

Risultati dal Laboratorio di Ricerca Un modello di governo del territorio delle Aziende Sanitarie



**Università Commerciale
Luigi Bocconi**

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



Editore:
Economia Sanitaria srl
Via Giuba, 17
20132 Milano (MI)
Tel. 02/2951.7166 - Fax 02/2951.7001
e-mail: info@economiasanitaria.it
www.economiasanitaria.it

RISULTATI DAL LABORATORIO DI RICERCA

UN MODELLO PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO DELLE AZIENDE SANITARIE**Premessa. Le ragioni per una ricerca***Francesco Ripa di Meana*

pag. 5

L'innovazione sostenibile in Sanità.**FIASO e Roche: un Laboratorio vincente***Maurizio de Cicco*

pag. 9

I protagonisti del Laboratorio FIASO "Governo del territorio"

pag. 10

Il glossario del territorio

pag. 12

1. Il modello metodologico per il governo del territorio*a cura di Nicola Pinelli, Cristina Peirano*

pag. 13

1.1 Disegno di ricerca

pag. 13

1.2 Modello di analisi e confronto per il governo del territorio

pag. 14

1.3 Impostazione metodologica e ambiti di analisi

pag. 18

1.4 Modello sintetico e analitico

pag. 20

1.4.1 Costo per assistito

pag. 21

1.4.2 Dotazione strutturale e Indicatori di attività

pag. 22

1.4.3 Dotazione di personale

pag. 23

1.4.4 Possibili sviluppi del modello

pag. 23

*Appendice 1***Gli indicatori del modello per livello di analisi**

pag. 25

segue

2. I dati della ricerca

a cura di Francesco Longo, Domenico Salvatore, Stefano Tasselli pag. 45

- 2.1 Presentazione di un cruscotto strategico
con la dotazione di risorse delle Aziende del campione pag. 45
- 2.2 Presentazione delle evidenze principali dall'analisi dei dati pag. 50
- 2.3 Riflessioni strategiche relative a possibili relazioni
tra le variabili e ipotesi di scenari futuri pag. 59
 - 2.3.1 L'irriducibile diversità delle Aziende pag. 60
 - 2.3.2 La relazione tra ospedale e territorio:
la teoria dei "vasi comunicanti" pag. 61
 - 2.3.3 Riflessioni sulla Specialistica: mix di erogatori
e relazione con indicatori di appropriatezza pag. 63
 - 2.3.4 Tipologia di gestione dell'ospedale e relazione
con costi complessivi pag. 65
 - 2.3.5 Il territorio: composizione della spesa pag. 65
 - 2.3.6 L'associazionismo dei MMG: relazioni con indicatori
di attività e di appropriatezza pag. 66
 - 2.3.7 Il ruolo delle strutture intermedie: relazioni con
indicatori di appropriatezza pag. 67
 - 2.3.8 Possibili scenari futuri delle cure territoriali pag. 68

Appendice 2

Le tabelle di confronto del campione per singolo ambito assistenziale

pag. 70

Conclusioni

Giovanni Monchiero

pag. 85

PREMESSA. LE RAGIONI PER UNA RICERCA

Francesco Ripa di Meana

Circa due anni sono passati dalle “Giornate della salute” promosse dall'ASS1 Triestina. Lì nacque l'idea e la proposta – innescata dall'interesse di alcune Aziende partecipanti – di dedicare al governo clinico ed economico del territorio un Laboratorio di Ricerca FIASO che avrebbe cominciato a svilupparsi pochi mesi dopo. I risultati di quest'attività vengono esposti in questa pubblicazione e sono sintesi della ricchezza del dibattito sostenuto all'interno e dell'intensità di impegno rivolto alla ricerca e al raggiungimento dei propri obiettivi.

Le considerazioni di partenza venivano rapportate all'immagine del territorio ancora oggi ingabbiato in un'impostazione che possiamo definire statica di “servizi territoriali” e di “distretto” così come definiti dalla legge 883 del 1978, frutto di un'evoluzione iniziata nel 1970, e mai sostanzialmente rivista nel suo scarso orientamento al cittadino e alla cronicità.

E' emersa allora l'esigenza di superare, innanzitutto, i diaframmi esistenti tra ASL e AO con la rimozione di alcune criticità di sistema, come il sistema di finanziamento, non collegato alla *quota capitaria*, bensì alla spesa storica o ad obiettivi di finanza pubblica che determinano sistemi di incentivazione paradossali e controproducenti per le Aziende effettivamente virtuose. Rispetto a tale quadro, si possono comunque sottolineare gli importanti risultati raggiunti nel settore: negli ultimi anni la composizione della spesa sanitaria totale si è consolidata in cifre percentuali del 41-45 per l'ospedaliera e del 50-54 per la territoriale, e si è ribaltato il peso specifico dell'orientamento strategico sull'attività assistenziale. Nonostante ciò, l'assistenza territoriale e socio-sanitaria non viene percepita dal cittadino in termini di “presa in carico del paziente”, malgrado la spesa crescente negli ultimi anni.

Il processo che ha portato al potenziamento aspecifico dei sistemi territoriali parallelamente alla razionalizzazione e standardizzazione dei sistemi ospedalieri richiede innanzitutto una diversa allocazione e un'altra organizzazione dei fattori produttivi all'interno dell'Azienda. Come il ruolo dei MMG nel territorio che dovrebbe risultare centrale – in quanto garanti della continuità assistenziale e *gatekeeper* – ed è invece connotato da uno scarso collegamento con le altre strutture aziendali, sia territoriali che ospedaliere.

Tipica del processo di aziendalizzazione, la cultura dell'innovazione nel governo del territorio esprime paradossalmente una cultura della conservazione, per tre ragioni:

- le maggiori risorse impiegate sul territorio, come testimonia anche il continuo aumento delle cronicità, non sono sufficienti a colmare la dinamica di alcune variabili;
- persistono culture collegate all'autoreferenzialità del sistema e incapaci di raggiungere il reale soddisfacimento dei bisogni della popolazione;
- la mancata identificazione e standardizzazione dei prodotti, almeno a livello provinciale o interdistrettuale, non permette di raggiungere elevati gradi di qualità, come avvenuto in ospedale.

La percezione che le Aziende governino in minor misura l'assistenza territoriale rispetto ad altri livelli di assistenza risiede prevalentemente nello sviluppo diacronico di identità e culture specifiche per ciascun servizio e nel minore grado di sviluppo dei sistemi manageriali di misurazione e di controllo.

L'assistenza territoriale è una realtà ricca ed articolata, al centro di un ampio dibattito e di un periodo di grandi cambiamenti. La ricerca sui modelli organizzativi ed assistenziali ha però prodotto poche conoscenze utili alle Aziende, rispetto a quanto fornito nel campo dell'assistenza ospedaliera. Notevoli sforzi sono stati compiuti per trasferire parte delle risorse dall'assistenza ospedaliera a quella territoriale. Nel contempo è venuta meno una valutazione sistematica dei risultati ottenuti a seguito di questi processi di riallocazione delle risorse ed una riflessione sulla concreta capacità delle Aziende di guidare i professionisti che tali risorse utilizzano. Il mancato sviluppo di conoscenze è riconducibile all'estrema varietà ed eterogeneità delle prestazioni; alla complessità della misurazione dei risultati di salute dell'attività; all'interesse relativamente recente per questo livello assistenziale; alla peculiarità del ruolo dell'assistenza territoriale per i sistemi sanitari nazionali pubblici.

E' su queste ragioni che FIASO ha scelto di agire come veicolatore del punto di vista delle Aziende nel restituire elementi utili al dibattito culturale e alla gestione delle realtà aziendali. In base a questo complesso di valutazioni è stato proposto ad un gruppo di 13 Aziende Sanitarie Associate, rappresentative del sistema, di approfondire e valutare quale contributo fosse stato offerto dai modelli organizzativi ed assistenziali adottati ed applicati nell'assistenza territoriale, nella prospettiva di contenere inappropriati consumi sanitari ed ospedalieri specialistici. Per raggiungere un risultato omogeneo e confrontabile per tutte le Aziende Sanitarie italiane, era necessario partire da un modello di governo territoriale condiviso ed omologato rispetto alle diverse realtà regionali di appartenenza.

Nel Gruppo di Ricerca risultano coinvolte Aziende provenienti da sistemi regionali differenti: Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Liguria, Toscana, Lazio, Abruzzo, Campania e Sardegna. E' stata così ottenuta una visione quasi completa dei diversi modelli territoriali applicati.

I fabbisogni di conoscenza più rilevanti su cui la ricerca si focalizza sono stati selezionati dalle Aziende partecipanti secondo obiettivi che permettono il miglioramento del modello dell'offerta e il passaggio verso successivi step della ricerca.

Una proposta **seria** di percorso comune prevede di:

- *investigare* il significato proprio del territorio nell'Azienda;
- *mettere a confronto* i diversi modelli adottati anche in relazione ai risultati ottenuti in termini di benefici sulla popolazione assistita (indicatori di salute e di benessere sociale provocato);
- *fare luce* sui rapporti e relazioni esistenti fra il sociale, il socio-sanitario e il sanitario;
- *definire* elementi oggettivi o parametri di confronto;
- *utilizzare* i risultati conseguiti a livello aziendale per riorientare le risorse e rendere spendibile la ricerca a livello istituzionale, capitalizzando il sapere e traducendolo in una sintesi operativa utile per l'Azienda.

Le azioni intraprese e i risultati ottenuti valgono a promuovere una ricostruzione dal basso del quadro di riferimento, descritto sulla base degli elementi che la ricerca indicherà, a partire dalle reti formali e informali esistenti a livello aziendale.

Un'indagine approfondita sull'assistenza territoriale deve **descrivere** il ruolo in evoluzione di questo livello assistenziale, e la sua interpretazione all'interno di un numero significativo di Aziende. Ciò avviene attraverso una metodologia della ricerca diversificata in tre fasi, per poter essere in grado di cogliere l'eterogeneità, la complessità e la multidimensionalità del fenomeno studiato che comprende anche **l'integrazione delle cure e la continuità assistenziale**.

Ciò che viene rilevato negli ospedali per quanto si riferisce all'allocazione delle risorse ed i benefici potenzialmente collegati ad una loro diversa destinazione – dall'ospedale al territorio – deve essere investito di forte visibilità superando le difficoltà di valorizzazione del territorio. In questo contesto, bisogna rifuggire livelli culturali che si chiudono in un regime di autarchia o autoreferenzialità.

Lo sviluppo della ricerca prevede al contrario un programma di intenso interscambio conoscitivo tra le Aziende e quindi la necessaria adozione di strumenti adatti a favorire la miglior conoscenza reciproca. Dall'esperienza diretta con la collaborazione di operatori tra Aziende in un percorso di comune crescita culturale al confronto tra professionisti sui modelli adottati e i risultati ottenuti.

Nelle pagine che seguono vengono presentati i risultati di questo importante lavoro di ricerca nella sua prima fase – un modello per il governo del territorio – che restituisce un quadro stimolante in cui gli attori e professionisti impegnati sul territorio emergono come i veri protagonisti del cambiamento.

L'INNOVAZIONE SOSTENIBILE IN SANITÀ. FIASO E ROCHE: UN LABORATORIO VINCENTE

Maurizio de Cicco, Amministratore Delegato Roche SpA

Il sostegno di Roche al Laboratorio FIASO sul "Governo del territorio" si inserisce in un più ampio percorso dell'Azienda di contributo all'innovazione dell'healthcare, in termini di progresso sia scientifico e terapeutico sia gestionale per far crescere una cultura manageriale in sanità.

Dopo 30 anni di piena attività il nostro Servizio Sanitario necessita di interventi urgenti di riqualificazione strutturali e organizzativi che pongano realmente il paziente al centro del Sistema. Il paziente italiano deve poter fruire di servizi e di terapie realmente innovativi e di un'accoglienza di qualità che ponga l'accento sull'umanizzazione dell'assistenza.

Questi obiettivi, come sottolineato più volte anche da FIASO, sono irrinunciabili e vanno perseguiti con determinazione e con coraggio.

Esiste un oggettivo problema di scarsità di risorse da investire che ritengo vada affrontato puntando ad una razionalizzazione dell'utilizzo in un quadro di miglioramento della dimensione organizzativa.

La crescita della conoscenza delle dinamiche e dei processi che governano il sistema è la chiave per superare gli ostacoli. Oggi questa conoscenza manca o è carente anche in alcuni degli stakeholders chiave che pur si trovano a dover operare scelte strategiche di ottimizzazione, le cui conseguenze ricadono sui pazienti ed anche sugli amministratori che devono assicurare livelli omogenei ed elevati di assistenza.

Sono certo che la collaborazione FIASO – Roche potrà costituire una partnership strategica di lungo respiro che consenta di lavorare per integrare i processi diagnostici, terapeutici e organizzativo-assistenziali nelle Aziende sanitarie.

I PROTAGONISTI DEL LABORATORIO FIASO "GOVERNO DEL TERRITORIO"

Il lavoro e l'impegno condiviso dai partecipanti al Laboratorio FIASO ha prodotto questo report. E' stato un anno di lavoro in cui sono emerse grandissima professionalità e capacità di creare un gruppo unico, aggregato nella passione per i temi analizzati.

