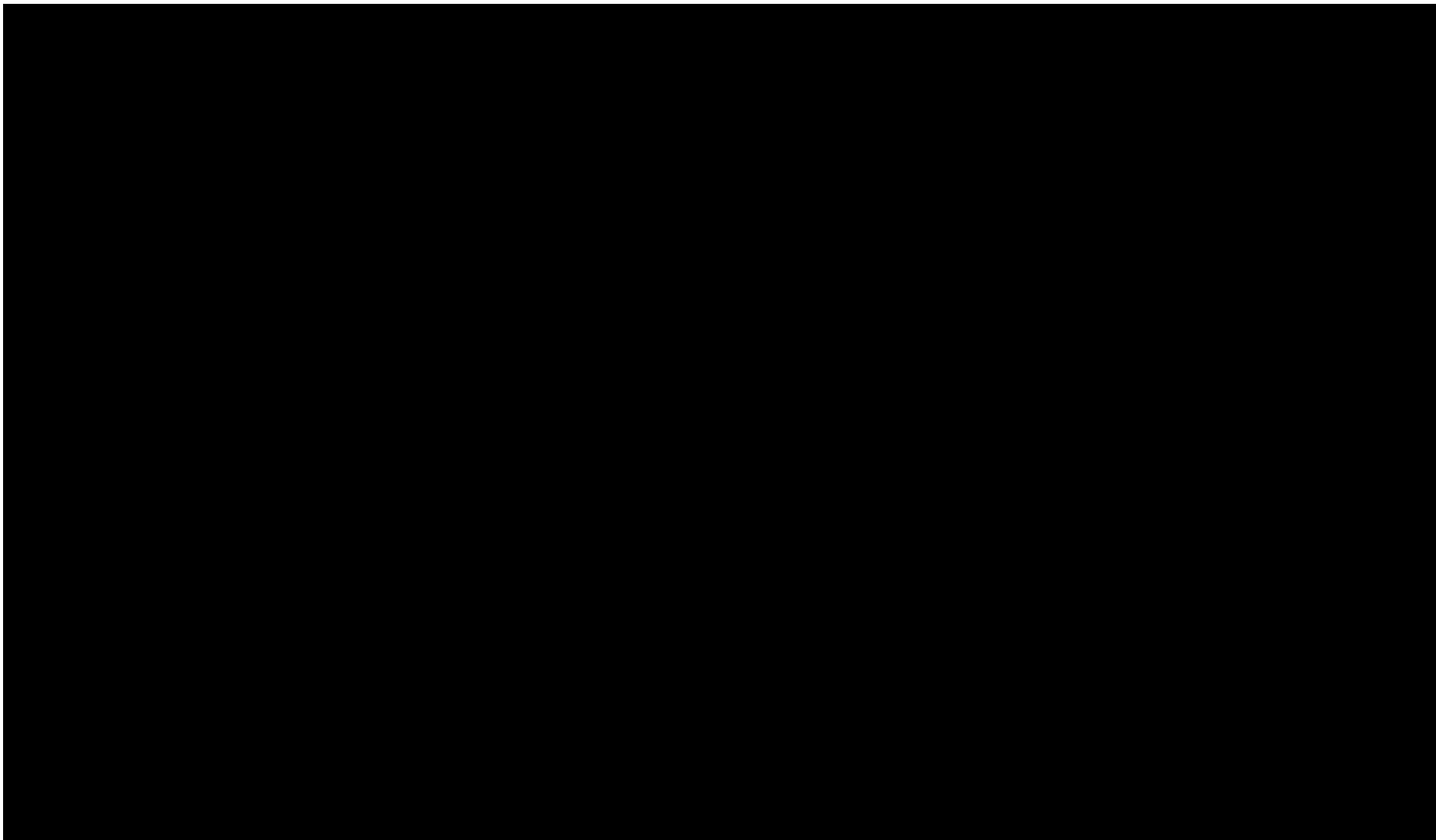


Inter-regional differences ...
Efficiency in hospital care. Year 2009



Inter-regional differences ...

Appropriateness in hospital care. Year 2009

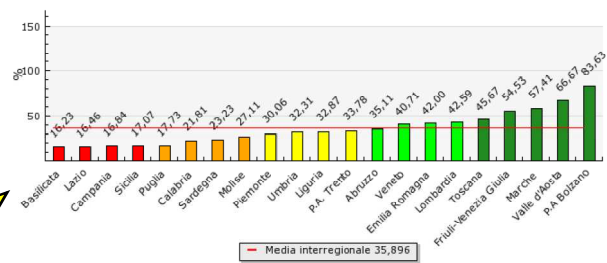


Indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria, Anno 2008 (disponibile su www.salute.gov.it)

Il Ministero in collaborazione con la Scuola Superiore Sant'Anna ha selezionato un set di 34 indicatori, alcuni dei quali presenti nel Patto della Salute 2010-2012

