

# Laboratorio di ricerca FIASO

## ***MODELLI E RISULTATI NELLO SVILUPPO DEI SERVIZI TERRITORIALI: UNA SURVEY COMPARATIVA TRA 12 AUSL RAPPRESENTATIVE***

*Promotore:*



*Centro di Ricerca Capofila:*

**CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



**Università Commerciale  
Luigi Bocconi**

*Sponsor:*



# *I partecipanti al Laboratorio (1/2)*



<b>CERGAS Bocconi</b>	Francesco Longo
	Domenico Salvatore
	Stefano Tasselli



<b>FIASO</b>	Giovanni Monchiero
	Francesco Ripa
	Franco Rotelli
	Nicola Pinelli
	Lorenzo Terranova

*Azienda coordinatrice:*



<b>ASL Alba Bra</b>	Michele Parodi
	Cristina Peirano
	Andrea Saglietti

*Azienda coordinatrice:*



<b>ASS 1 Triestina</b>	Marco Braidà
	Paolo Da Col
	Mario Reali
	Marco Spano
	Chiara Strutti



<b>ASL 2 Avellino</b>	Maria Luisa Pascarella
	Paola Lauria
	Maria Rosaria Troisi



<b>ASL 8 Cagliari</b>	Pino Frau
	Rina Bandinu

# *I partecipanti al Laboratorio (2/2)*



ASL Cremona	Lorenzo Brugola
	Francesco Forzani
	Salvatore Mannino
	Bruna Masseroni



AS 10 Firenze	Carla Buonamici
	Fabio Haag
	Laura Peracca
	Serena Stupani



AUSL Piacenza	Andrea Bianchi
	Antonio Brambilla
	Filippo Celaschi



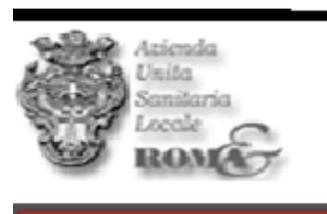
ASL 2 Savonese	Claudia Agosti
	Claudio Balbi
	Luca Garra
	Maurizio Modenesi



AUSL Ferrara	Stefano Carlini
	Marcello Cellini
	Sandro Guerra



ASL Lanciano Vasto	Paolo Mascitti
	Vincenzo Orsatti
	Salvatore Vallone



ASL Roma E	Camillo Giulio De Gregorio
	Tino Gori
	Mauro Goletti
	Marisa Romagnuolo



ULSS 4 Thiene - Alto Vicentino	Oliviera Cordano
	Liliana Rappanello
	Anna Scalzeri
	Giulia Ullucci

# *Alcuni dati rilevanti sul ruolo del territorio*

## *(fonte: Rapporto Oasi 2007)*

### **Evoluzione dal 2000 al 2007:**

- Il numero di Posti Letto ospedalieri è diminuito del 30%;
- I servizi in ambito socio sanitario per riabilitazione e lungodegenza in strutture protette sono raddoppiati;
- Il numero di giornate dei ricoveri ospedalieri è diminuito del 10,5%;
- Il numero complessivo di visite ambulatoriali è aumentato del 17%.

### **Dati al 2007:**

- Di circa 650.000 dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, circa il 65% (420.000 persone) lavorano nelle ASL;
- Ogni anno vengono prodotti oltre 1,1 miliardi di prestazioni specialistiche ambulatoriali (prestazioni cliniche, di laboratorio, diagnostica per immagini e strumentale).

Il territorio dal 2000 ad oggi ha fortemente potenziato la propria attività, presenta una buona dotazione di risorse finanziarie, umane e strumentali, e rappresenta un attore fondamentale della sanità in Italia. Si dispone però ancora di **poche informazioni capaci di fornire un quadro sintetico - interpretativo.**

## *Il laboratorio di ricerca in sintesi*

1. Un programma di ricerca empirica per conoscere le dinamiche dei servizi territoriali, considerati sempre più strategici;
2. Il coinvolgimento delle aziende USL e di università per ottenere risultati scientificamente solidi e rilevanti per la pratica;
3. La partecipazione delle aziende alla ricerca utilizza modalità pensate per essere utili ai partecipanti delle aziende per apprendere l'uno dall'altro attraverso il confronto e la discussione;
4. Tre fasi con tre sotto-obiettivi diversi, ciascuna con un incontro (workshop) di progettazione della ricerca ed uno di interpretazione e discussione dei dati raccolti;
5. Un totale di sei workshop di due giorni ciascuno, organizzati in aziende su tutto il territorio nazionale