FIASO

Giovanni Monchiero
Francesco Ripa di Meana
Franco Rotelli
Nicola Pinelli
Lorenzo Terranova

AUSL Bologna

Ilaria Castaldini
Isa Protonotari
Fausta Tamburini

CERGAS Bocconi

Francesco Longo
Domenico Salvatore
Stefano Tasselli

ASL Cremona

Francesco Forzani
Salvatore Mannino
Bruna Masseroni

ASS 1 Triestina

Marco Braidà
Paolo Da Col
Majla Mislej
Mario Reali
Marco Spanò
Chiara Strutti
Rosolino Trabona

ASL Roma E

Camillo G. De Gregorio
Tino Gori
Mauro Goletti
Maria Rosaria Romagnuolo

ASL CN2 - Alba Bra

Michele Parodi
Cristina Peirano
Andrea Saglietti

ASL 8 Cagliari

Pino Frau
Rina Bandinu

ASL Avellino 2

Maria Luisa Pascarella
Paola Lauria
Maria Rosaria Troisi

AUSL Ferrara

Stefano Carlini
Marcello Cellini
Sandro Guerra

AS 10 Firenze

Carla Buonamici
Fabio Haag
Laura Peracca
Serena Stupani
Stefano Tedici

ASL Lanciano Vasto

Paolo Mascitti
Vincenzo Orsatti
Salvatore Vallone

AUSL Piacenza

Andrea Bianchi
Antonio Brambilla
Filippo Celaschi

ULSS 4 Thiene – Alto Vicentino

Oliviera Cordiano
Liliana Rappanello
Anna Scalzeri
Giulia Ullucci

ASL 2 Savonese

Claudia Agosti
Claudio Balbi
Luca Garra
Maurizio Modenesi

IL GLOSSARIO DEL TERRITORIO

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unico Prenotazione
DH	Day Hospital
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
DRG	Diagnosis Related Group
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PS	Pronto Soccorso
RO	Ricovero Ordinario
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
SDE	Scheda di Dimissione Extraospedaliera
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SPDC	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
SSR	Sistema Sanitario Regionale
SUMAI	Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana
UOCP	Unità Operativa Cure Palliative
UVM	Unità Valutazione Multidimensionale

1. IL MODELLO METODOLOGICO PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO

a cura di Nicola Pinelli e Cristina Peirano¹

1.1 DISEGNO DI RICERCA

Il Laboratorio di ricerca FIASO “Governo del territorio” ha fissato tre obiettivi principali:

- 1) disegnare la mappa dei servizi territoriali correlata alle risorse impiegate e ai risultati ottenuti. Ad esempio, in base alla rilevazione sui consumi del territorio è possibile definire i tassi di copertura dei bisogni di salute della popolazione assistita;
- 2) analizzare i modelli organizzativi del governo del territorio (struttura) in una logica di rete e capacità espresse a partire da quella di integrazione interprofessionale;
- 3) precisare gli strumenti manageriali esistenti per la gestione del territorio nella loro modalità attuativa e di impatto aziendale; a partire, ad esempio, dalla rilevazione degli indirizzi strategici emessi dall’Azienda e poi ricevuti e recepiti effettivamente dal professionista.

Le caratteristiche dell’oggetto di indagine e gli obiettivi che vengono proposti richiedono l’utilizzo di diverse metodologie di analisi. La raccolta delle informazioni necessarie per la ricerca procede dai documenti ufficiali approvati per finire a quelli sperimentati nei modelli realmente operativi a livello aziendale. L’oggetto dell’analisi si sposta dal dichiarato all’agito aziendale. E il rapporto tra agito e dichiarato aziendale consente poi di stabilire una correlazione con la volontà strategica aziendale.

Il punto di partenza del programma di ricerca è la rilevazione dello stato dell’arte dell’assistenza territoriale delle Aziende.

La prima fase di ricerca del Laboratorio si è quindi focalizzata sulla definizione di un modello aziendale di governo del territorio. Con la raccolta di dati idonei a descrivere la concreta mappatura dei servizi territoriali delle Aziende partecipanti, si è delineata una metodologia e, mediante strumenti di rilevazione condivisi, si è potuto:

- raccogliere indicatori di attività e di consumo da considerare indici della reale distribuzione delle risorse aziendali;
- verificare se l’aumento delle risorse sui diversi servizi territoriali, oltre a migliorarne la qualità, spinga anche ad una riduzione della spesa su altri livelli di cura.

Lo strumento di rilevazione si è focalizzato su tre classi di indicatori: l’attività, i costi e il personale assegnato. Variabili da dettagliare per diversi ambiti assistenziali di analisi (cfr par. 1.4).

¹Il lavoro, qui presentato ed elaborato in versione finale, è stato prodotto dai partecipanti del Laboratorio di ricerca con la collaborazione del Cergas-Università Bocconi.

Sulla base del modello aperto e flessibile del Laboratorio FIASO è stato realizzato un intenso processo di confronto e scambio nella definizione dell'impianto metodologico sottostante il modello di analisi. All'interno di quattro workshop formativi di due giornate ciascuno, i partecipanti del Laboratorio hanno definito gli obiettivi del modello e le linee metodologiche omogenee per la rilevazione. Hanno poi approfondito i risultati, che sono stati rivisti in base all'efficacia delle tecniche statistiche adottate nel descrivere i modelli di funzionamento reale delle Aziende. Hanno, infine, riformulato il modello di analisi adottato in base a livelli di complessità informativa e selezionato i risultati più interessanti che il Centro di Ricerca ha prodotto per elaborare un primo report della ricerca.

1.2 MODELLO DI ANALISI E CONFRONTO PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO

Non è stato compito di facile traduzione riuscire a rappresentare la reale distribuzione delle risorse tra i diversi ambiti di attività in modo omogeneo tra le Aziende. Modelli diversi e linguaggi non uniformi comportano grande attenzione nei significati da decifrare.

La scelta di FIASO e delle Aziende partecipanti di voler analizzare "sul serio" le attività territoriali, ha richiesto l'adozione di un articolato disegno metodologico, in grado di restituire elaborazioni coerenti con le realtà aziendali e propedeutico a garantire un'attendibile descrizione delle attività assistenziali di ciascuna Azienda nel confronto con le altre. Risulta particolarmente evidente, nel processo di definizione del modello adottato, la capacità di adattare e rimodulare continuamente obiettivi e strumenti di questa ricerca per dar garanzia di risultati di breve periodo in una prospettiva di lungo.

La complessità informativa richiesta e la diversa maturità dei sistemi aziendali coinvolti, l'esigenza di rilevare il reale e non il formale (agito e non dichiarato), la necessità di disegnare un complesso sistema analitico che potesse essere fruito a diversi livelli di governo aziendale. Sono gli elementi che hanno sostenuto il modello di analisi articolato su quattro livelli:

- **livello 1.** Finalizzato al controllo sulla qualità dei dati e alla coerenza rispetto agli altri livelli di analisi. Rappresenta la rilevazione dei costi dei residenti dell'Azienda ricavata dal bilancio aziendale (cosiddetta **rilevazione dei costi dall'alto**). In questo livello vengono anche raccolti alcuni dati fondamentali dell'Azienda (ad es. la struttura demografica della popolazione e il tasso di ospedalizzazione);
- **livello 2.** Analisi sintetica del modello. Vengono rilevati i costi totali dei residenti per ognuno dei 16 ambiti di attività unitamente ai costi per funzioni amministrative centrali (cosiddetta **rilevazione dei costi dal basso**);
- **livello 3.** Costituisce un livello meno sintetico di analisi che presenta un significativo set di indicatori, principalmente di attività, rilevati in dodici ambiti. Il modello sintetico viene destinato al governo strategico aziendale;

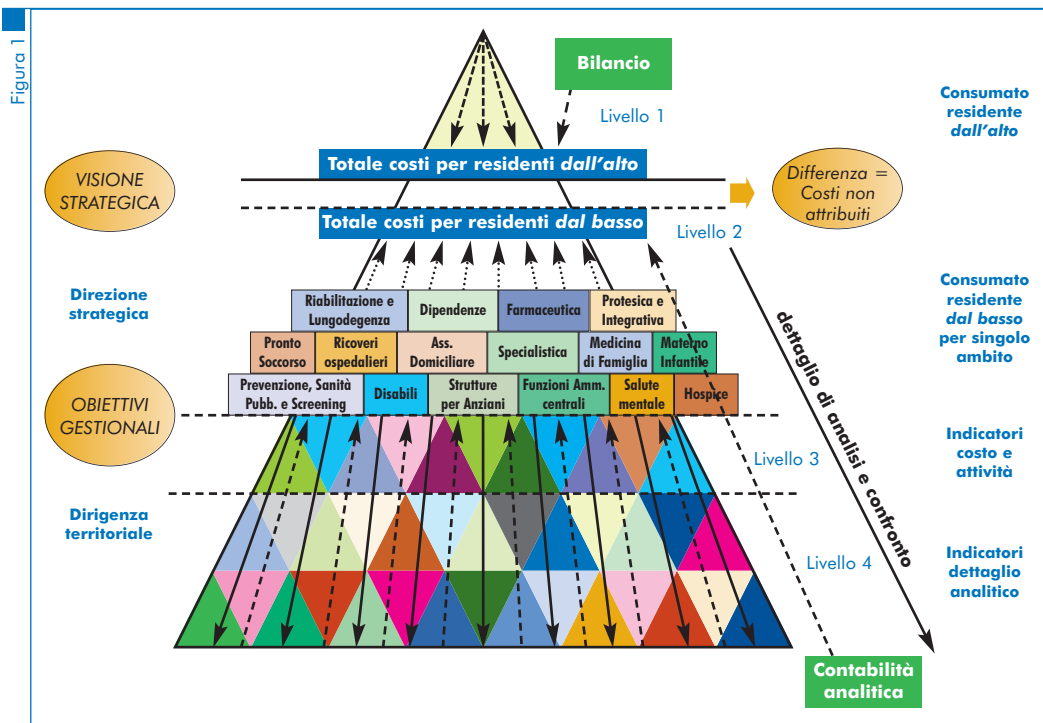
- **livello 4.** Presenta le risultanze di 300 indicatori che descrivono in dettaglio gli ambiti di attività indagati. Le analisi relative a questo livello riguardano le Aziende dotate di sistemi informativi maturi. Il modello analitico viene destinato al governo territoriale.

Il modello di analisi e confronto per il governo del territorio, che evidenzia i diversi livelli di complessità informativa e analitica richiesti, è ben riprodotto nella figura 1.

Dal livello 2 al livello 4, la linea continua indica il dettaglio di analisi che viene ottenuto passando da un livello ad un altro. La linea tratteggiata coincide con il flusso informativo che, dalla contabilità analitica e dal livello di maggior dettaglio, arriva sino al livello aggregato di costo per ambito di attività, che viene rilevato in base alle note metodologiche condivise e definite in seno al Laboratorio.

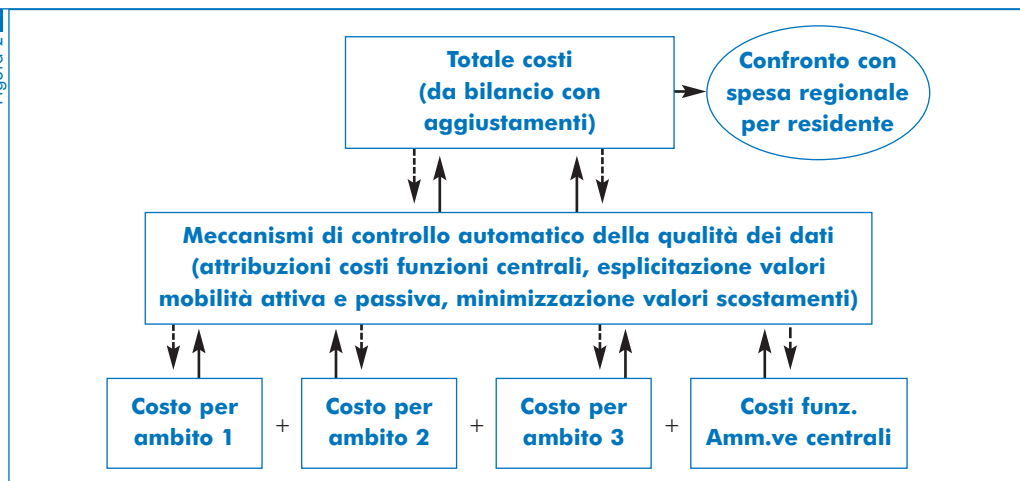
Dalla stessa figura è possibile ricavare l'evidenza del rapporto tra livello 1 e 2. Mentre il secondo livello prevede una rilevazione *dal basso* per ambito assistenziale, il livello 1 considera il costo totale del consumo dei residenti dell'Azienda sanitaria calcolato in base a quanto già iscritto nel bilancio consuntivo. Se, al livello 2, i costi vengono con precisione attribuiti a ciascun ambito assistenziale e alle funzioni amministrative centrali, il costo totale per residente calcolato *dal basso* coincide con quello determinato *dall'alto* nel livello 1. In caso contrario, la differenza tra i costi totali di livello 1 e 2 viene

Il modello di analisi e confronto per il governo del territorio



Modello di rilevazione dei dati di costo (livello 2)

Figura 2



ammessa nel modello quale componente di costi non attribuiti. Questi costi indicano indirettamente il livello di maturità raggiunto dal sistema di controllo e di governo aziendale. Quanto maggiore è la quota di costi non attribuiti, minore si rivela la conoscenza puntuale delle attività assistenziali svolte dall'Azienda.

Nella Figura 2 viene rappresentato il modello sintetico di rilevazione dei costi. Risultano così evidenti i meccanismi adottati di controllo automatico della qualità dei dati – linea tratteggiata – e il flusso informativo – linea continua – che, dai costi per singoli ambiti e per funzioni amministrative centrali, arriva a calcolare il totale dei costi per i residenti.

Il modello di rilevazione dei dati di costo viene reso operativo attraverso un percorso logico descritto nei passaggi successivi.

1. Viene calcolato il totale dei costi dei consumi dei residenti da: Bilancio +/- Mobilità + Aggiustamenti, ovvero il totale dei costi *dall'alto* (Livello 1)
2. Vengono rilevati i costi per singolo ambito e quello per funzioni amministrative centrali (Livello 2)
3. Viene calcolata la somma dei costi imputati per ambito a costo pieno, ovvero il totale dei costi *dal basso* (Livello 2) come somma dei costi per singolo ambito + costi funzioni amministrative centrali
4. Vengono sottoposti a verifica i costi non attribuiti come differenza tra il totale dei costi *dall'alto* e il totale dei costi *dal basso*. I costi non attribuiti vengono poi imputati ai diversi ambiti di attività in base a criteri definiti dal Centro di ricerca.