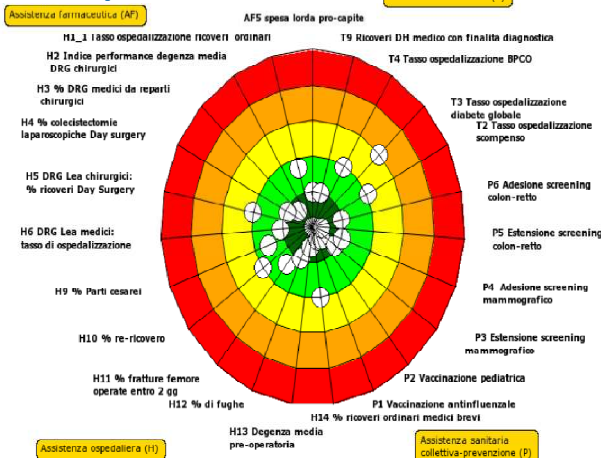
| Codice indicatore | Indicatore* |
|---|---|
| ASSISTENZA OSPEDALIERA (H) | |
| Governo della domanda | |
| H1.1 | Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti |
| H1 | Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti |
| H1.2 | Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti |
| H1.3 | Peso medio DRG Ricoveri Ordinari |
| Efficienza | |
| H2 | Indice di performance degenza media per acuti - DRG chirurgici |
| H2.1 | Indice di performance degenza media per acuti |
| H2.2 | Indice di performance degenza media per acuti - DRG medici |
| H13 | Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati |
| Appropriatezza Chirurgica | |
| H3 | % Drg medici da reparti chirurgici |
| H4 | % colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg |
| H5 | DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno |
| Appropriatezza Medica | |
| H6 | DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti |
| H14 | Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi |
| T9 | Percentuale di ricoveri in DM medico con finalità diagnostica |
| Qualità clinica | |
| H9 | % cesarei |
| H10 | % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa POC corretto per lo sostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale |
| H10.1 | % ricoveri ripetuti entro 30 giorni |
| H10.1.1 | % ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni |
| H10.1.2 | % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni |
| H11 | % fratture femore operate in 2 giorni |
| H12 | Percentuale di fughe in punti DRG |
| ASSISTENZA DISTRETTUALE (T) | |
| Efficacia assistenziale delle patologie croniche | |
| T2 | Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) |
| T3 | Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni) |
| T4 | Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) |
| ASSISTENZA FARMACEUTICA (AF) | |
| AF5 | Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale |
| AF5.1 | Sostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab die |
| AF5.3 | % sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN |
| AF5.4 | % sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN |
| ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA E DI PREVENZIONE (P) | |
| P1 | Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (>= 65 anni) |
| P2 | Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (<= 2 anni) |
| P3 | Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni) |
| P4 | Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni) |
| P5 | Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni) |
| P6 | Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni) |

H11 Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione

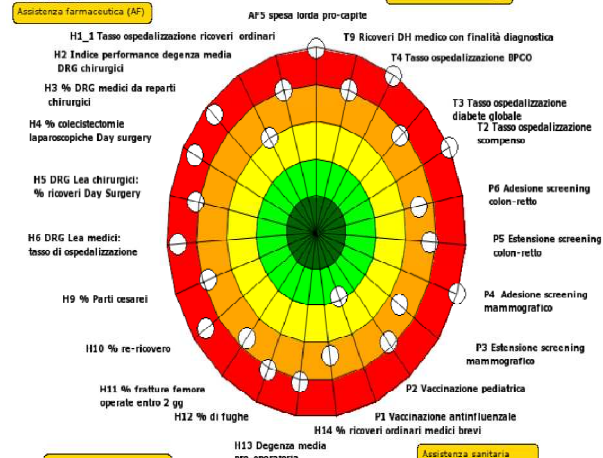


La rappresentazione grafica tramite "bersagli" permette di valutare in tempo reale la performance dei diversi sistemi sanitari regionali sui diversi livelli di assistenza evidenziandone chiaramente i punti di forza e le criticità a supporto dei processi programmatori. Gli esempi riguardano due regioni con diversi livelli di performance

Emilia Romagna



Calabria

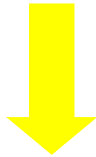


* Gli indicatori in corsivo sono di osservazione.

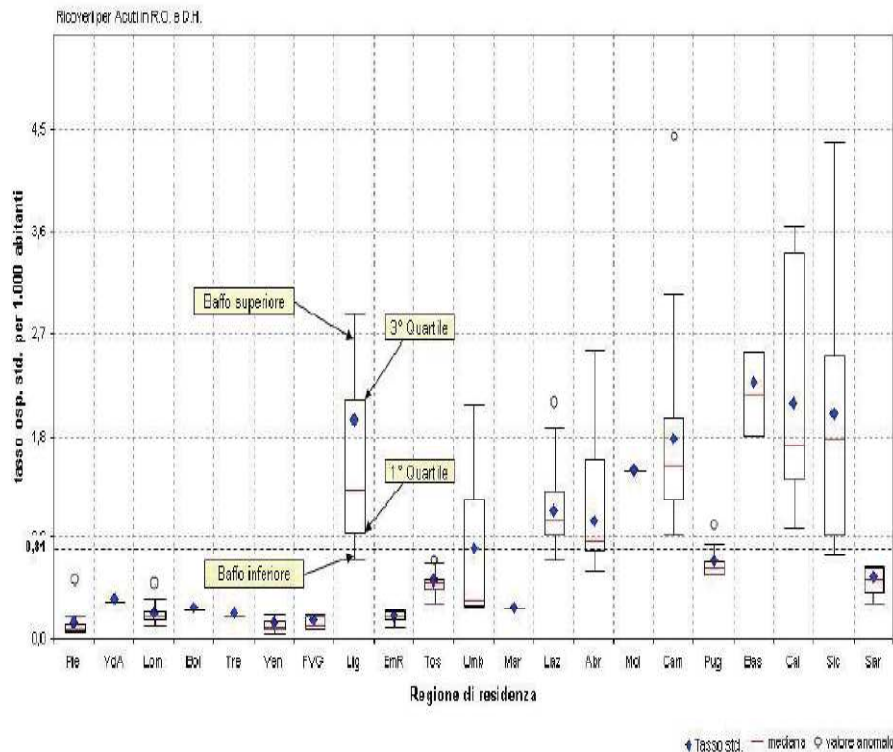
Variabilità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie

Anno 2008 (disponibile su www.salute.gov.it)

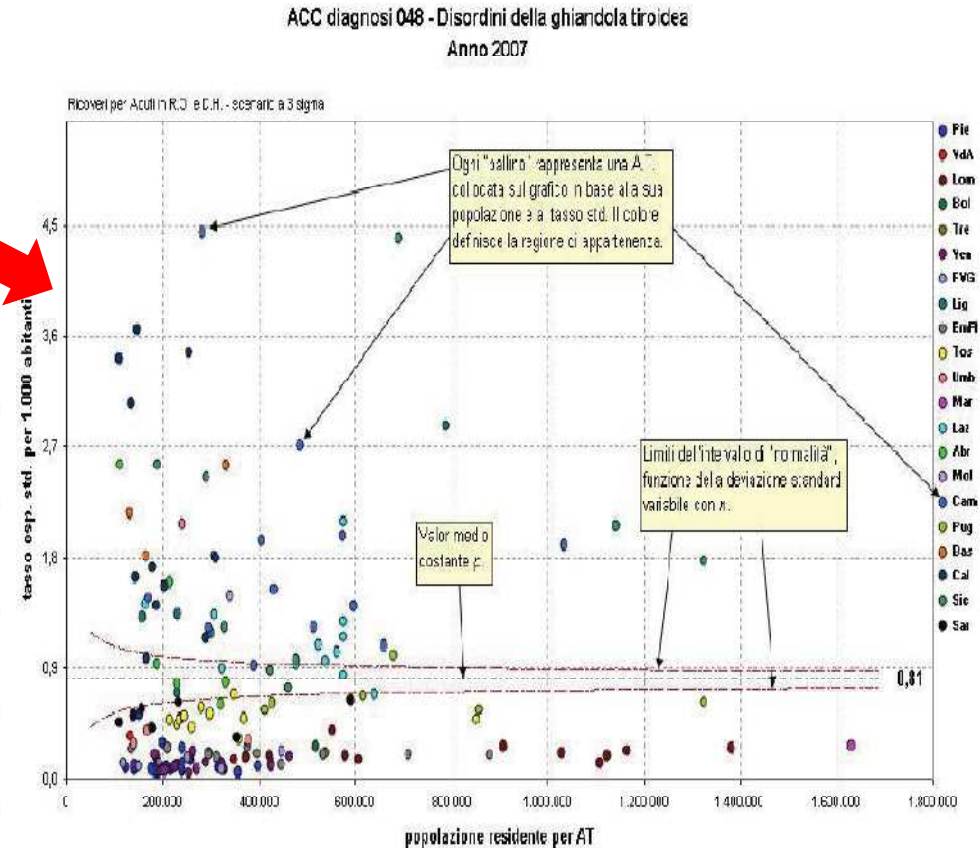
Il Box-Plot consente di illustrare graficamente la variabilità dei tassi delle diverse A.T. appartenenti alla medesima Regione.



ACC diagnosi 048 - Disordini della ghiandola tiroidea
Anno 2007



La "Trombetta" consente di illustrare graficamente la variabilità dei tassi delle diverse A.T. rispetto ad un valore medio nazionale "p". Valori anomali sono quelli distanti da p e dall'intervallo di normalità



- L' "Aggregazione Territoriale" (A.T.) intesa come ambito territoriale subregionale di analisi.
- Le A.T. corrispondono per lo più alle ASL di ogni Regione.
- Fanno eccezione le ASL con popolazione inferiore a una soglia critica di 100.000 abitanti: in tal caso si è proceduto all'aggregazione di ASL limitrofe in un'unica A.T.

IL NUOVO PIANO SANITARIO NAZIONALE LINEE DI INDIRIZZO

Al Piano Sanitario Nazionale è attribuito il ruolo di strumento indispensabile per supportare la riqualificazione, riorganizzazione e razionalizzazione del sistema di erogazione della salute, che costituisce il sistema sanitario di ogni Regione.

La diversa dinamica nella utilizzazione delle risorse discende, oltre che dall'esperienza maturata nei diversi contesti regionali, anche dalla solidità programmatica, assicurata da un piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione della rete dei servizi territoriali e della rete ospedaliera.

Il documento di programmazione regionale deve comprendere le seguenti parti fondamentali:

- > analisi sanitaria, sociale ed economica;**
- > rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati;**
- > logica e coerenza interna della strategia;**
- > coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali;**
- > risultati attesi e valutazione degli impatti;**
- > sistemi di attuazione proposti.**

Il documento programmatico deve esplicitare i bisogni che scaturiscono dall'analisi della realtà rilevata.

In particolare, per l'area dell'assistenza ospedaliera vanno analizzate le seguenti criticità:

- carenza generale di posti letto per post-acuti
- carenza posti letto per comi e stati vegetativi
- carenza di strutture per mielo e neuro lesioni
- carenza di posti letto per hospice
- carenza di posti letto per RSA
- carenza nell'ambito dell'offerta rivolta alla salute mentale

Alle evidenziate criticità strutturali si aggiungono quelle di tipo sociale:

- il disagio e le difficoltà per le popolazioni locali ad accettare il ridimensionamento delle strutture ospedaliere, che rappresentano un punto di riferimento sul territorio in una fase in cui il rafforzamento dell'assistenza territoriale è ancora in fase di avvio.