# *Obiettivi e fasi del laboratorio di ricerca*

1. Mappare i servizi territoriali delle aziende (tipologie ed estensione) e la correlata allocazione di risorse per verificare il loro diverso impatto sui consumi specialistici ed ospedalieri
2. Misurare il livello di integrazione dei processi diagnostici ed assistenziali raggiunti in ciascuna delle aziende e correlarlo ai diversi modelli organizzativi territoriali delle aziende
3. Studiare gli strumenti manageriali adottati per verificarne l'incidenza sulle mappe cognitive e sugli indirizzi aziendali percepiti dai professionisti territoriali

da giugno a  
dicembre  
2008

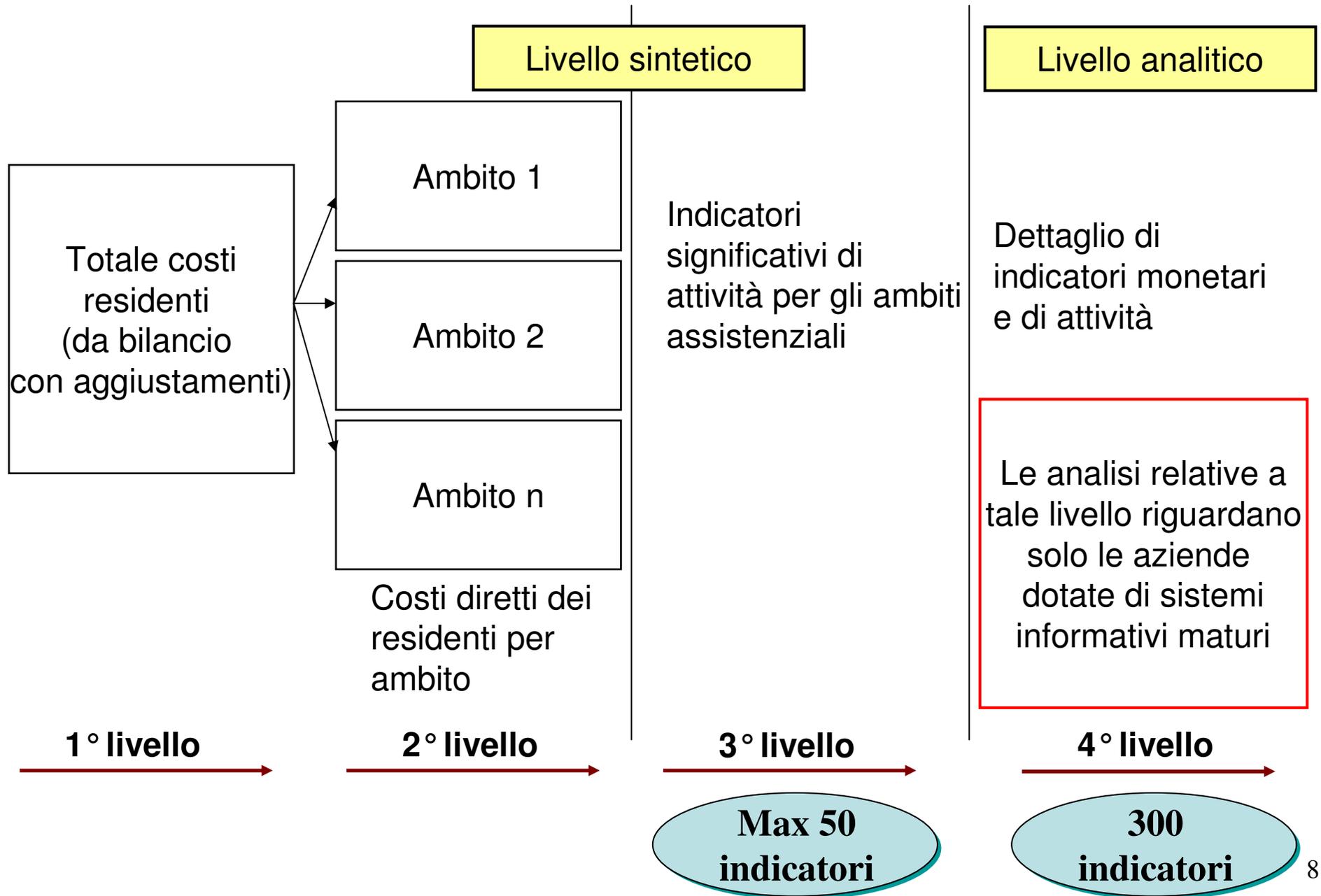
da gennaio  
a giugno  
2009

# *La metodologia: la prima fase della ricerca*

## *La mappa dei servizi e dell'allocazione delle risorse*

- **Metodologia di ricerca:**
  - raccogliere attraverso i sistemi informativi aziendali indicatori di attività e di consumo che è possibile considerare come indici della reale distribuzione delle risorse;
  - verificare se l'aumento delle risorse sui diversi servizi territoriali, oltre a provocare un miglioramento dei servizi resi ai cittadini, induce anche una riduzione della spesa su altri livelli di cura.