Al livello 1, il costo complessivo per i residenti corrisponde al totale dei costi della produzione incrementato della mobilità passiva (il consumato ossia dei residenti al di fuori dei confini organizzativi della ASL), depurato della mobilità attiva (quello che viene pro-

dotto all'interno dei confini organizzativi della ASL per residenti di altre ASL) e corretto per il valore di altri eventuali costi di servizi sanitari per residenti, non contabilizzati nel bilancio dell'Azienda, ma regolati direttamente da altri organismi, quali ad esempio la Regione. Il tasso di ospedalizzazione qui richiesto viene inteso come tasso di ospedalizzazione complessivo: il dato coincide con quello validato dalle Regioni e pertanto comprensivo di qualsiasi tipologia di ricovero. Rispetto al modello di analisi adottato, vengono compresi i ricoveri in riabilitazione, lungodegenza e SPDC.

Al livello 2, insieme agli ambiti di attività assistenziale, viene inserita la voce "Costi funzioni amministrative centrali", che comprende quei costi non imputabili con precisione ad alcun ambito assistenziale perché afferenti a strutture centrali.

Le Aziende in grado di attribuire tali costi ai singoli ambiti in maniera precisa tramite la propria contabilità analitica, senza alcun residuo di costi non imputati, potrebbero non assegnare un valore ai "Costi funzioni amministrative centrali". Le Aziende devono però segnalarne in nota l'ammontare.

In base a quanto sopra descritto, è possibile dunque riassumere le modalità operative del modello sintetico nei diversi livelli di analisi come indicato nella tabella 1, di seguito riportata.

Il modello per livelli di analisi

Tabella 1

Livello 1

Costruire il totale dei consumi dei propri residenti (totale costi *dall'alto* – livello 1), tramite la seguente proxy:

	COSTO DA BILANCIO	(valori da CONSUNTIVO)
+	MOBILITA' PASSIVA	(a TARIFFA)
-	MOBILITA' ATTIVA	(a TARIFFA)
+/-	AGGIUSTAMENTI AD HOC	(es: pagamenti diretti della Regione per servizi sanitari erogati ai residenti, a prescindere dalla natura dell'erogatore finanziato, come ad esempio finanziamenti specifici per il Pronto Soccorso, o finanziamenti fuori bilancio delle Aziende per attività di Prevenzione o altro).

Livello 2

Procedere dal basso ad una rilevazione dei valori di costo pieno per residente sulla base del consumato per gli ambiti assistenziali, specificando nel nuovo ambito "funzioni amministrative centrali" l'eventuale quota di costo non attribuita a nessun ambito specifico.

Il confronto tra il totale costi *dall'alto* e la somma dei costi per ambito (ossia il totale dei costi *dal basso*) consente di introdurre un meccanismo automatico di controllo della qualità dei dati: la rilevazione dei dati sarà infatti corretta se i costi non attribuiti saranno minimi o nulli.

Livello 3 – Modello sintetico

Completare la rilevazione con alcuni indicatori di attività particolarmente significativi, in un numero non superiore a 40-50 indicatori (ad esempio, Tasso di ospedalizzazione, Tasso di istituzionalizzazione, Indicatori di accesso al Pronto Soccorso).

Livello 4 – Modello analitico

Considerare un set di indicatori dettagliato e completo per ambito di analisi – circa 300 indicatori totali – circoscrivendo l'ambito di indagine a quelle Aziende dotate di Sistemi Informativi maturi, e limitando il confronto a questo gruppo selezionato di Aziende.

Il modello analitico è perfettamente correlato ed integrato con quello sintetico, di cui costituisce un approfondimento su indicatori più specifici di costo e di attività.

1.3 IMPOSTAZIONE METODOLOGICA E AMBITI DI ANALISI

Nel Laboratorio FIASO, la premessa metodologica e scientifica della ricerca è divenuta l'occasione per avviare un intenso percorso "comune" di crescita e confronto. I partecipanti si sono impegnati ad approfondire aspetti specifici delle proprie esperienze aziendali per condividere una metrica comune di lettura delle attività territoriali sulla base di una proposta scientifica e operativa.

I costi aziendali sono stati elaborati dalla contabilità analitica per le prestazioni erogate direttamente dall'Azienda, mentre le prestazioni erogate da altri produttori alla popolazione di riferimento dell'Azienda sono state valorizzate applicando il tariffario regionale. Anche i costi per prestazioni rimborsate al fornitore in via diretta dalla Regione, senza valorizzazione nel bilancio dell'Azienda, vengono poi imputati sulla base del sistema tariffario regionale.

Il costo per ambito viene calcolato col metodo del costo pieno – sulla base della propria contabilità analitica – ovvero con l'attribuzione della maggior quantità di costi indiretti imputabili al singolo ambito. Il costo per ambito deve sommare la spesa sopportata per forniture esterne (pacchetti di prestazioni o prestazioni di Convenzionati e Accreditati dell'Azienda), quanto quella sostenuta per gestire le unità operative aziendali che erogano internamente i servizi. Se la Regione finanzia alcuni servizi consumati dalla popolazione di riferimento dell'Azienda senza passare per l'Azienda stessa – ad esempio attraverso un finanziamento diretto agli ospedali – tale onere viene sommato ai costi aziendali. Il costo deve essere calcolato in base alla popolazione residente dell'Azienda, sommando la mobilità passiva e sottraendo quella attiva.

Alle Aziende sono stati richiesti tutti gli indicatori rilevanti in due anni distanti tra loro: 2003 e 2006. Ciò permette di stabilire un trend nell'allocazione delle risorse tra i diversi ambiti di attività assistenziali e, quindi, analizzare eventuali cambiamenti di orientamento strategico. Da queste premesse e da quanto descritto nel precedente paragrafo, risulta evidente come l'oggetto di analisi si è concentrato sulle prestazioni aziendali destinate ai propri residenti in base a quanto da loro effettivamente consumato.

Aspetto preliminare alla definizione del modello, è stata l'attribuzione di un senso "comune" e strutturale all'assistenza territoriale, nel rispetto delle differenze regionali di conferimento di significato a servizi classificati nella stessa tipologia (ad es. strutture intermedie, assistenza ospedaliera e specialistica territoriale).

La tabella 2 riporta gli ambiti di attività assistenziali definiti dal Laboratorio. La determinazione dei loro confini è stata condivisa nel Laboratorio per ottenere ambiti di attività omogenei e aggregati per tipologia di intervento.

Così, ad esempio, viene definito l'ambito Medicina di Famiglia con indicatori di costo e attività per MMG, PLS e Continuità assistenziale (ex guardia medica), così come l'ambito Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening. I relativi indicatori di attività vengono comunque per singolo ambito dettagliati nella presentazione del modello sintetico e analitico.

Gli ambiti assistenziali analizzati con il modello di ricerca

Tabella 2

A.	Generale Azienda
B.	Specialistica diagnostica e ambulatoriale
C.	Farmaceutica
D.	Protesica e Integrativa
E.F.G.	Medicina di Famiglia (MMG, PLS e Continuità assistenziale)
H.	Assistenza domiciliare
I.R.	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening
L.	Materno Infantile
M.	Strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani
N.	Disabili
O.	Hospice
P.	Riabilitazione e Lungodegenza
Q.	Pronto Soccorso (+ 118)
S.	Salute mentale
T.	Dipendenze
U.	Ricoveri ospedalieri
V.	Altri

Gli assetti organizzativi tra le Aziende sono diversi, la ripartizione dei costi tra gli ambiti riflette quindi la diversa attribuzione di compiti e funzioni tra le unità organizzative.

Nella **Specialistica (B)**, non vengono incluse la Salute mentale, le Dipendenze, gli Screening e il Materno Infantile. Viene specificato il totale dei consumi dei residenti dell'ASL per visite, diagnostica e laboratorio, in regime ambulatoriale. Per ottenere questo risultato, sono state conteggiate le prestazioni prodotte dalle strutture interne per i propri residenti utilizzando i costi dalla contabilità analitica, e le prestazioni fornite dal privato accreditato e dagli erogatori pubblici utilizzando il sistema tariffario (dai costi dell'Azienda si toglie a tariffa la mobilità in entrata). In situazioni dove i produttori esterni vengono pagati direttamente dalla Regione senza inserimento diretto nel bilancio aziendale, tale costo viene comunque imputato sul costo della specialistica che pesa sul totale di bilancio, recuperando i dati da fonti extra-aziendali.

Nella **Farmaceutica (C)** viene conteggiata la Convenzionata e la Distribuzione diretta di farmaci. Viene sottolineato come il costo dei farmaci erogati per Anziani in "Strutture residenziali e semiresidenziali, ospedali di comunità" non debba essere ricompreso in questo aggregato.

Nella **Protesica ed Integrativa (D)**, vengono inclusi tutti i costi per integrativa e protesica, indipendentemente dal punto di erogazione (presidi, farmacie convenzionate, etc.). Per le **Strutture residenziali e semiresidenziali per Anziani (M)** vengono considerati solo i costi sanitari, comprensivi del costo farmaci. Oltre i 65 anni, i pazienti vengono conteggiati tutti come anziani; sotto i 65 anni, i ricoverati vengono conteggiati

come **Disabili (N)**. Viene esclusa dalla **Riabilitazione e Lungodegenza (P)** quella erogata in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Vengono, invece, inclusi in quest'ambito, tutti gli Istituti accreditati per riabilitazione ex-articolo 26² anche se erogano servizi a disabili.

Anche per il **Pronto Soccorso (Q)**, viene fornito il dato di costo relativo ai consumi dei residenti e se questo non è calcolabile, viene rilevato il dato di produzione. Ove disponibile è compreso anche il servizio per l'Emergenza 118. Nel caso l'Azienda non disponga del Pronto Soccorso, viene rilevato il costo di tutti i pronto soccorso ospedalieri, pubblici o privati, che insistono sul suo territorio. Tale informazione, se non contabilizzata nel bilancio aziendale, viene richiesta alla Regione di appartenenza.

Nel rispetto delle differenze di carattere regionale, alla denominazione assegnata dal modello del Laboratorio al Pronto Soccorso è stata sostituita la denominazione ministeriale: Pronto Soccorso (prima denominato PS di I livello); DEA I livello (prima PS II livello); DEA II livello (prima PS III livello).

Per quanto si riferisce ai **Ricoveri ospedalieri (U)**, viene specificato in nota – senza però scorporarla dal totale – il valore della riabilitazione erogata nelle strutture pubbliche e private accreditate. Nei ricoveri ospedalieri vengono compresi tutti i ricoveri ospedalieri registrati in strutture pubbliche o private accreditate (compresi i codici 56 e 60, mentre viene escluso il codice 40)³. L'ambito dei ricoveri ospedalieri così ricavato differisce dalla definizione di attività ospedaliera utilizzata a livello istituzionale. Ad esempio, nell'elaborazione del tasso di ospedalizzazione, viene compresa ogni tipologia di ricovero (Riabilitazione, Lungodegenza, SPDC).

La ricerca viene quindi focalizzata nel definire i confini dell'assistenza territoriale (strettamente intesa) depurata da tutti i costi sostenuti per le attività gestite dall'ospedale.

1.4 MODELLO SINTETICO E ANALITICO

Come avuto modo di approfondire nel paragrafo precedente, gli indicatori si intendono sempre riferiti alle prestazioni erogate, ovvero al consumato effettivo dei residenti, al netto della mobilità attiva e comprensivi di quella passiva più gli eventuali "aggiustamenti". Ove il dato di consumo non sia disponibile, si può utilizzare quello di produzione, specificandolo.

Al livello 3 vengono rilevati gli indicatori di costo e di attività giudicati maggiormente significativi. Ciò consente un confronto omogeneo tra le Aziende che partecipano alla rivelazione sui principali ambiti assistenziali. E' il livello di raccolta minimo (insieme ai

²Istituti e Centri di riabilitazione ex articolo 26, Legge 883/78.

³Tabella di decodifica delle discipline ospedaliere, flussi informativi attivati con il D.P.C.M. 17/05/1984, rinnovati ed ampliati con il D.M. 19/03/1988. Codice 40 "Psichiatria" – 56 "Recupero e Riabilitazione funzionale" – 60 "Lungodegenza"

precedenti livelli 1 e 2) per consentire una mappatura significativa delle caratteristiche territoriali della ASL.

Al livello 3, vengono selezionati gli indicatori nella prospettiva di ottenere un cruscotto direzionale e una *vision* sintetica e completa delle attività.

Così ad esempio, nella **Specialistica (B)** viene chiesto di scomporre il totale dei costi per i residenti (già rilevato al livello 2) in tre indicatori:

- costi per prestazioni prodotte, per propri residenti, da servizi ospedalieri aziendali (b101)
- costi per prestazioni prodotte, per propri residenti, da servizi territoriali aziendali (b102)
- costo per prestazioni acquistate, per propri residenti, da soggetti terzi (siano essi pubblici o privati) (b103)

Il totale dei tre indicatori deve essere perciò identico al costo per la Specialistica rilevato al livello 2.

Al livello 4, gli indicatori vengono dettagliati nei singoli ambiti di attività. Viene così consegnato un modello per il governo dell'attività territoriale.

Oltre al costo totale per i residenti, al livello 3 e 4 ciascun ambito di attività viene articolato e approfondito con differenti campi di ricerca e indicatori, quali:

1. costo per assistito
2. indicatori dotazione strutturale
3. indicatori attività
4. dotazione di personale

Di seguito riprendiamo le principali indicazioni scaturite dal confronto all'interno del Laboratorio per definire una metrica comune per ciascuna classe di indicatori presi in considerazione.

1.4.1 Costo per Assistito

Nel denominatore degli indicatori "Calcolo costo per assistito", con il termine di "assistiti" si intendono i residenti che hanno fruito del servizio oggetto dell'analisi per almeno una prestazione durante l'anno. L'interesse di ricerca è stato indirizzato a conoscere il numero dei residenti che avessero usufruito di almeno una prestazione nell'anno (ogni persona è stata contata una sola volta), anziché il numero di accessi complessivo.