- la messa in rete delle strutture ospedaliere, anche tramite processi di riorganizzazione amministrativa e di accorpamento di aziende e la riconversione di alcune di esse, è uno degli strumenti per rendere compatibile l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini equità di accesso a prestazioni e servizi sanitari efficaci e appropriati.

In un contesto di risorse, sia umane che finanziarie, non illimitate e la cui rideterminazione è soggetta a vincoli nazionali;

- l'opposizione alla razionalizzazione della rete ospedaliera, inoltre, deriva anche da non condivisibili atteggiamenti culturali che continuano a individuare nell'ospedale la risposta di maggior rilievo ai bisogni della popolazione. Senza valutare che l'attuale epidemiologia è fortemente caratterizzata da malattie croniche e dalla necessità di reti protettive di tipo domiciliare o residenziale non ospedaliere e che il mantenimento della spesa ospedaliera agli attuali livelli non consente di liberare risorse per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Le linee di intervento per migliorare l'offerta dei servizi e soddisfare i bisogni dei cittadini prevedono:

- una forte valorizzazione delle attività di prevenzione.

- una rete territoriale più forte e idonea ad assolvere compiutamente le proprie funzioni

- una realtà ospedaliera più orientata alla medio-alta intensità di cure

- una serie di azioni rivolte alla soluzione del problema degli anziani e della non autosufficienza

- un sistema di emergenza più sicuro
- un ulteriore potenziamento della risposta diagnostica
- un incremento significativo dei sistemi di accesso alle prestazioni, attraverso lo sviluppo di strumenti di innovazione tecnologica che rendano possibile il movimento delle informazioni rispetto a quello delle persone
- un importante riconoscimento e coinvolgimento dell'associazionismo.

I risultati da raggiungere con le predette azioni consistono in :

- concentrazione di diagnosi e cura per pazienti acuti in strutture ospedaliere con elevata specializzazione e casistica per ampi bacini di utenza;**
- gradualità di cura, con chiara distinzione fra strutture destinate alla degenza per acuti, strutture per riabilitazione di vario livello, strutture di supporto;**
- aumento dell'efficienza e dell'efficacia dell'offerta di prestazioni sanitarie;**

- riduzione delle liste di attesa;
- risposta sanitaria adeguata e al passo con i progressi scientifici;
- sicurezza del paziente;
- adeguamento a standard edilizi, impiantistici e tecnologici finalizzati all'accreditamento istituzionale delle strutture.

La Regione, individua le azioni da intraprendere per raggiungere l'obiettivo di una rete ospedaliera efficiente e sicura, azioni volte a :

- modificare la struttura e le funzioni della rete ospedaliera per migliorarne l'efficienza e la funzionalità;

- escludere servizi e strutture le cui prestazioni siano di qualità non adeguata o la cui casistica sia numericamente troppo bassa;

- riorganizzare la rete delle alte specialità ospedaliere secondo il modello hub & spoke, concentrando competenze professionali e tecnologiche per diagnosi e cura di particolare complessità o rarità presso centri di alta specializzazione a cui tutti gli altri ospedali fanno riferimento anche favorendo la mobilità di professionisti ed équipes;
- favorire la collaborazione di strutture e professionisti al fine di superare la concezione autarchica dell'ospedale e i meccanismi competitivi;
- costruire una rete hub & spoke a prescindere dagli assetti istituzionali delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie.

Il raggiungimento di tali obiettivi consentirà di raccogliere e articolare alcuni aspetti fondamentali dell'offerta sanitaria per acuti:

- attuare nel tempo più breve possibile tutti gli accorgimenti di natura strutturale, tecnologica e organizzativa necessari per portare il numero di posti letto a un valore uguale o inferiore al 4 per mille, in accordo con le indicazioni del Patto della Salute 2010-2012;

- costruire e perfezionare percorsi assistenziali sempre più aderenti e rispondenti alle effettive necessità della popolazione;

- valorizzare le professionalità e le realtà non solo sanitarie, ma anche scientifiche e di ricerca presenti nelle strutture e nelle Aziende;

- realizzare un sistema integrato che sfrutti al meglio le potenzialità e le caratteristiche delle realtà presenti sul territorio con finalità sanitarie e assistenziali: strutture pubbliche, università, enti di ricerca, eventualmente strutture private, etc.

- utilizzare in maniera razionale e ottimale le risorse a disposizione, al fine di garantire un'offerta sanitaria adeguata e di contenere la spesa pubblica;
- integrare le occasioni di ricerca e sviluppo, sia tecnologico, sia scientifico, per utilizzare in maniera produttiva la casistica con finalità di ricerca e per consentire un rapido e sicuro trasferimento dei risultati della sperimentazione.

LE RETI ASSISTENZIALI

Lo sviluppo e l'implementazione delle reti ospedaliera e territoriale e dei relativi processi assistenziali rappresenta un'evoluzione necessaria del sistema sanitario idonea a garantire:

- la promozione delle dinamiche di “clinical governance” e l'integrazione dei percorsi assistenziali per far fronte alla complessità dei bisogni e ai trend epidemiologici (invecchiamento della popolazione, cronicizzazione, pluripatologia, ecc), che spingono verso approcci pluridisciplinari;

- la razionalizzazione del sistema di offerta dei servizi sul territorio al fine di evitare duplicazioni in alcuni luoghi e carenza in altri;
- una politica centralizzata degli investimenti per le tecnologie e gli impianti ad elevata specializzazione e alti costi di acquisto e gestione;
- il perseguimento di economie di scala mediante l'accentramento di alcune funzioni: acquisti, amministrazione, manutenzione, ecc;
- l'attivazione di processi di benchmarking e benchlearning al fine di permettere alle singole componenti della rete di promuovere processi di miglioramento gestionali, organizzativi e funzionali.