# *Il modello modulare di rilevazione dei dati*



# *Gli ambiti assistenziali analizzati*

Ambiti
Ricoveri ospedalieri
Farmaceutica
Specialistica
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale
Strutture residenziali e semiresidenziali anziani
Salute mentale
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening
Pronto Soccorso
Riabilitazione e lungodegenza
Disabili
Protesica e Integrativa
Domiciliari
Materno Infantile
Dipendenze

# *Indicatori di attività per il livello sintetico (1/2)*

<b>Livello</b>	<b>Ambito</b>	<b>Descrizione indicatore</b>
Livello 3	Specialistica	Numero complessivo prestazioni laboratorio (presidi ospedalieri, strutture territoriali azienda, altri fornitori)
Livello 3	Specialistica	Numero complessivo prestazioni diagnostica per immagini (presidi ospedalieri, strutture territoriali azienda, altri fornitori)
Livello 3	Specialistica	Numero complessivo prestazioni specialistica ambulatoriale (presidi ospedalieri, strutture territoriali azienda, altri fornitori)
Livello 3	Protesica ed integrativa	costo / numero assistiti
Livello 3	Protesica ed integrativa	Numero di utenti presidi incontinenza
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	Numero MMG
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale assistiti da MMG in gruppo
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale assistiti da MMG in rete
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale assistiti da MMG in associazione
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	monte ore totale di apertura degli studi degli MMG
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	Numero PLS
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale assistiti da PLS in gruppo
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale assistiti da PLS in rete
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale assistiti da PLS in associazione
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	monte ore totale di apertura degli studi dei PLS
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	costo / numero assistiti continuità assistenziale
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero totale di ore servizio Continuità Assistenziale
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero di accessi Continuità Assistenziale
Livello 3	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	numero visite domiciliari Continuità Assistenziale
Livello 3	Domiciliari	numero assistiti
Livello 3	Domiciliari	numero assistiti >65 anni
Livello 3	Domiciliari	numero accessi annui totali
Livello 3	Materno Infantile	numero accessi strutture territoriali (es. consultori)
Livello 3	Materno Infantile	numero prese in carico annuali
Livello 3	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	giornate in strutture residenziali anziani
Livello 3	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	giornate strutture semi-residenziali anziani

## *Indicatori di attività per il livello sintetico (2/2)*

<b>Livello</b>	<b>Ambito</b>	<b>Descrizione indicatore</b>
Livello 3	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	giornate ospedali di comunità anziani
Livello 3	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	tasso di istituzionalizzazione >75 anni
Livello 3	Disabili	Numero giornate in strutture residenziali
Livello 3	Disabili	Numero giornate in strutture semi-residenziali e diurne
Livello 3	Riabilitazione e lungodegenza	numero di giornate in centri diurni
Livello 3	Riabilitazione e lungodegenza	numero di ricoveri in strutture di riabilitazione
Livello 3	Pronto Soccorso	numero accessi per i residenti
Livello 3	Pronto Soccorso	codici bianchi per i residenti
Livello 3	Pronto Soccorso	codici bianchi per i residenti >65 anni
Livello 3	Pronto Soccorso	codici bianchi per i residenti >75 anni
Livello 3	Pronto Soccorso	codici bianchi per i residenti >90 anni
Livello 3	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	tasso copertura vaccinazione obbligatoria bambini
Livello 3	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	numero di visite per indennità di accompagnamento
Livello 3	Salute mentale	numero visite ambulatoriali
Livello 3	Salute mentale	numero visite a domicilio
Livello 3	Salute mentale	numero di ricoveri tipo TSO
Livello 3	Salute mentale	numero prese in carico dipartimento
Livello 3	Salute mentale	numero accessi totali CSM
Livello 3	Dipendenze	giornate in strutture residenziali dell'azienda o convenzionate
Livello 3	Ricoveri ospedalieri	numero dimissioni in degenza ordinaria, dei Residenti, da Ospedali ASL
Livello 3	Ricoveri ospedalieri	numero dimissioni in degenza ordinaria, dei Residenti, da altre strutture pubbliche e private
Livello 3	Ricoveri ospedalieri	numero dimissioni in day hospital dai propri ospedali
Livello 3	Ricoveri ospedalieri	numero dimissioni in day hospital da Ospedali altre strutture pubbliche e private
Livello 3	Ricoveri ospedalieri	dimissioni ad alto rischio di inappropriatezza (51 DRG LEA)
Livello 3	Ricoveri ospedalieri	degenza media per DRG medici