Per alcuni ambiti di analisi è stato specificato, come ad esempio nella **Protesica e Integrativa**, che per assistiti si intendono coloro che hanno ricevuto forme di assistenza protesica, ausili ed alimenti ed anche coloro che hanno usufruito di servizi protesici ed integrativi presso farmacie accreditate o altri punti di erogazione. Per l'**Assistenza**

domiciliare gli assistiti sono in ADP, ADI, UOCP, lungo assistenza, assistenza infermieristica (SID) e fruitori di ogni altra forma di prestazione a domicilio.

Caso particolare è la **Continuità assistenziale** dove il costo per assistito viene rappresentato dal costo per prestazione (invece che per assistito), in quanto il denominatore è uguale alla somma tra il numero di accessi e le visite domiciliari. Altro caso particolare è quello incontrato nel calcolare il *tasso di istituzionalizzazione (>75 anni)*. Qui è stato necessario ricercare il numero degli ultra 75enni residenti dell'Azienda ricoverati in **Strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani** presenti sia nei confini dell'Azienda che al di fuori di essi.

1.4.2 Dotazione strutturale e Indicatori di attività

Alcune dotazioni strutturali, obbligatorie per legge regionale, possono essere diverse tra Regioni e quindi appare utile considerarle, così come rilevare il dato relativo al numero di apparecchiature sanitarie (pubbliche o private) disponibili nel territorio di riferimento dell'Azienda.

Vengono rilevati ed elaborati sia indicatori di attività (*output*) per i soli residenti, che di struttura (*input*) afferenti gerarchicamente alle sole strutture territoriali. Queste due tipologie di indicatori non vengono poste in correlazione fra loro, e quindi non è possibile per questa via stabilire indicatori di efficienza.

Nell'**Assistenza specialistica** i dati relativi al numero di prestazioni specialistiche, di diagnostica e di laboratorio, vengono dettagliate tra quelle erogate a pazienti ambulatoriali e quelle erogate a pazienti ricoverati. Per numero di accessi al servizio di **Continuità assistenziale** si è inteso comprendere solo gli accessi diretti in ambulatorio e non anche le visite domiciliari o le telefonate. Nel **Materno Infantile** il numero di accessi nelle strutture territoriali include qualsiasi tipologia di struttura territoriale che eroghi tale tipologia di prestazioni. I consultori sono una delle strutture possibili, anche se non necessariamente l'unica.

Il numero di prese in carico del **Dipartimento Salute Mentale (DSM)** si riferiscono a quelle espletate nel complesso del perimetro del dipartimento. Vengono escluse le persone con un solo contatto nell'anno e le certificazioni medico-legali. Nel numero di accessi totali dei **Centri di Salute Mentale (CSM)** vengono considerati oltre agli accessi ambulatoriali, quelli in DH ed in centro diurno.

Per posti letto in strutture residenziali, gestite direttamente o convenzionate, presenti sul territorio, si fa riferimento a qualsiasi struttura (case alloggio, comunità terapeutiche residenziali, etc.) in cui risiedono i pazienti di salute mentale. Sempre nell'ambito **Salute Mentale**, per posti in strutture semiresidenziali vengono identificati Centri semiresidenziali e Day Hospital territoriali.

Nelle **Strutture residenziali e semiresidenziali** per Anziani appare decisivo conteggiare i consumi degli anziani provenienti dalla propria Azienda insieme ai ricoveri pres-

so strutture extraterritoriali. Nella **Riabilitazione e Lungodegenza** vengono incluse tutte le attività extraospedaliere rilevate anche attraverso le SDE (Schede di dimissioni extraospedaliere). Nella dicitura numero posti in strutture semiresidenziali non ci si riferisce ai posti letto, ma alla capacità di accoglienza della struttura.

1.4.3 Dotazione di personale

Nel personale vengono considerati tutti i dipendenti dell'Azienda retribuiti nell'anno indipendentemente dal tipo di contratto: dipendente, convenzionato, contratti a tempo determinato, cooperative sociali. Viene, quindi, rilevato il numero di persone che svolgono un'attività. Tranne dove specificato, viene incluso solo il personale che eroga il servizio territoriale o amministrativo a contatto con gli utenti (ad esempio, non personale pulizie e non staff contabilità).

Quando vengono richiesti gli indicatori di personale, non viene inserito il personale dei servizi territoriali gestito dall'Ospedale. Questa indicazione viene ripresa in particolare, per la **Specialistica** ambulatoriale, la **Medicina Generale, l'Assistenza domiciliare, il Materno Infantile, le Dipendenze**. In questo contesto il personale interessa solo se viene gestito dal livello territoriale.

Il costo del personale viene invece imputato in base alla percentuale di attività svolta sul territorio. Si sottolinea come venga, infine, utilizzato il metodo di calcolo equivalente⁴, in caso di persone impiegate part-time.

1.4.4 Possibili sviluppi del modello

Vengono infine ripresi alcuni punti che, per tempo e opportunità, non sono stati approfonditi, ma meriterebbero di essere affrontati qualora venga ripreso un ulteriore percorso di affinamento del modello di analisi, laddove per il livello 4 del modello è possibile prevedere un maggior dettaglio di indicatori.

In particolare, alcune proposte di nuovi indicatori possono servire a sanare la dicotomia esistente tra dati di struttura e dati di attività, consentendo di correlare i due set di dati tra loro, mediante elaborazione di indicatori di efficienza. Alcuni vengono individuati ad esempio nella **Specialistica**, potendo richiedere separatamente la dotazione di specialisti dipendenti funzionalmente dai presidi ospedalieri impegnati anche in attività presso strutture territoriali.

⁴Metodo equivalente adottato: 38 ore per la dirigenza, 36 ore per il personale del comparto. Metodi di calcolo del personale equivalente più dettagliati e precisi sono esclusi per ragioni di omogeneità del calcolo

Ulteriori elementi di dettaglio vengono individuati negli indicatori di attività con la distinta rilevazioni di prestazioni prodotte da terzi rispetto a quelle prodotte direttamente dall'Azienda.

I possibili sviluppi delineati possono essere immediatamente compresi nell'attuale modello, senza perciò scomporre il disegno metodologico adottato.

APPENDICE 1**GLI INDICATORI DEL MODELLO PER LIVELLO DI ANALISI****Livello 1 - Dati generali Azienda**

Totale costi della produzione (Costi gestione ordinaria da modello CE)
Valore mobilità passiva
Valore mobilità attiva
Altri costi servizi sanitari per residenti fuori dal bilancio Azienda
Totale costi per residenti dall'alto
Tasso di ospedalizzazione complessivo (dato Regione)

Numero residenti
Residenti anni 0-1
Residenti anni 1-4
Residenti anni 5-7
Residenti anni 8-14
Residenti anni 15-24
Residenti anni 25-44
Residenti anni 45-64
Residenti anni 65-74
Residenti anni 75-89
Residenti oltre 90 anni

Livello 2 - Dati generali Azienda

u1	Ricoveri ospedalieri
c1	Farmaceutica
b1	Specialistica
efg101	Medicina di Famiglia (MMG, PLS e Continuità assistenziale)
m1	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani
s1	Salute mentale
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening
q1	Pronto Soccorso (+118)
p1	Riabilitazione e Lungodegenza
n1	Disabili
d1	Protesica e Integrativa
h26	Assistenza domiciliare
l1	Materno Infantile
t1	Dipendenze
a106	Funzioni amministrative centrali
a107	Totale costi per residenti dal basso

Livello 3 - Set sintetico di indicatori per ambito di ricerca

Assistenza Specialistica	
b101	Costo prestazioni per i propri residenti prodotti da servizi ospedalieri Azienda
b102	Costo prestazioni per i propri residenti prodotte direttamente da servizi territoriali Azienda
b103	Costo prestazioni per i propri residenti acquistate da terzi (pubblici e privati)
b104	Valore mobilità passiva
b105	Valore mobilità attiva
b106	Numero complessivo prestazioni laboratorio (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori)
b107	Numero complessivo prestazioni diagnostica per immagini (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori)
b108	Numero complessivo prestazioni specialistica ambulatoriale (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori)

Medicina di Famiglia (MMG, PLS e Continuità assistenziale)	
e12	Numero MMG
e9	Numero totale assistiti da MMG in gruppo
e10	Numero totale assistiti da MMG in rete
e11	Numero totale assistiti da MMG in associazione
e19	Monte ore totale di apertura degli studi degli MMG

f11	Numero PLS
f8	Numero totale assistiti da PLS in gruppo
f9	Numero totale assistiti da PLS in rete
f10	Numero totale assistiti da PLS in associazione
f12	Monte ore totale di apertura degli studi dei PLS

g3	Numero totale di ore servizio di Continuità assistenziale
g4	Numero di accessi al servizio di Continuità assistenziale
g6	Numero visite domiciliari servizio di Continuità assistenziale

Assistenza domiciliare	
h1	Numero assistiti
h2	Numero assistiti >65 anni
h18	Numero accessi annui totali

Prevenzione e Sanità Pubblica

r3	Tasso copertura vaccinazione obbligatoria bambini
r7	Numero di visite per indennità di accompagnamento

Materno Infantile

I15	Numero accessi strutture territoriali (es. consultori)
I16	Numero prese in carico annuali

Strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani

m14	Giornate in strutture residenziali
m15	Giornate strutture semiresidenziali
m16	Giornate ospedali di comunità
m17	Tasso di istituzionalizzazione >75 anni

Disabili

n7	Numero giornate in strutture residenziali
n8	Numero giornate in strutture semiresidenziali

Riabilitazione e Lungodegenza

p6	Numero di giornate in strutture semiresidenziali
p7	Numero di ricoveri in strutture di riabilitazione

Salute mentale

s16	Numero visite ambulatoriali
s17	Numero visite a domicilio
s18	Numero di ricoveri tipo TSO
s23	Numero prese in carico dipartimento
s25	Numero accessi totali CSM

Dipendenze

t3	Giornate in strutture residenziali dell'Azienda o convenzionate
----	---

Pronto Soccorso

q9	Numero accessi per residenti
q10	Codici bianchi per residenti
q13	Codici bianchi per residenti >65 anni
q14	Codici bianchi per residenti >75 anni
q15	Codici bianchi per residenti >90 anni

Ricoveri ospedalieri

u101	Valore complessivo mobilità passiva
u102	Valore complessivo mobilità attiva
u103	Numero dimissioni in degenza ordinaria dei residenti da Ospedali ASL
u104	Numero dimissioni in degenza ordinaria dei residenti da altre strutture pubbliche e private
u105	Numero dimissioni in day hospital dei residenti da Ospedali ASL
u106	Numero dimissioni in day hospital da altre strutture pubbliche e private
u16	Dimissioni ad alto rischio di inappropriately (51 DRG LEA)
u17	Degenza media per DRG medici

Livello 4 - Indicatori per il modello analitico**A. Dati generali Azienda**

a13	Km quadrati
a14	Picco massimo di popolazione sul territorio
a15	Totale costi della produzione
a16	Utile o perdita di esercizio
a17	Numero totale di esenti per patologia
a18	Numero totale di esenti codice 002 - AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO
a19	Numero totale di esenti codice 003 - ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
a20	Numero totale di esenti codice 007 - ASMA
a21	Numero totale di esenti codice 013 - DIABETE MELLITO
a22	Numero totale di esenti codice 019 - GLAUCOMA
a23	Numero totale di esenti codice 025 - IPERCOLESTEROLEMIA: FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIA E IIB; PRIMITIVA POLIGENICA;FAMILIARE COMBINATA; DI TIPO III
a24	Numero totale di esenti codice 031 - IPERTENSIONE ARTERIOSA
a25	Numero totale di esenti codice 048 - SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGN E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO

B. Specialistica diagnostica e ambulatoriale

- Definizione confini: **Visite specialistiche e prestazioni diagnostiche, consumate da residenti ed erogate da strutture territoriali sia pubbliche che private accreditate che da ospedali e case di cure ma non in regime di ricovero. Le prestazioni di salute mentale, dipendenze, screening e materno infantile sono escluse.**
- Costo totale residenti: **Costo delle prestazioni (calcolato in base alla contabilità analitica per le prestazioni erogate dall'Azienda e a tariffa per quelle erogate da altre Aziende a residenti).**
- Costo per assistito: **costo/assistiti che hanno utilizzato almeno una prestazione nell'anno.**
- Indicatori dotazione strutturale: **percentuale prestazioni privato accreditato; numero TAC, RMN, e PET (pubbliche o private).**
- Dotazione di personale: **numero ore annuali specialisti ambulatoriali dipendenti dall'Azienda; ore annuali sumaisti.**
- Indicatori attività: **numero di prestazioni laboratorio (dettagliate per quanto erogate da ambito territoriale Azienda, dai presidi, da altri fornitori); numero di prestazioni diagnostica per immagini (da territorio Azienda, da presidi, da altri fornitori); numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali (da territorio Azienda, da presidi, da altri fornitori). Numero di prestazioni di laboratorio e di diagnostica per immagini erogate dai presidi dell'Azienda per i ricoverati.**

b1	Costo delle prestazioni
b2	Costo/assistiti che hanno utilizzato almeno una prestazione nell'anno
b3	Percentuale del valore, a tariffa, delle prestazioni del privato accreditato su totale
b4	Numero TAC (pubbliche o private)
b5	Numero RMN (pubbliche o private)
b6	Numero PET (pubbliche o private)
b109	Numero ore annuali specialisti ambulatoriali dipendenti dall'Azienda
b8	Ore annuali sumaisti

b9	Numero di prestazioni laboratorio in presidi ospedalieri Azienda
b10	Numero di prestazioni diagnostica per immagini in presidi osp. Azienda
b11	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali in presidi osp. Azienda
b16	Numero di prestazioni laboratorio per ricoverati in presidi osp. Azienda
b17	Numero di prestazioni diagnostica per ricoverati in presidi osp. Azienda
b12	Numero di prestazioni laboratorio in strutture territoriali Azienda
b13	Numero di prestazioni diagnostica per immagini in strutture territoriali Azienda
b14	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali in strutture territoriali Azienda
b15	Numero di prestazioni laboratorio altri fornitori
b18	Numero di prestazioni diagnostica per immagini altri fornitori
b19	Numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali altri fornitori
b20	Percentuale del valore, a tariffa, delle prestazioni erogate da altre Aziende pubbliche
b21	Costo delle prestazioni rese ai propri residenti calcolate interamente a tariffa