Le Reti sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema, consentendo:

- ✓ la cura del paziente senza discontinuità;
- ✓ l'assistenza integrata tra le professioni e le valenze assistenziali;
- ✓ la differenziazione dei contributi professionali;
- ✓ la condivisione di good e best practice;
- ✓ l'equità di accesso ai servizi;
- ✓ la centralità del paziente nel percorso di cura;
- ✓ maggiori disponibilità di risorse;
- ✓ economie di scala;
- ✓ la condivisione dei costi di ricerca e sviluppo;
- ✓ la circolazione delle informazioni e l'accelerazione dei processi di diffusione dell'innovazione;
- ✓ la disponibilità al cambiamento;
- ✓ la disponibilità di nuove risorse manageriali.

L'affermarsi delle logiche di rete, non costituisce soltanto un'opportunità di innovazione culturale e professionale, ma rappresenta un campo di sfida storica sulle politiche sanitarie del prossimo futuro, lo strumento per mantenere vivi i presupposti di equità ed etica che hanno sempre contraddistinto, il sistema sanitario italiano.

Gran parte delle Regioni hanno promosso lo sviluppo delle reti cliniche come risposta ai problemi posti dalla "complessità" dell'assistenza sanitaria e come strumento di "razionalizzazione" nell'uso delle risorse.

La diffusione, tuttavia, delle reti è ancora disomogenea sul territorio nazionale. Occorre quindi che nel breve periodo siano implementate e consolidate in tutte le regioni.

Tra le varie reti occorre affrontare nell'ordine la rete dell'emergenza-urgenza, quella territoriale, quella ospedaliera complessiva e le reti cliniche.

Nell'attuale fase storica, il ruolo strategico della rete territoriale è prendere in carico i pazienti con delle patologie croniche. Infatti, il modello di appropriatezza organizzativa utilizzato per definire l'offerta di prestazioni ospedaliere utilizza la fonte informativa più presidiata (la scheda di dimissione ospedaliera) per trasferire alla rete territoriale le tipologie di pazienti e di prestazioni con carattere di appropriatezza.

Un processo di cambiamento e di trasformazione così profondo richiede il consenso di tutti gli attori del sistema, in primis operatori e cittadini, e l'adattamento alla realtà locale, nella condivisione che il contributo di tutti sia il fattore di successo delle iniziative poste in essere.

Incidenza della spesa sanitaria sui bilanci regionali

La spesa per la sanità rappresenta una parte determinante del bilancio di ogni Regione, dove mediamente assorbe oltre il 70% delle risorse.

Ogni risorsa in più che viene investita per la riqualificazione del patrimonio edilizio e tecnologico della sanità pubblica deve quindi contribuire al:

- la riqualificazione dei servizi
- contenimento dei costi

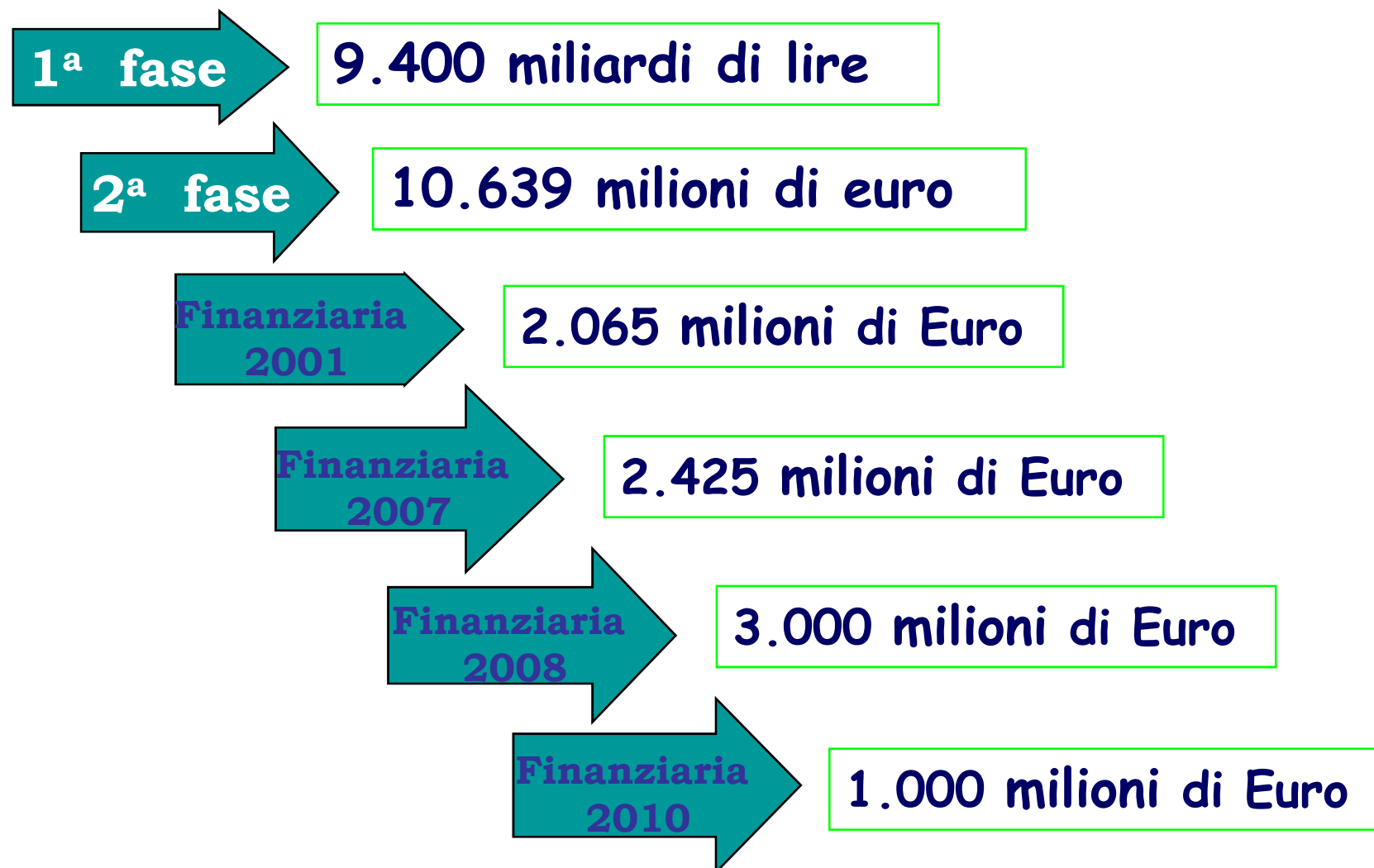
attraverso un'analisi di sostenibilità che ne rappresenti chiaramente la convenienza