# ***Il processo di ricerca nel laboratorio***

1. Il CERGAS appronta una metodologia e degli strumenti di rilevazione che sono condivisi durante il primo workshop di ciascuna fase;
2. Il Gruppo di Lavoro raccoglie i dati nelle aziende;
3. il CERGAS trasforma le informazioni nella forma necessaria per un'analisi aggregata;
4. i risultati sono condivisi con il Gruppo di Lavoro all'interno del secondo workshop in cui i partecipanti discutono i risultati, rivedono in base alla loro esperienza l'efficacia dell'analisi quantitativa e selezionano i risultati più interessanti;
5. il Comitato di Indirizzo FIASO redige la parte interpretativa della ricerca;
6. gli output sono diffusi dai componenti del Gruppo di Lavoro Tecnico-Interaziendale all'interno delle loro aziende, su riviste scientifiche e nelle sedi istituzionali che si riterranno opportune.

## *Prime evidenze raccolte durante il processo di ricerca*

### **Presenza di rilevanti eterogeneità all'interno del campione di aziende:**

- Le 12 aziende presentano situazioni di forte eterogeneità tra loro che dipendono da differenze di contesto geografico, di normativa regionale e di assetto organizzativo;
- La presenza di tali eterogeneità rende estremamente complessa la definizione di una terminologia universalmente riconosciuta ed omogenea per la rilevazione dei dati;
- La concomitante diversità nel livello di maturità e capacità di rilevazione delle informazioni da parte dei differenti Sistemi Informativi aziendali ha indotto a strutturare una metodologia modulare di rilevazione dei dati, strutturata su un livello analitico ed uno sintetico, per consentire a tutte le aziende di rilevare almeno quei dati fondamentali per un confronto (vedi lucido 8).

## *La disponibilità immediata di dati sul consumo dei residenti nelle aziende partecipanti e per ambito assistenziale*

	Az.1	Az.2	Az.3	Az.4	Az.5	Az.6	Az.7	Az.8	Az. 9	Az. 10	Az. 11	Tot dati Consumo per ambito
<b>Ricoveri ospedalieri</b>	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Cons	Cons	6/11
<b>Specialistica</b>	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Cons	Prod	Prod	Prod	Cons	Prod	3/11
<b>Anziani</b>	Prod	No dato	Prod	Cons	Cons	Prod	Cons	Prod	Prod	Cons	Prod	4/11
<b>Pronto Soccorso</b>	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	Prod	Prod	No dato	Prod	Prod	Cons	2/11
<b>Totale dati Consumo per azienda</b>	0/4	0/4	0/4	2/4	4/4	2/4	1/4	1/4	0/4	3/4	2/4	<u>15/44</u>

Ad ogni singola azienda del campione, per gli ambiti di attività prescelti, è stato richiesto quale sia la disponibilità effettiva immediata di dati, sulla base di tre possibili scenari:

- **Assenza di disponibilità** di dato (“No dato”)
- Presenza del solo **dato di produzione**, ossia il dato del numero e del costo delle prestazioni direttamente erogate dalla ASL (“Prod”)
- Presenza del **dato di consumo** dei residenti, depurato della mobilità attiva e comprensivo della mobilità passiva (“Cons”)

## *Prime evidenze raccolte durante il processo di ricerca*

### **Focus dei sistemi di controllo direzionale concentrato su dati di produzione e limitatamente di committenza:**

- Le aziende presentano una buona disponibilità di dati sulla produzione diretta di prestazioni sanitarie da parte delle proprie strutture, ma hanno una minore disponibilità di dati sul consumo dei propri residenti, informazione fondamentale per un esercizio della funzione di committenza ;
- Il focus sulla committenza, all'interno delle aziende del campione, è maggiore in quelle aziende che, per caratteristiche geografiche o di normativa regionale (aziende metropolitane o di regioni che presentano separazione tra ASL ed ospedali), non dispongono di attività di produzione diretta ;
- La disponibilità di dati di consumo per i residenti è migliore per quegli ambiti, come i Ricoveri Ospedalieri, storicamente al centro della funzione di produzione e quindi direttamente controllati.

# *Risultati attesi della ricerca e sviluppi futuri*



Il raggiungimento di tali obiettivi richiede un costante monitoraggio attraverso la rilevazione dei dati di attività e di costo del territorio, unico strumento che consente di poter conoscere le dinamiche dell'assistenza territoriale e perciò di poter orientare un sempre maggiore sviluppo dei servizi territoriali.