C. Farmaceutica

- Definizione confini: **farmaceutica convenzionata e farmaci a distribuzione diretta.**
- Costo totale residenti: **Costo farmaci e delle unità organizzative che si occupano della loro gestione.**
- Costo per assistito: **Costo farmaci/assistiti che hanno utilizzato almeno una prestazione nell'anno; costo per assistito >65 anni, >75 anni e >90 anni; numero assistiti >65 anni, >75 anni e >90 anni.**
- Dotazione di personale: **numero di farmacisti nel dipartimento farmaceutico; percentuale farmacisti del dipartimento in attività territoriali.**

c1	Costo farmaci e delle unità che si occupano della loro gestione
c2	Costo farmaci/assistiti che hanno utilizzato almeno una prestazione nell'anno
c3	Costo per assistito >65 anni
c4	Costo per assistito >75 anni
c5	Costo per assistito >90 anni
c6	Numero assistiti >65 anni
c7	Numero assistiti >75 anni
c8	Numero assistiti >90 anni
c9	Numero di farmacisti nel dipartimento farmaceutico
c10	Percentuale farmacisti del dipartimento in attività territoriali
c11	Costo dei farmaci a distribuzione diretta e della loro distribuzione per propri assistiti

D. Protesica e Integrativa

- Definizione confini: **fornitura ai residenti di assistenza protesica, ausili, alimenti, ecc.**
- Costo totale residenti: **Costo beni forniti e delle unità che si occupano della loro gestione; di cui costo per presidi incontinenza; di cui costo per dispositivi autocontrollo diabete.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Indicatori attività: **numero utenti di presidio per incontinenza.**

d1	Costo beni forniti e delle unità che si occupano della loro gestione
d2	Costo/numero assistiti
d3	Costo presidi incontinenza
d4	Costo per dispositivi autocontrollo diabete
d5	Numero di utenti presidi incontinenza

E. F. G. Medicina di Famiglia (MMG, PLS e Continuità assistenziale)

E. Medicina Generale

- Definizione confini: **medicina generale.**
- Costo totale residenti: **costo comprensivo a seguito degli accordi decentrati, di comodati d'uso o acquisto attrezzature per MMG e del personale dell'ASL (e sottratto i costi per ADP e ADI); costi interni dipartimento/abitante.**
- Indicatori dotazione strutturale: **numero gruppi, reti e associazioni.**
- Dotazione di personale (**non equivalente, numero teste**): **numero MMG in gruppo, rete e associazione; numero infermieri negli studi, numero collaboratori di studio - segreteria.**
- Dotazione di personale: **numero personale nel dipartimento infermieri, medici, amministrativi, altro.**
- Indicatori attività: **monte ore totale di apertura degli studi degli MMG.**

e1	Costo comprensivo di quelli generati a seguito degli accordi decentrati, di comodati d'uso o acquisto attrezzature per MMG e del personale dell'ASL
e2	Costi interni dipartimento MMG+PLS+Cont. Ass./abitante
e3	Numero gruppi
e4	Numero reti
e5	Numero associazioni
e6	Numero MMG in gruppo
e7	Numero MMG in rete
e8	Numero MMG in associazione
e13	Numero infermieri negli studi
e14	Numero collaboratori di studio - segreteria
e15	Numero personale nel dipartimento: infermieri
e16	Numero personale nel dipartimento: medici
e17	Numero personale nel dipartimento: amministrativi
e18	Numero personale nel dipartimento: altro

F. Pediatria di libera scelta

- Definizione confini: **pediatria di libera scelta**.
- Costo totale residenti: **costo complessivo di quelli generati in seguito agli accordi decentrati, di comodati d'uso o acquisto attrezzature per PLS e del personale dell'ASL**.
- Indicatori dotazione strutturale: **numero gruppi, reti e associazioni**.
- Dotazione di personale: **numero PLS in gruppo, rete e associazione**.
- Indicatori attività: **monte ore totale di apertura degli studi dei PLS**.

f1	Costo complessivo di quelli generati a seguito degli accordi decentrati, di comodati d'uso o acquisto attrezzature per PLS e del personale dell'ASL
f2	Numero gruppi
f3	Numero reti
f4	Numero associazioni
f5	Numero PLS in gruppo
f6	Numero PLS in rete
f7	Numero PLS in associazione

G. Continuità assistenziale

- Definizione confini: **Continuità assistenziale (ex guardia medica)**.
- Costo totale residenti: **costo totale**.
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti**.
- Indicatori dotazione strutturale: **numero di ambulatori**.
- Indicatori attività: **numero di telefonate**.

g7	Costo totale Continuità assistenziale
g1	Costo/numero assistiti
g2	Numero di ambulatori
g5	Numero di telefonate

H. Assistenza domiciliare

- Definizione confini: **assistenza domiciliare monoprofessionale (es. infermieristica o ADP) o integrata (es. ADI) svolta da personale dell'Azienda, da MMG convenzionati, o da altri soggetti privati come cooperative e imprese.**
- Costo totale residenti: **costo totale.**
- Costo per assistito: **numero assistiti; numero assistiti >65 anni.**
- Indicatori dotazione strutturale: **% di ore svolte da privati (cooperative o imprese).**
- Dotazione di personale: **numero infermieri dedicati; medici distretto dedicati; numero MMG che fanno ADI; numero MMG che fanno ADP.**
- Quando vengono richiesti gli indicatori di personale, non va inserito il personale dei servizi territoriali gestito dall'ospedale.
- Indicatori attività: **numero di accessi (suddivisi tra quelli con presa in carico del paziente e quelli senza) da parte di: infermieri professionali, MMG, terapisti riabilitazione, altri medici, altri operatori; numero accessi annui totali, numero pazienti annui totali; numero pazienti annui in ADI, numero pazienti annui in ADP. Numero medio di accessi per paziente per assistenza infermieristica, per assistenza riabilitativa, per ADI, per ADP.**

h26	Costo totale
h3	% di ore svolte da privati (cooperative o imprese)
h4	Numero infermieri dedicati
h5	Medici distretto dedicati
h6	Numero MMG che fanno ADI
h7	Numero MMG che fanno ADP
h8	Numero accessi totale da infermieri professionali per pazienti senza presa in carico
h9	Numero accessi totale da infermieri professionali per pazienti con presa in carico
h10	Numero accessi totale da MMG per pazienti senza presa in carico

h11	Numero accessi totale da MMG per pazienti con presa in carico
h12	Numero accessi totale da terapisti riabilitazione per pazienti senza presa in carico
h13	Numero accessi totale da terapisti riabilitazione per pazienti con presa in carico
h14	Numero accessi totale da altri medici per pazienti senza presa in carico
h15	Numero accessi totale da altri medici per pazienti con presa in carico
h16	Numero accessi totale da altri operatori per pazienti senza presa in carico
h17	Numero accessi totale da altri operatori per pazienti con presa in carico
h20	Numero pazienti annui in ADI
h21	Numero pazienti annui in ADP

I. R. Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening

I. Screening

- Definizione confini: **programmi di screening come, ad esempio, del Cancro del Seno, della Cervice Uterina e del Colon-Retto. I confini dell'ambito Screening includono quelle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.**
- Costo totale residenti: **costo per screening ai residenti Azienda, indipendentemente dalla fonte di finanziamento e compresi di prestazioni e costi di gestione.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Indicatori attività: **tasso di copertura degli screening del Cancro del Seno; della Cervice Uterina e del Colon-Retto; tempo di completamento di un round screening mammografico.**

R. Prevenzione e Sanità Pubblica

- Definizione confini: **attività di prevenzione e sanità pubblica, medicina legale**
- Costo totale residenti: **costo totale; costo progetti di promozione della salute**
- Indicatori attività: **% bambini vaccinati obbligatori; % bambini vaccinati facoltativi; % anziani vaccinati per influenza; numero controlli su alimenti di origine animale**

i1	Costo per screening ai residenti Azienda, indipendentemente dalla fonte di finanziamento e compresi di prestazioni e costi di gestione
i2	Costo/numero assistiti
i3	Tasso di copertura degli screening del Cancro del Seno
i4	Tasso di copertura degli screening della Cervice Uterina
i5	Tasso di copertura degli screening del Colon-Retto
i6	Tempo di completamento di un round screening mammografico

r1	Costo totale Attività di Prevenzione e Sanità Pubblica
r2	Costo progetti di promozione della salute
r4	Tasso copertura vaccinazione facoltativa bambini
r5	Tasso copertura vaccinazione anziani per influenza
r6	Numero controlli su alimenti di origine animale

L. Materno Infantile

- Definizione confini: **consultori familiari, pediatria di comunità, neuropsichiatria infantile. I confini dell'ambito Materno Infantile includono quelle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.**
- Costo totale residenti: **costo totale.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Dotazione di personale: **numero di pediatri, ginecologi, neuropsichiatri infantili, fisiatri, psicologi, ostetriche, vigilatrici d'infanzia, assistenti sanitari, infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, logopedisti, educatori.**
- Indicatori attività: **numero accessi consultori; numero visite neuropsichiatria infantile.**

I1	Costo totale
I2	Costo/numero assistiti
I3	Numero di pediatri
I4	Numero di ginecologi
I5	Numero di neuropsichiatri infantili
I6	Numero di fisiatri
I7	Numero di psicologi
I8	Numero di ostetriche
I9	Numero di vigilatrici d'infanzia
I10	Numero di assistenti sanitari
I11	Numero di infermieri professionali
I12	Numero di terapisti della riabilitazione
I13	Numero di logopedisti
I14	Numero di educatori
I17	Numero visite neuropsichiatria infantile

M. Strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani

- Definizione confini: **assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale agli anziani inclusi le prestazioni sanitarie e i contributi erogati dall'Azienda ai pazienti anziani.**
- Costo totale residenti: **costo totale finanziato dall'Azienda o dalla Regione dal Fondo Sanitario Regionale per strutture residenziali; strutture semiresidenziali; ospedali di comunità; e per altri contributi agli anziani residenti nell'Azienda.**
- Costo per assistito: **costo per assistiti finanziato dall'Azienda per strutture residenziali; strutture semiresidenziali; ospedali di comunità; costo per assistito per altri contributi agli anziani residenti nell'Azienda.**
- Indicatori dotazione strutturale: **(per le strutture che sono sul territorio dell'Azienda) posti letto per strutture residenziali, ospedali di comunità, posti in strutture semiresidenziali, % privati strutture residenziali, % privati strutture semiresidenziali.**
- Indicatori attività: **giornate in strutture residenziali; numero di utenti assistiti in ospedali di comunità; ammontare contributi erogati dall'Azienda ai pazienti anziani.**

m1	Costo totale finanziato dall'Azienda o dalla Regione dal Fondo Sanitario Regionale per strutture residenziali
m2	Costo totale strutture semiresidenziali
m3	Costo totale ospedali di comunità
m4	Costo totale per altri contributi agli anziani residenti nell'Azienda
m5	Costo per assistito finanziato dall'Azienda o dalla Regione dal Fondo Sanitario Regionale per strutture residenziali
m6	Costo per assistito strutture semiresidenziali
m7	Costo per assistito ospedali di comunità
m8	Costo per assistito per altri contributi agli anziani residenti nell'Azienda
m9	Posti letto sul territorio in strutture residenziali
m10	Posti letto sul territorio in ospedali di comunità
m11	Posti in strutture semiresidenziali
m12	% privati strutture residenziali
m13	% privati strutture semiresidenziali
m18	Ammontare contributi erogati dall'Azienda ai pazienti anziani

N. Disabili

- Definizione confini: **assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale ai disabili inclusi le prestazioni sanitarie e i contributi da spendere autonomamente dai pazienti erogati dall'Azienda.**
- Costo totale residenti: **costo totale.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Indicatori dotazione strutturale: **posti letto in strutture residenziali; numero posti in strutture semiresidenziali.**
- Indicatori attività: **ammontare contributi erogati dall'Azienda ai pazienti disabili.**

n1	Costo totale
n2	Costo/numero assistiti
n3	Posti letto per strutture residenziali
n4	Posti in strutture semiresidenziali
n5	Ammontare contributi erogati dall'Azienda ai pazienti disabili
n10	Costo prestazioni prodotte direttamente
n11	Costo prestazioni prodotte acquistate da altri fornitori pubblici o privati

O. Hospice

- Definizione confini: **hospice accreditati.**
- Costo totale residenti: **costo totale; costo strutture convenzionate, costo hospice in Aziende ospedaliere o presidi dell'Azienda; costo hospice dell'Azienda al di fuori di ospedali.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Indicatori dotazione strutturale: **posti letto in hospice; % posti letto privato.**

o1	Costo totale
o2	Costo strutture convenzionate
o3	Costo hospice in Aziende ospedaliere o presidi ospedalieri dell'Azienda
o4	Costo hospice dell'Azienda al di fuori di ospedali
o5	Costo/numero assistiti
o6	Posti letto in hospice
o7	% posti letto privato

P. Riabilitazione e Lungodegenza

- Definizione confini: **assistenza territoriale, residenziale e semiresidenziale per il recupero di capacità funzionali escluso quello in reparti ospedalieri.**
- Costo totale residenti: **costo totale.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Indicatori dotazione strutturale: **posti letto in strutture residenziali; numero posti in strutture semiresidenziali; % posti letto privato.**

p1	Costo totale residenti
p2	Costo/numero assistiti
p3	Posti letto in strutture residenziali
p4	Numero posti in strutture semiresidenziali
p5	% posti letto privato