Programmazione degli investimenti in sanità

La sostenibilità economica nella gestione è un fattore qualificante per l'utilizzo delle risorse del programma di investimenti ex articolo 20 L. n. 67/88

(Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 28 febbraio 2008)

Il programma straordinario degli investimenti



Risorse complessive: 24 miliardi di euro

Ministero della Salute - DGPROG - Uff. VII

| REGIONI | Valore degli Accordi di programma sottoscritti aggiornati con le revoche | Risorse integrative L. Finanziaria 2007 (ripartite con delibera CIPE n. 98/2008) | Risorse integrative L. Finanziaria 2008 (ripartite con delibera CIPE n. 97/2008) | Risorse disponibili per Accordi di programma da sottoscrivere (riparti CIPE + processi di revoca) |
|--------------------------|---|---|---|--|
| | (a) | (b) | (c) | (d) |
| Piemonte | 671.405.557,06 | 166.416.896,28 | 185.444.700,96 | 377.645.413,69 |
| V. D'Aosta | 31.460.246,57 | 5.608.113,72 | 6.682.366,40 | 12.290.480,12 |
| Lombardia | 1.579.773.354,89 | 317.141.220,86 | 414.285.419,47 | 492.877.538,64 |
| P.A. Bolzano | 115.118.394,47 | 21.505.512,75 | 25.923.974,51 | 0,00 |
| P.A. Trento | 93.494.437,81 | 22.557.430,28 | 27.186.770,85 | 27.186.770,85 |
| Veneto | 796.084.566,08 | 155.526.921,38 | 205.189.801,72 | 240.189.801,44 |
| F. Venezia Giulia | 150.955.889,83 | 43.727.381,50 | 52.931.198,10 | 140.353.155,51 |
| Liguria | 304.558.235,50 | 69.746.791,86 | 83.528.060,51 | 189.017.553,23 |
| E. Romagna | 739.896.214,16 | 163.576.871,80 | 207.231.703,24 | 207.233.252,61 |
| Toscana | 673.954.156,90 | 169.570.030,64 | 203.565.374,18 | 203.565.374,18 |
| Umbria* | 54.495.499,21 | 37.885.974,84 | 45.861.902,22 | 83.747.877,06 |
| Marche | 325.518.745,14 | 46.775.806,55 | 61.364.785,48 | 0,00 |
| Lazio | 630.413.624,66 | 176.946.888,59 | 215.370.695,04 | 596.783.717,42 |
| Abruzzo | 119.700.370,06 | 60.357.372,57 | 72.925.444,02 | 239.922.755,61 |
| Molise | 22.887.891,75 | 14.989.007,41 | 18.356.862,42 | 104.816.719,16 |
| Campania | 499.828.734,86 | 255.121.354,30 | 312.687.004,42 | 1.221.923.491,71 |
| Puglia | 640.229.424,91 | 186.749.661,09 | 221.063.542,96 | 564.220.914,50 |
| Basilicata | 130.168.830,16 | 33.267.215,48 | 40.226.909,22 | 73.494.124,71 |
| Calabria | 239.701.717,44 | 89.923.658,91 | 107.967.363,62 | 368.938.522,53 |
| Sicilia | 971.440.034,12 | 251.531.588,07 | 332.275.508,97 | 802.993.038,48 |
| Sardegna | 346.695.304,09 | 91.046.025,10 | 109.930.611,70 | 200.976.636,80 |
| TOTALE | 9.137.781.229,67 | 2.379.971.723,98 | 2.950.000.000,00 | 6.148.177.138,24 |

Il programma straordinario degli investimenti

Il sistema procedurale definito ha consentito lo sviluppo graduale del programma in relazione alle capacità di programmazione e di spesa delle Regioni, che hanno potuto utilizzare tutta o parte della quota assegnata attraverso due strumenti di programmazione negoziata.

Il programma straordinario degli investimenti

- **Accordi di Programma Quadro ex art. 2** della L. n.662/96, attivati qualora le Regioni includano la Salute nell'ambito delle intese istituzionali di programma.
- **Accordi di Programma ex art. 5 bis del D.Lgs n.502/92**, introdotto dal D.Lgs n. 229/99.

Il programma straordinario degli investimenti

Entrambi consentono alle Regioni ed alle Province Autonome di **disporre programmaticamente** della quota loro assegnata, di concerto con i Ministeri della salute e dell'economia e d'intesa con la Conferenza Stato Regioni e Province Autonome.