Q. Pronto Soccorso

- Definizione confini: **PS presidi, AO e privato accreditato.**
- Costo totale residenti: **costo del consumato (includere il 118).**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Indicatori dotazione strutturale: **numero PS di I, II e III livello (cfr nota pag. 78); numero posti letto in osservazione breve; % posti letto pubblici; % posti letto presidi.**
- Indicatori attività: **codici verdi per i residenti; codici rossi per i residenti; codici verdi per i residenti >65 anni, >75 anni e >90 anni; codici rossi per i residenti >65 anni, >75 anni e >90 anni.**

q1	Costo delle dell'attività di PS per i propri residenti
q2	Costo/numero assistiti
q3	Numero PS (PS di I livello)
q4	Numero DEA I livello (PS di II livello)
q5	Numero DEA II livello (PS di III livello)
q6	Numero posti letto in osservazione breve
q7	% posti letto pubblici
q8	% posti letto presidi
q11	Codici verdi per i residenti
q101	Codici gialli per i residenti
q12	Codici rossi per i residenti

q16	Codici verdi per i residenti >65 anni
q17	Codici verdi per i residenti >75 anni
q18	Codici verdi per i residenti >90 anni
q102	Codici gialli per i residenti >65 anni
q103	Codici gialli per i residenti >75 anni
q104	Codici gialli per i residenti >90 anni
q19	Codici rossi per i residenti >65 anni
q20	Codici rossi per i residenti >75 anni
q21	Codici rossi per i residenti >90 anni

S. Salute mentale

- Definizione confini: **salute mentale adulti (non neuropsichiatria infantile e dipendenze). I confini dell'ambito Salute mentale includono quelle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.**
- Costo totale residenti: **costo totale, di cui costo SPDC.**
- Costo per assistito: **costo totale per assistito, di cui costo per assistito SPDC.**
- Indicatori dotazione strutturale: **posti letto strutture residenziali, posti in strutture semiresidenziali e diurne, posti letto in SPDC, numero di Centri di Salute Mentale (CSM) 12h e 24h.**
- Dotazione di personale: **numero di infermieri, psicologi, psichiatri, educatori, assistenti sociali, altro personale. Specificare in nota senza scorporarlo dal totale il personale SPDC.**
- Indicatori attività: **Tasso di occupazione strutture residenziali, degenza media strutture residenziali, tasso di occupazione strutture semiresidenziali, degenza media SPDC, numero utenti CSM.**

s1	Costo totale
s2	Costo SPDC
s3	Costo totale per assistito
s4	Costo per assistito SPDC
s5	Posti letto strutture residenziali gestite direttamente e convenzionate presenti sul territorio
s6	Posti in strutture semiresidenziali
s7	Posti letto in SPDC
s8	Numero di Centri di Salute Mentale (CSM) 12h
s9	Numero di Centri di Salute Mentale (CSM) 24h

s10	Numero di infermieri
s11	Numero di psicologi
s12	Numero di psichiatri
s13	Numero di educatori
s14	Numero di assistenti sociali
s15	Numero di altro personale
s19	Tasso di occupazione strutture residenziali gestite direttamente e Tasso di occupazione posti letto convenzionati presenti sul territorio
s22	Degenza media SPDC
s25	Numero accessi totali CSM

T. Dipendenze

- Definizione confini: **dipendenze. I confini dell'ambito Dipendenze includono quelle prestazioni erogate in regime ambulatoriale.**
- Costo totale residenti: **costo totale.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti.**
- Dotazione di personale: **numero personale Azienda; numero personale cooperative o imprese.**
- Quando vengono richiesti gli indicatori di personale, non va inserito il personale dei servizi territoriali gestito dall'ospedale.
- Indicatori attività: **numero utenti in carico medio; numero prestazioni ambulatoriali.**

t1	Costo totale
t2	Costo/numero assistiti
t4	Numero personale Azienda
t5	Numero personale cooperative o imprese
t6	Numero utenti in carico medio
t7	Numero prestazioni ambulatoriali

U. Ricoveri ospedalieri

- Definizione confini: **attività di degenza ordinaria e day-hospital sia erogata da AO e privati accreditati che da presidi dell'Azienda consumata da residenti Azienda.**
- Costo totale residenti: **costo totale delle prestazioni.**
- Costo per assistito: **costo/numero assistiti, costo per assistito >65 anni, >75 anni e >90 anni; numero assistiti >65 anni, >75 anni e >90 anni.**
- Indicatori dotazione strutturale: **numero posti letto ordinari; numero posti letto DH; % posti letto privato accreditato; % posti letto presidi Azienda.**
- Indicatori attività: **Punti DRG totali consumati; numero ricoveri prevenibili per: Asma - cod. 493.xx; Diabete - cod. 250.xx; Scompenso cardiaco - cod. 428.x; dimissioni ad alto rischio di inappropriately (51 DRG LEA), degenza media per DRG medici.**

u1	Costo totale delle prestazioni
u2	Costo/numero assistiti
u3	Costo per assistito >65 anni
u4	Costo per assistito >75 anni
u5	Costo per assistito >90 anni
u6	Numero assistiti >65 anni
u7	Numero assistiti >70 anni
u8	Numero assistiti >90 anni
u9	Numero posti letto ordinari
u10	Numero posti letto DH
u11	% posti letto privato accreditato
u12	% posti letto presidi Azienda
u13	Punti DRG totali consumati da residenti
u18	Numero ricoveri prevenibili per Asma (cod 493.xx)
u19	Numero ricoveri prevenibili per Diabete (cod 250.xx)
u20	Numero ricoveri prevenibili per Scompenso cardiaco (cod 428.xx)

V. Altri indicatori

- **Quoziente mortalità infantile (non alla nascita).**
- **Liste di attesa per specialistica e diagnostica.**
- **Ore settimanali di apertura al pubblico di (se più sedi massimo e media): CUP, servizio infermieristico domiciliare, ambulatorio vaccinazioni, % prenotazioni territoriali passate da CUP (prenotato/erogato).**
- **Numero unità di valutazione multidimensionali (UVM), numero casi UVM, ore lavoro per caso UVM, % di diabetici non insulino-dipendenti in ospedale, % di diabetici non insulino-dipendenti trattati da MMG o strutture territoriali.**
- **Numero personale front-office, numero personale staff centrale del distretto.**

v1	Quoziente mortalità infantile (non alla nascita)
v2	Liste di attesa: % di inclusi entro 30 giorni dalla richiesta del paziente - TAC del capo (cod. 87.03)
v3	Liste di attesa: % di inclusi entro 30 giorni dalla richiesta del paziente - Ecografia addominale superiore (cod. 88.74)
v4	Liste di attesa: % di inclusi entro 30 giorni dalla richiesta del paziente - Visita oculistica (cod. 95.02)
v5	Liste di attesa: % di inclusi entro 60 giorni dalla richiesta del paziente - TAC del capo (cod. 87.03)
v6	Liste di attesa: % di inclusi entro 60 giorni dalla richiesta del paziente - Ecografia addominale superiore (cod. 88.74)
v7	Liste di attesa: % di inclusi entro 60 giorni dalla richiesta del paziente - Visita oculistica (cod. 95.02)

v8	Ore settimanali massime di apertura al pubblico di CUP
v9	Ore settimanali medie di apertura al pubblico di CUP
v10	Ore settimanali massime di apertura al pubblico di servizio infermieristico domiciliare
v11	Ore settimanali medie di apertura al pubblico di servizio infermieristico domiciliare
v12	Ore settimanali massime di apertura al pubblico di ambulatorio vaccinazioni
v13	Ore settimanali medie di apertura al pubblico di ambulatorio vaccinazioni

v16	% prenotazioni territoriali passate da CUP (prenotato/erogato)
v17	Numero unità di valutazione multidimensionali (UVM)
v18	Numero casi UVM
v19	Ore lavoro per caso UVM
v20	% di diabetici non insulino-dipendenti in ospedale
v21	% di diabetici non insulino-dipendenti trattati da MMG o strutture territoriali
v22	Numero personale front-office
v23	Numero personale staff centrale del distretto

2. I DATI DELLA RICERCA

a cura di Francesco Longo, Domenico Salvatore, Stefano Tasselli¹

2.1 PRESENTAZIONE DI UN CRUSCOTTO STRATEGICO CON LA DOTAZIONE DI RISORSE DELLE AZIENDE DEL CAMPIONE

Una prima ottica di confronto tra le 13 Aziende del campione è focalizzata sulla loro dotazione di risorse:

- risorse economiche e finanziarie, in termini di costi per il consumato dei propri residenti;
- risorse strutturali, in termini di gestione diretta degli ospedali situati sul territorio aziendale;
- risorse in termini di personale e di competenze multi-professionali sul territorio, con un confronto (per 1.000 abitanti) sul numero di diverse categorie di professionisti.

Le tre tabelle in cui si struttura il confronto evidenziano oltre ai dati per ogni indicatore selezionato, delle 13 Aziende del campione, un dato complessivo di sintesi, il valore medio.

Il contenuto più significativo di tale comparazione deriva dall'evidenziazione di una profonda eterogeneità tra le Aziende del campione, in termini di risorse finanziarie, strutturali e professionali disponibili, e di differenti modalità organizzative e gestionali. Come si può notare dalla Tabella 2.1.1, per esempio, 7 Aziende gestiscono direttamente gli ospedali all'interno del loro territorio, 5 di esse non hanno la gestione diretta delle strutture ospedaliere (o gestiscono in modo diretto soltanto presidi di piccole dimensioni, in contesti ambientali in cui coesistono ospedali di grandi dimensioni su cui la ASL non detiene prerogative di governo), e 1 Azienda gestisce ospedali di rilevanti dimensioni, in un contesto metropolitano in cui, però, sono presenti altri ospedali di grandi dimensioni non gestiti dalla ASL.

L'eterogeneità del contesto ambientale e gestionale in cui si trovano ad operare le 13 Aziende è rafforzata dai quattro successivi indicatori presentati in Tabella 2.1.1: il totale della spesa non pesata per il consumato dei propri residenti, il numero dei residenti, la percentuale di anziani (residenti sopra i 65 anni) sul totale della popolazione, e il tasso di ospedalizzazione come da dato validato in Regione. Analizzando nel dettaglio tali indicatori, si può evidenziare una forte differenza tra i livelli di spesa delle 13 ASL, con valori di spesa complessiva per residente che vanno dai 1.324 euro dell'Azienda 13 ai 1.989 euro dell'Azienda 3. Molto differenziate sono anche le dimensioni delle ASL in termini di popolazione complessiva: a fianco di ASL di dimensioni medio-piccole, situate in contesti non urbani (ad esempio la ASL 8, con 164.000 residenti, o la ASL 4, con 184.000 abitanti), vi sono ASL di dimensioni fino a quattro volte superiori, situate in contesti metropolitani, come la ASL 1 (825.000 residenti) o la ASL 3 (801.000 abitanti).

¹Il lavoro, qui presentato ed elaborato in versione finale, è stato prodotto dai partecipanti del Laboratorio di ricerca con la collaborazione di FIASO.

Tabella 2.1.1

Un cruscotto di confronto tra la dotazione di risorse organizzative delle ASL (1/3)

Ambito	Indicatore medio	Valore	Az1	Az2	Az3	Az4	Az5	Az6	Az7	Az8	Az9	Az10	Az11	Az12	Az13
Azienda	Gestione diretta ospedali principali del territorio		(Si)	No	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si
Azienda	Totale spesa non pesata per residente	€ 1.655	€ 1.843	€ 1.824	€ 1.989	€ 1.407	€ 1.458	€ 1.601	€ 1.755	€ 1.492	€ 1.781	€ 1.646	€ 1.789	€ 1.602	€ 1.324
Azienda	Numero di residenti (in migliaia)	389	825	351	801	184	341	555	540	164	276	214	282	240	283
Azienda	Popolazione anziana su totale	22%	24%	26%	24%	19%	22%	17%	21%	22%	24%	21%	27%	27%	17%
Azienda	Tasso di ospedalizzazione come da dato validato in Regione	200	185	212	164	142	154	214	284	180	197	248	237	179	-
Specialistica	Numero ore annuali specialisti ambulatoriali dipendenti dell'Azienda per 1.000 ab. non pesati	8	14	-	-	-	-	-	93	-	-	-	-	-	-
Specialistica	Numero ore annuali sumaisi per 1.000 ab. non pesati	190	346	320	223	172	84	-	283	155	163	39	285	192	210
Specialistica	Prestazioni privato accreditato sul totale prestazioni	19%	11%	1%	7%	6%	30%	-	21%	8%	2%	-	9%	24%	87%
Farmaceutica	Numero di farmacisti nel dipartimento farmaceutico per 1.000 ab.	0,03	0,05	0,03	0,03	0,02	0,01	0,03	0,02	0,03	0,04	-	0,03	0,02	0,02
Farmaceutica	Percentuale farmacisti del dipartimento in attività territoriali	50%	29%	17%	11%	50%	100%	100%	54%	40%	20%	-	38%	100%	44%
Medicina di Famiglia	Numero di MMG per 1.000 ab.	0,81	0,78	0,85	0,86	0,73	0,67	0,82	0,86	0,75	0,81	0,85	0,87	0,93	0,75
Medicina di Famiglia	Numero di infermieri negli studi MMG (non equivalente) per 1.000 ab.	0,06	0,03	-	-	0,08	0,23	-	-	0,01	0,03	0,01	0,28	0,01	0,00

Tabella 2.1.2

Un cruscotto di confronto tra la dotazione di risorse organizzative delle ASL (2/3)

Ambito	Indatore medio	Valore	Az1	Az2	Az3	Az4	Az5	Az6	Az7	Az8	Az9	Az10	Az11	Az12	Az13
Medicina di Famiglia	Numero di collaboratori di studio - segreteria MMG (non equivalente) per 1.000 ab.	0,20	0,17	-	0,25	0,13	0,20	0,11	0,25	0,17	0,09	0,17	0,43	0,25	0,23
Medicina di Famiglia	Numero di PLS per 1.000 ab. 0-14 anni	0,95	1,19	1,05	1,05	0,74	0,89	1,13	1,12	0,73	1,03	1,01	0,84	0,94	0,68
Assistenza Domiciliare	Numero di infermieri dedicati per 1.000 ab.	0,19	0,19	0,18	-	0,14	0,09	0,08	0,18	0,23	0,17	0,16	0,22	0,42	-
Assistenza Domiciliare	Medici distretto dedicati per 1.000 ab.	0,01	0,01	-	-	0,00	-	0,01	0,02	0,01	-	0,01	0,01	0,02	-
Assistenza Domiciliare	Numero di MMG che fanno ADI per 1.000 ab.	0,50	0,58	0,78	-	0,51	0,47	1,02	-	0,65	0,72	0,37	0,15	0,21	-
Assistenza Domiciliare	Numero di MMG che fanno ADP per 1.000 ab.	0,61	0,64	0,54	-	0,64	0,55	1,02	0,51	0,53	0,57	0,73	0,70	0,25	-
Materno Infantile	Numero di PLS per 1.000 ab.	0,02	0,03	0,04	-	0,01	-	0,02	0,00	-	0,02	-	0,03	0,01	0,07
Materno Infantile	Numero di ginecologi per 1.000 ab.	0,02	0,01	0,04	-	0,01	0,01	-	0,01	-	0,03	0,01	0,00	0,03	0,04
Materno Infantile	Numero di neuropsichiatri infantili per 1.000 ab.	0,01	0,03	-	-	0,01	-	-	0,01	-	0,02	0,01	0,01	0,00	0,02
Materno Infantile	Numero di fisiatři per 1.000 ab.	0,00	-	-	-	0,01	0,00	-	-	-	-	0,00	-	0,00	-
Materno Infantile	Numero di psicologi per 1.000 ab.	0,04	0,07	0,01	-	0,07	0,02	0,03	0,05	0,01	0,04	0,08	0,04	0,09	0,01
Materno Infantile	Numero di ostetriche per 1.000 ab.	0,04	0,06	0,06	0,12	-	0,02	0,03	0,00	0,01	0,06	0,05	0,04	0,06	0,02
Materno Infantile	Numero di vigiliatrici d'infanzia per 1.000 ab.	0,00	-	-	-	-	-	0,00	0,00	-	-	-	0,01	-	-
Materno Infantile	Numero di assistenti sanitari per 1.000 ab.	0,03	0,06	-	-	0,05	-	0,01	0,00	-	0,08	-	0,06	-	-
Materno Infantile	Numero di infermieri profession. per 1.000 ab.	0,03	0,02	0,05	0,09	0,03	0,01	0,00	0,03	-	0,01	0,00	0,04	0,08	0,04
Materno Infantile	Numero di terapisti della riabilitaz. per 1.000 ab.	0,02	0,04	-	-	0,03	-	-	0,02	-	0,05	0,03	0,01	0,05	-

Tabella 2.1.3

Un cruscotto di confronto tra la dotazione di risorse organizzative delle ASL (3/3)

Ambito	Indicatore medio	Valore	Az1	Az2	Az3	Az4	Az5	Az6	Az7	Az8	Az9	Az10	Az11	Az12	Az13
Materno Infantile	Numero di logopedisti per 1.000 ab.	0,02	0,05	-	-	0,01	-	-	0,01	-	0,05	0,00	0,03	0,05	0,01
Materno Infantile	Numero di educatori per 1.000 ab.	0,01	0,02	-	-	0,00	0,01	-	0,00	-	0,03	-	0,03	0,00	0,00
Salute mentale	Numero di infermieri per 1.000 ab.	0,36	0,40	0,69	0,29	0,16	0,35	-	0,35	0,30	0,57	0,08	0,27	0,58	0,25
Salute mentale	Numero di psicologi per 1.000 ab.	0,04	0,02	0,06	0,03	0,02	0,13	-	0,10	0,02	0,02	0,01	0,04	0,03	0,01
Salute mentale	Numero di psichiatri per 1.000 ab.	0,10	0,13	0,13	0,14	0,07	0,10	-	0,16	0,07	0,11	0,03	0,09	0,11	0,10
Salute mentale	Numero di educatori per 1.000 ab.	0,04	0,05	-	0,16	0,01	0,09	-	0,01	0,03	0,08	-	0,03	0,04	0,00
Salute mentale	Numero di assistenti sociali per 1.000 ab.	0,03	0,02	0,03	0,06	0,01	0,01	-	0,06	0,01	0,03	0,01	0,03	0,04	0,00
Salute mentale	Numero di altro personale per 1.000 ab.	0,08	0,07	0,09	0,14	0,01	0,28	-	0,04	0,00	0,04	0,00	0,07	0,15	0,01
Dipendenze	Numero personale Azienda per 1.000 ab.	0,15	0,15	0,14	0,21	0,08	0,11	0,17	0,12	0,15	0,14	0,12	0,17	0,24	-
Dipendenze	Numero personale cooperative o imprese per 1.000 ab.	0,05	-	0,16	-	-	-	-	0,01	0,02	0,04	-	0,00	0,06	-
	Numero personale front-office per 1.000 ab.	0,36	0,25	0,14	-	0,18	0,01	-	1,98	0,38	0,15	0,13	-	0,21	0,16
	Numero personale staff centrale del distretto per 1.000 ab.	0,10	-	-	-	0,12	0,01	-	0,28	0,05	-	0,44	-	0,05	0,01

Eterogeneità significative anche con riferimento alla struttura demografica delle popolazioni: alcune ASL hanno una percentuale rilevante di anziani sul totale della popolazione (27% Aziende 11 e 12; 26% Azienda 2), altre hanno una quota di anziani minore anche di dieci punti percentuali (Azienda 6 e Azienda 13, il 17% della popolazione complessiva).

Una variabilità ampia si conferma prendendo a confronto i tassi di ospedalizzazione, con una media di 200 ricoveri per 1.000 abitanti e con valori che oscillano dai 142 ricoveri dell'Azienda 4 ai 284 dell'Azienda 7.

I successivi indicatori della Tabella 2.1.1 e quelli delle Tabelle 2.1.2 e 2.1.3 si focalizzano sul confronto tra le Aziende relativo alla dotazione di figure professionali per singolo ambito assistenziale, evidenziando, come già mostrato per i precedenti indicatori di sintesi, ampi livelli di variabilità, che possono essere spiegati dall'interazione di tre principali ragioni:

- da un lato la diversità dei contesti e dei bisogni che le ASL si trovano ad affrontare nei loro contesti ambientali di riferimento;
- dall'altro la diversità delle scelte organizzative e gestionali di ogni ASL, volte a privilegiare mix di ambiti assistenziali differenti, con dotazioni di risorse professionali parallelamente differenti tra ambito e ambito;
- dall'altro ancora, la differenza nella dotazione complessiva di risorse disponibili, che influenza la dotazione di risorse professionali a disposizione.

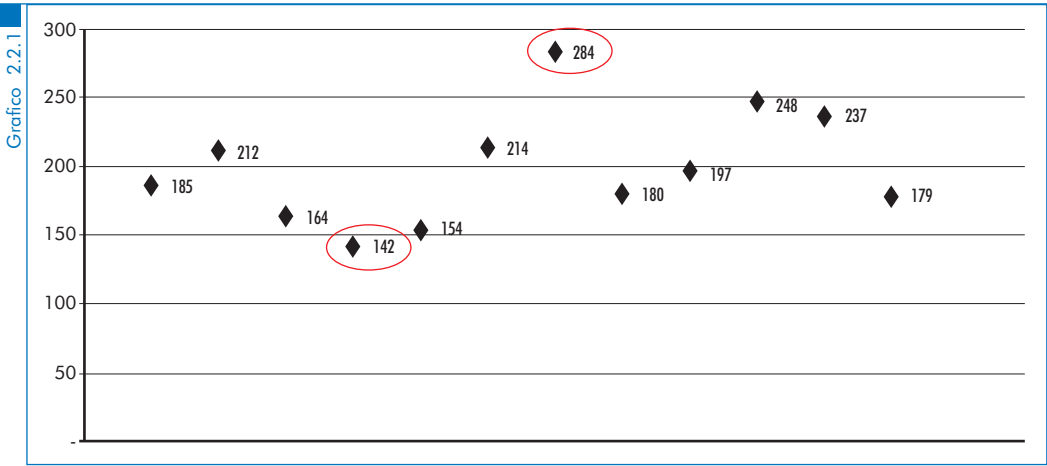
Prendendo a confronto alcuni indicatori particolarmente interessanti, si possono evidenziare:

- con riferimento alla Specialistica, il numero di ore annuali dei sumaiisti per 1.000 abitanti, con numeri che vanno da 39 dell'Azienda 10 a 346 dell'Azienda 1 (Tabella 2.1.1);
- con riferimento alla Medicina di Famiglia, il numero di Medici di Medicina Generale per 1.000 abitanti, con valori tra le diverse ASL che vanno da 0,67 medici ogni 1.000 residenti della ASL 5 a 0,93 della ASL 12 (Tabella 2.1.1);
- con riferimento all'Assistenza Domiciliare, il numero di infermieri dedicati ogni 1.000 abitanti, con valori compresi tra i 0,09 infermieri della ASL 5 e i 0,42 della ASL 12 (Tabella 2.1.2);
- con riferimento al Materno Infantile, il numero di ostetriche ogni 1.000 abitanti, con valori che vanno da 0,005 (Azienda 7) a 0,12 (Azienda 3, in Tabella 2.1.2);
- con riferimento alla Salute mentale, il numero di assistenti sociali per 1.000 abitanti va da 0,005 per 1.000 abitanti (Azienda 13) a 0,06 per 1.000 abitanti (Azienda 6, in Tabella 2.1.3).

2.2 PRESENTAZIONE DELLE EVIDENZE PRINCIPALI DALL'ANALISI DEI DATI

Dopo aver presentato nella parte precedente un confronto sul posizionamento delle 13 Aziende relativamente alla dotazione di risorse finanziarie, strutturali e professionali, si analizzano ora le più significative evidenze emerse dall’elaborazione dei dati raccolti all’interno del campione. Laddove sono tutti disponibili, si riportano i dati delle 13 Aziende del campione. Con riferimento ad alcuni indicatori, e in particolare alla scomposizione dei dati di costo per ambiti assistenziali, si riportano i dati di 12 Aziende. Il grafico 2.2.1 mostra il posizionamento delle 13 Aziende relativamente al tasso di

Confronto Aziende su tasso di ospedalizzazione



Spesa regionale per residente e spesa aziendale per residente (costi non pesati)

Tabella 2.2.2

Regione	Popolazione	Spesa regionale pro-capite	Delta da media Regioni campione	Aziende del campione	Spesa Azienda pro-capite	Delta da spesa regionale
Abruzzo	1.262.392	€ 1.753	€ - 26	Lanciano Vasto	€ 1.646	€ - 107
Campania	5.701.931	€ 1.599	€ - 179	Avellino	€ 1.324	€ - 275
Emilia-Romagna	3.983.346	€ 1.990	€ 211	Bologna	€ 1.843	€ - 147
				Ferrara	€ 1.824	€ - 166
				Piacenza	€ 1.781	€ - 209
Friuli-Venezia Giulia	1.183.764	€ 1.777	€ - 1	Trieste	€ 1.602	€ - 175
Lazio	5.112.413	€ 2.015	€ 236	Roma E	€ 1.755	€ - 260
Liguria	1.571.783	€ 1.883	€ 104	Savona	€ 1.789	€ - 94
Lombardia	9.032.554	€ 1.700	€ - 79	Cremona	€ 1.458	€ - 242
Piemonte	4.214.677	€ 1.768	€ - 11	Alba Bra	€ 1.492	€ - 276
Sardegna	1.631.880	€ 1.601	€ - 178	Cagliari	€ 1.601	€ 0
Toscana	3.497.806	€ 1.745	€ - 34	Firenze	€ 1.989	€ 244
Veneto	4.527.694	€ 1.736	€ - 43	Thiene	€ 1.407	€ - 329

ospedalizzazione, come da dato validato in Regione.

Come già precedentemente sottolineato, tale grafico rappresenta una fotografia della rilevante eterogeneità nel posizionamento delle ASL del campione: si passa dai 142 ricoveri ogni 1.000 abitanti (ASL 4) ai 284 ricoveri (ASL 7), con una media del campione di 200 ricoveri ogni 1.000 abitanti, una mediana di 191 e una deviazione standard di 42.

La tabella 2.2.2 propone un confronto dettagliato sui costi complessivi per residente, non pesati per la struttura demografica della popolazione, offrendo una duplice prospettiva di confronto:

- a. vengono analizzate le spese regionali pro-capite¹ delle 11 Regioni cui appartengono le 13 ASL del campione, mostrando le differenze nel livello di risorse disponibili per ogni Regione;
- b. vengono prese in analisi le spese non pesate complessive per residente delle 13 ASL del campione, mostrando il delta positivo o negativo rispetto alla media regionale di riferimento.

Per la prima ottica di analisi (a), in Tabella 2.2.2 vanno visualizzate le prime quattro colonne (colore bianco). In particolare, la colonna “Spesa regionale pro-capite” riporta, per ognuna delle 11 Regioni del campione, la spesa per residente; la colonna “Delta da media Regioni campione” si propone di mostrare il livello di variabilità dei livelli di spesa delle differenti Regioni, riportando, per ogni Regione, la differenza rispetto alla media della spesa delle 11 Regioni del campione, con livelli di variabilità che vanno da una differenza positiva rispetto alla media di 236 euro (Lazio) ad una differenza negativa di 179 euro (Campania). Passando alla seconda prospettiva di analisi (b), vanno visualizzate le ultime 3 colonne della tabella (colore giallo). La colonna “Spesa Azienda pro-capite”, per ciascuna delle 13 Aziende del campione, identifica il livello di spesa complessiva non pesata pro-capite. La colonna “Delta da spesa regionale”, per ognuna delle 13 Aziende identifica il livello di scostamento rispetto alla spesa regionale media pro-capite (riportata nella colonna “Spesa regionale pro-capite”).