Il programma straordinario degli investimenti

L' Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 28 febbraio 2008 ha stabilito le modalità e le procedure per l'attivazione dei programmi di investimento, attraverso

- **Accordo di programma**, quale strumento di programmazione negoziata. Esso è costituito dai seguenti documenti:
 - Protocollo d'intesa;
 - Documento programmatico,
 - Articolato contrattuale,
 - Schede tecniche relative ai singoli interventi.

Il **Protocollo d'Intesa** definisce la convergenza sugli obiettivi politici contenuti nell'Accordo di programma e viene sottoscritto dal Ministro della salute e dal Presidente della Regione.

Il programma straordinario degli investimenti

Il Documento programmatico:

- ✓ illustra la programmazione dei soggetti interessati
- ✓ definisce le strategie e gli obiettivi generali e specifici degli investimenti previsti nell'Accordo stesso.

L' **Articolato contrattuale** definisce gli impegni delle parti che sottoscrivono l'Accordo. **L'impegno finanziario** definito nell'articolato è all'interno delle risorse finanziarie disponibili nel bilancio dello Stato.

La **Scheda tecnica**, riporta le informazioni principali di ciascun intervento contenuto nell'Accordo. Per **intervento** si intende una **azione unitaria**, caratterizzata da una specifica finalizzazione e, salvo il caso di tecnologie di rete, orientata allo **stesso presidio**.

Metodologia ex Ante per la predisposizione dei documenti programmatici - MexA

Per agevolare la predisposizione degli Accordi di programma, il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici ha elaborato una **Metodologia per la Valutazione ex Ante (MexA)**.

Il fine è quello di rendere omogenee le informazioni e **l'approccio programmatico** illustrato dalle Regioni.

Metodologia ex Ante per la predisposizione dei documenti programmatici - MexA

Duplica valenza della MexA

- fornire un supporto metodologico alle Regioni per la formulazione dei Documenti Programmatici per la sottoscrizione degli Accordi di programma
- strumento per la valutazione ex-ante dei Documenti Programmatici da parte del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici.

La metodologia per la valutazione degli investimenti

MEXA

Indice

- *A . Formulazione dei Documenti Programmatici*
 - ✓ A.1. Glossario
 - ✓ A.2. Indice tipo: Componenti Chiave
- *B. Contenuti dei Componenti chiave*
 - ✓ B.0. Riassunto Esplicativo del Programma

- ✓ **B.1. Analisi Socio - Sanitaria - Economica e Rispondenza della Strategia ai Bisogni Identificati**
- ✓ **B.2. Logica e Coerenza Interna della Strategia**
- ✓ **B.3. Coerenza della Strategia con le Politiche Nazionali e Regionali e con quelle Comunitarie**
- ✓ **B.4. Risultati Attesi e Valutazione degli Impatti**
- ✓ **B.5. Sistemi di Attuazione proposti**

- *C. Appendice: Schede di Riferimento*
- ✓ **C.1. Matrice del Quadro Logico**
- ✓ **C.2. Analisi S.W.O.T.**
- ✓ **C.3. Obiettivi/Indicatori/Interventi**
- ✓ **C.4. Sintesi delle Informazioni per Autovalutazione**

La metodologia per la valutazione degli investimenti

Le cinque componenti chiave in un Documento programmatico:

1. Analisi socio-sanitaria economica e rispondenza della strategia rispetto ai bisogni identificati:

- La situazione del **contesto** e i bisogni conseguenti;
- Quadro **epidemiologico**;
- Quadro **demografico**;
- Quadro **socio-economico**;
- Analisi della **domanda di prestazioni** e delle **criticità nell'accesso**: la **domanda attuale** e la valutazione della **domanda non soddisfatta** influenzano fortemente gli obiettivi programmatici. In particolare va analizzata:
 - ✓ la **domanda effettiva di ospedalizzazione** su scala regionale o di bacino sub-regionale;
 - ✓ la **domanda di assistenza territoriale** su scala regionale o di bacino sub-regionale;

La metodologia per la valutazione degli investimenti

- ✓ la domanda di assistenza specialistica/riabilitativa;
- ✓ le liste di attesa per le prestazioni coinvolte nel Programma.
- Quadro della mobilità attiva e passiva (intra ed extra-Regionale);
- Offerta ante operam, che rappresenta l'offerta sanitaria e socio-sanitaria in termini organizzativo - funzionali, strutturali e tecnologici;
- Analisi e valutazione della continuità assistenziale;
- Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati: individuare le scelte programmatiche generali con le quali si cerca di dare risposta ai bisogni evidenziati nell'analisi di contesto;
- Identificazione dei bisogni assistenziali;
- Descrizione della strategia.

La metodologia per la valutazione degli investimenti

2. Logica e coerenza interna della strategia:

- **Obiettivi del Programma:**
- ✓ **Analisi dei problemi e delle priorità;**
- ✓ **La catena degli obiettivi al fine di evidenziare la logica della strategia ed in particolare elencare gli:**
- ✓ **Obiettivi generali, quali principi ispiratori e di governo strategico del Programma;**
- ✓ **Obiettivi specifici, che rappresentano i benefici duraturi per la comunità locale destinataria dell'intervento progettuale;**
- ✓ **Obiettivi operativi, cioè i prodotti delle attività che si traducono in azioni puntuali, cioè in interventi progettuali.**

La metodologia per la valutazione degli investimenti

- **Interventi progettuali**, previsti nel Programma, che saranno poi descritti nelle Schede Tecniche. Gli interventi saranno poi rapportati agli obiettivi generali e specifici: Scheda Obiettivi/Indicatori/Interventi;
- **Offerta post-operam;**
- **Analisi dei rischi** e dei punti di **debolezza** del Programma deve essere inoltre confrontata con i punti di **forza** dello stesso e con le eventuali **opportunità** che l'attuazione di esso può comportare: **Analisi S.W.O.T.**

La metodologia per la valutazione degli investimenti

3. Coerenza della strategia con le politiche nazionali e regionali e con le strategie comunitarie:

- Coerenza con la programmazione settoriale e intersettoriale.
- **Sostenibilità degli interventi:** tener conto dei possibili condizionamenti che possono comunque influenzare il raggiungimento degli obiettivi:
 - ✓ Analisi delle condizioni;
 - ✓ Sostenibilità economica e finanziaria;
 - ✓ Sostenibilità amministrativa e gestionale;
 - ✓ Sostenibilità di risorse umane;
 - ✓ Sostenibilità ambientale;
 - ✓ Sostenibilità di interventi per attività miste assistenziali /scientifiche.

La metodologia per la valutazione degli investimenti

4. Risultati attesi e valutazione degli impatti:

- **Descrizione dei risultati** che si attendono dall'attuazione del Programma;
- **Individuazione dei fattori** che dovranno essere osservati sul lungo periodo per valutare gli **effetti complessivi** del Programma, ossia gli **impatti**.
- **Sistema di Indicatori**: idoneo a fornire informazioni sul raggiungimento degli **obiettivi** del Programma e sulla **performance** degli attori deputati alla sua implementazione.
- ✓ **Indicatori di Contesto**;
- ✓ **Indicatori di Programma**: risorse - risultato - **impatto**;
- ✓ **Indicatori di Efficacia ed Efficienza**;

La metodologia per la valutazione degli investimenti

5. Sistemi di attuazione proposti.

- Sistemi di **monitoraggio** del Programma:
 - ✓ valutazione sullo stato di **avanzamento** del Programma e sulla necessità di **rimodulare** quanto programmato: descrizione di **modalità** gli **strumenti** che la Regione intende utilizzare per condurre il monitoraggio;
 - ✓ le attività di monitoraggio riguardano in particolare la **rilevazione**, il **trattamento** e la **periodica diffusione** di informazioni dettagliate inerenti agli aspetti essenziali per il:
 - **monitoraggio finanziario**, relativo allo stato di attuazione finanziaria del Programma;
 - **monitoraggio fisico**, relativo al livello di realizzazione fisica degli interventi programmati;
 - **monitoraggio procedurale**, relativo all'efficienza delle procedure di attuazione del Programma.

La metodologia per la valutazione degli investimenti

Il Documento Programmatico individua i **bisogni** che scaturiscono dall'analisi della realtà rilevata.

L'Analisi fornisce elementi sulla mobilità passiva e attiva e **dati** sugli **standard** di assistenza ospedaliera e territoriale.

La metodologia per la valutazione degli investimenti

Le strategie proposte sono:

- esplicitate in **obiettivi generali e specifici**
- **inquadrate nell'analisi economico-finanziaria del programma**
- **poste in coerenza rispetto alle politiche nazionali (quali il P.S.N., i Piani di rientro, il Patto per la salute etc)**
- **regionali, in accordo con eventuali politiche comunitarie in materia.**

La metodologia per la valutazione degli investimenti

Il Documento Programmatico rappresenta la sostenibilità degli interventi proposti, in termini di

- sostenibilità economico-finanziaria
- sostenibilità amministrativo-gestionale e di risorse umane,

al di là di possibili condizionamenti che possono comunque influenzare il raggiungimento degli obiettivi.

La metodologia per la valutazione degli investimenti

Particolare enfasi è dedicata alla

- rappresentazione dei risultati attesi
- valutazione degli impatti
- necessità di individuare specifici indicatori attraverso i quali misurare il raggiungimento degli obiettivi anche in itinere.

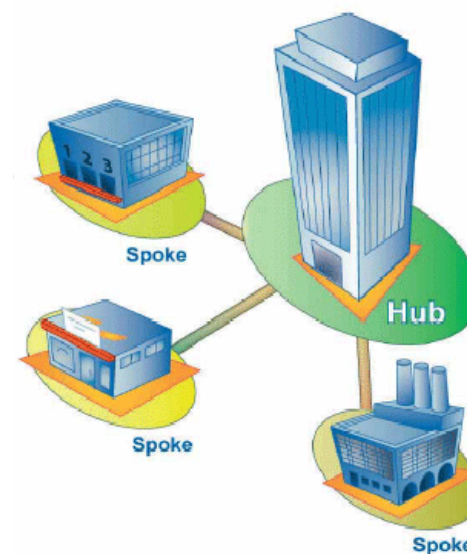
La sostenibilità economica di un programma di investimenti

L'efficacia degli investimenti dipende dalla efficienza della rete ospedaliera e territoriale sulla quale si va ad investire:

strutture differenziate

in rete, moderne, flessibili

tecnologicamente avanzate



La sostenibilità economica di un programma di investimenti

La sostenibilità economica di un progetto in fase di gestione dipende quindi dalla sostenibilità del programma nel quale è inserito, che deve operare su una rete ospedaliera e territoriale adeguata, perché possa evitare dispersione di risorse e garantire la riqualificazione dei servizi e il contenimento dei costi.....

La sostenibilità economica di un programma di investimenti

... la **sostenibilità economica** nella fase di **gestione** è quindi fattore di verifica per l'assegnazione delle risorse del programma art. 20 L. 67/88.