Anche in tal caso, le differenze sono significative: a fronte di uno scostamento positivo rispetto alla media della ASL di Firenze, e di un perfetto allineamento rispetto alla media regionale della ASL di Cagliari, per le rimanenti 11 Aziende i valori di spesa sono inferiori rispetto alla spesa regionale pro-capite. Tale evidenza può essere, per alcune Aziende, senza dubbio realmente motivata da un minor livello di spesa rispetto alla media regionale, mentre per altri casi (con riferimento soprattutto alle ASL metropolitane), il valore significativamente inferiore alla media regionale può essere condizionato da due ulteriori ordini di motivazioni: (i) il fatto che nella spesa regionale sono inclusi costi per funzioni amministrative centrali e regionali, e costi per servizi gestiti direttamente a livello regionale, e perciò non inclusi nei valori della singola Azienda; (ii) il fatto che la Regione, soprattutto con riferimento alle ASL metropolitane, copre la differenza tra valore delle tariffe e costo di produzione.

¹Fonte: Rielaborazione su dati Ragioneria Generale dello Stato, anno 2006.

Costi medi non pesati per residente suddivisi per ambito assistenziale

Tabella 2.2.3

Codice	Ambito	Mediana costo per residente	Media costo per residente	% media su costi totali	% cumulata
u1	Ricoveri ospedalieri	€ 658	€ 653	39%	39%
c1	Farmaceutica	€ 248	€ 255	15%	54%
b1	Specialistica	€ 231	€ 209	12%	66%
efg101	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	€ 93	€ 96	6%	72%
m1	Strutture Residenziali e semiresid. Anziani	€ 69	€ 72	4%	76%
s1	Salute mentale	€ 59	€ 56	4%	80%
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	€ 63	€ 59	3%	83%
q1	Pronto Soccorso	€ 48	€ 47	3%	86%
p1	Riabilitazione e Lungodegenza	€ 19	€ 25	1%	87%
n1	Disabili	€ 24	€ 32	2%	89%
d1	Protesica e Integrativa	€ 26	€ 25	2%	91%
h26	Assistenza Domiciliare	€ 21	€ 22	1%	92%
l1	Materno Infantile	€ 18	€ 17	1%	93%
f1	Dipendenze	€ 14	€ 15	1%	94%
o1	Hospice	€ 2	€ 3	0%	94%
a106	Funzioni amministrative centrali e altri costi non attribuiti		€ 96	6%	100%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	€ 1.700	€ 1.682	100%	

Con la Tabella 2.2.3, si passa al cuore dell'analisi effettuata sul campione di riferimento: la scomposizione del totale dei costi per residente (non pesati per la struttura demografica della popolazione) calcolati "dal basso", ovvero come somma dei costi per singoli ambiti assistenziali.

Nella tabella vengono presentati i valori delle medie e delle mediane delle Aziende del campione: la colonna "Ambito" identifica i 15 ambiti assistenziali in cui è stato suddiviso il valore complessivo della spesa, cui si aggiunge un ulteriore valore comprensivo dei costi per funzioni amministrative centrali ed eventuali altri costi non attribuiti. Come si può osservare dall'analisi dei dati, su un totale medio di spesa per le Aziende del campione di 1.682 euro per residente, il 66% dei costi è rappresentato da soli tre ambiti assistenziali: i Ricoveri ospedalieri, che costituiscono in media il 39% dei costi complessivi, la Farmaceutica, che rappresenta in media il 15% dei costi complessivi, e la Specialistica, con il 12%. Il livello cumulato di spesa raggiunge l'80% della spesa complessiva prendendo in analisi anche i tre successivi ambiti più significativi per livello di costo: Medicina di Famiglia, Strutture Residenziali per Anziani e Salute mentale.

La composizione di tali dati consente di esprimere diversi ordini di riflessioni: ad esempio, analizzando il livello di spesa dell'Assistenza Domiciliare, si può evidenziare come, all'interno del bilancio medio di una ASL, raddoppiando il livello di risorse dell'ADI si avrebbe un impatto solamente dell'1% sulla spesa complessiva.

Costi medi non pesati per residente suddivisi per ambito assistenziale ripartendo i costi per funzioni amministrative centrali sui singoli ambiti

Tabella 2.2.4

Codice	Ambito	Mediana costo per residente	Media costo per residente	% media su costi totali	% cumulata
u1	Ricoveri ospedalieri	€ 724	€ 697	41%	41%
c1	Farmaceutica	€ 285	€ 273	17%	58%
b1	Specialistica	€ 231	€ 220	13%	71%
efg101	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	€ 98	€ 103	6%	77%
m1	Strutture Residenziali e semiresid. Anziani	€ 72	€ 77	4%	81%
s1	Salute mentale	€ 62	€ 59	4%	85%
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	€ 62	€ 56	3%	88%
q1	Pronto Soccorso	€ 50	€ 49	3%	91%
p1	Riabilitazione e Lungodegenza	€ 19	€ 28	2%	93%
n1	Disabili	€ 25	€ 35	2%	95%
d1	Protesica e Integrativa	€ 28	€ 27	2%	97%
h26	Assistenza Domiciliare	€ 21	€ 22	1%	98%
l1	Materno Infantile	€ 18	€ 18	1%	99%
t1	Dipendenze	€ 15	€ 16	1%	100%
o1	Hospice	€ 2	€ 3	0%	100%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	€ 1.700	€ 1.682	100%	

Un'ultima riflessione è relativa al valore dei costi per funzioni amministrative centrali ed eventuali altri costi non attribuiti, che si attestano su un valore medio del 6%.

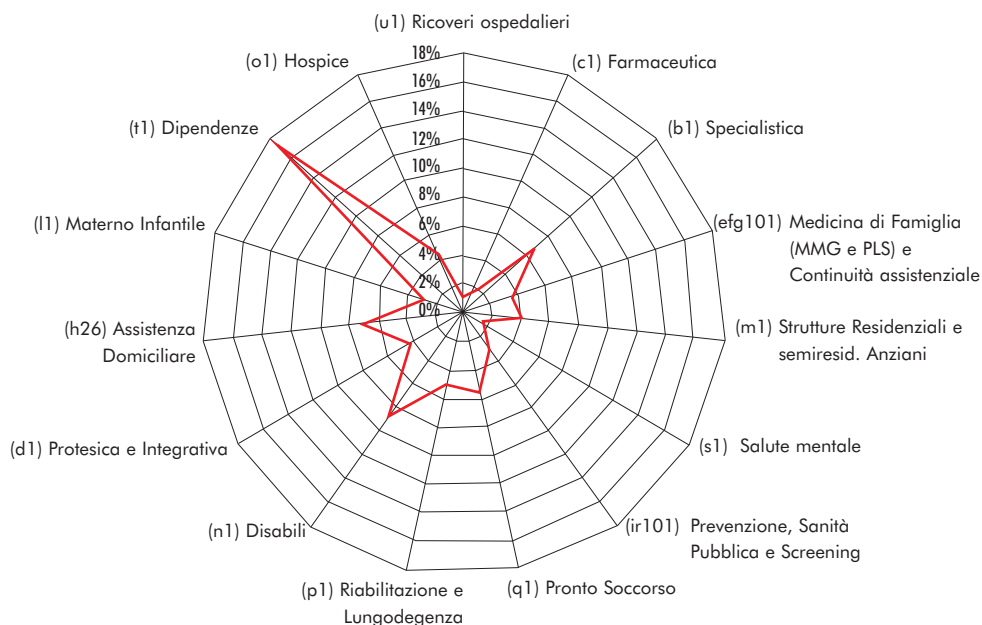
La tabella successiva (2.2.4) dettaglia l'analisi già evidenziata nella tabella precedente, ripartendo però il valore di tali costi per funzioni amministrative centrali ed eventuali altri costi non attribuiti sui precedenti ambiti assistenziali. Si può evidenziare come i primi tre ambiti assistenziali per rilevanza assumano ora un peso percentuale sul totale della spesa ancora più significativo (71%), percentuale cumulata che raggiunge il valore dell'85% prendendo in considerazione anche i successivi tre ambiti assistenziali.

Dopo aver mostrato una fotografia dei costi della media del campione e averne scomposto il totale in ambiti assistenziali, viene di seguito illustrata (Grafico 2.2.5 e successiva Tabella 2.2.6) la variazione dei costi medi per singolo ambito assistenziale nel periodo preso in analisi (2003-2006): la variazione annua è calcolata, per ciascun ambito assistenziale, come la variazione percentuale tra il valore di costo del 2006 e il valore di costo rivalutato per il precedente anno di analisi che le Aziende hanno fornito (tendenzialmente il 2003, per alcune Aziende il 2004, per una il 2005), diviso per il numero degli anni del periodo preso in analisi.

Il grafico e la correlata tabella mostrano come, a fronte di un aumento medio complessivo della spesa non pesata pro-capite all'interno del campione del 3%, vi siano differenze nell'evoluzione della spesa tra i diversi ambiti assistenziali. Tra gli ambiti più significativi in termini di costo, i Ricoveri ospedalieri presentano un aumento lieve (1%), così

Variazione annua media dei costi non pesati per residente

Grafico 2.2.5



come la Farmaceutica (2%), mentre invece la Specialistica presenta un forte incremento con una percentuale del 6%.

Con riferimento agli altri ambiti, sono da sottolineare il dato relativo alle Dipendenze, con un aumento dei costi del 18%, e quello relativo ai Disabili, con un aumento dei costi del 9%. Le Aziende vengono ora confrontate nella composizione dei loro costi non pesati per residente suddivisi per ambito assistenziale. Le colonne del grafico 2.2.7, per ogni Azienda, rappresentano il valore totale dei costi per residente (che, come già evidenziato nella Tabella 2.1.1, variano tra i 1.324 euro e i 1.989 euro), scomposto al suo interno per le quote di costo attribuite ai diversi ambiti assistenziali. Il valore dei costi per funzioni amministrative centrali ed eventuali altri costi non attribuiti è stato ripartito su tutti gli altri ambiti assistenziali in proporzione al loro peso in termini di costi sul totale del consumato dei residenti.

La spesa per i Ricoveri ospedalieri, comprensivi del Pronto Soccorso, è di gran lunga la più rilevante in tutte le Aziende, con percentuali che variano dal 39% dell'Azienda 5 al 51% dell'Azienda 11. La Farmaceutica, comprensiva di Protesica e Integrativa, è la seconda voce di costo in tutte le realtà aziendali, con percentuali sul totale della spesa comprese tra il 14% dell'Azienda 4 e il 22% dell'Azienda 10.

La terza voce di costo è rappresentata dalla Specialistica ambulatoriale, con percentuali sul totale della spesa caratterizzate da ampia variabilità all'interno delle diverse realtà aziendali: l'Azienda 11 presenta un valore di costo della Specialistica pari al 9% del totale dei costi, mentre l'Azienda 1 e l'Azienda 9 mostrano i valori percentuali più elevati, pari al 17% del totale dei costi.

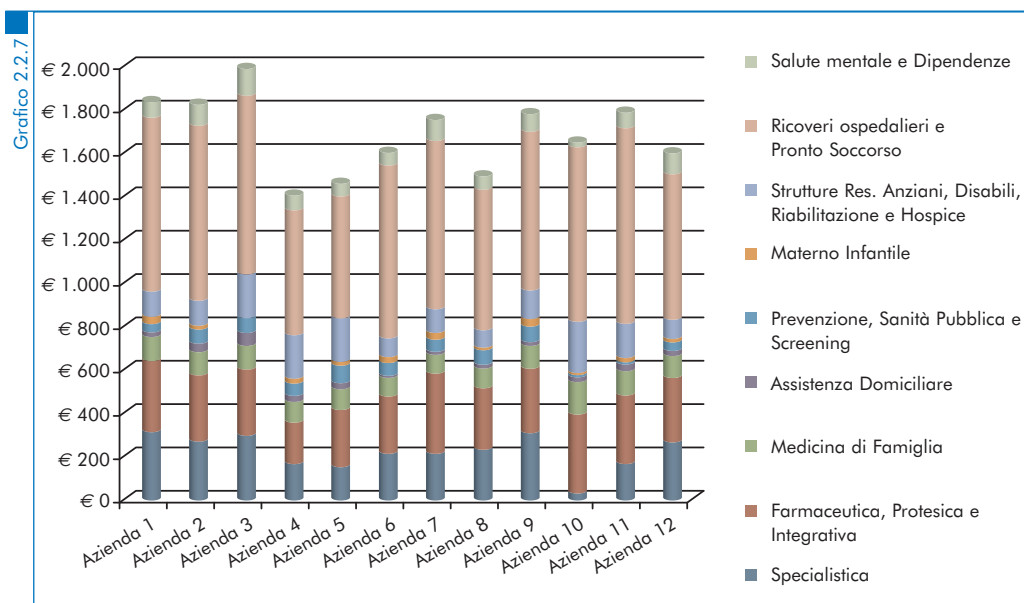
Variazione annua media dei costi non pesati per residente

Tabella 2.2.6

Codice	Ambito	Media variazione annua
u1	Ricoveri ospedalieri	1%
c1	Farmaceutica	2%
b1	Specialistica	6%
efg101	Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	3%
m1	Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	4%
s1	Salute mentale	2%
ir101	Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	3%
q1	Pronto Soccorso	5%
p1	Riabilitazione e Lungodegenza	5%
n1	Disabili	9%
d1	Protesica e Integrativa	4%
h26	Assistenza Domiciliare	7%
l1	Materno Infantile	3%
t1	Dipendenze	18%
o1	Hospice	4%
a107	Totale costi per i residenti calcolati "dal basso"	3%

Tutti gli altri ambiti assistenziali mostrano livelli di costo, come quota dei costi totali, molto inferiori ai primi tre ambiti appena descritti, con livelli di variabilità tra le diverse Aziende molto significativi: per esempio per la Medicina di Famiglia variano tra il 5% dell'Azienda 3 e il 9% dell'Azienda 10.

Costi non pesati per residente suddivisi per ambito assistenziale



Ancora più vari i livelli di costo delle Strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani, con livelli di costo che vanno dal 2% dell'Azienda 7 al 10% dell'Azienda 4.

Ragionando invece in termini di aggregazioni di costi per macro-ambiti, è interessante un confronto tra le varie Aziende tra il livello complessivo dei costi per i Ricoveri ospedalieri (comprensivi del Pronto Soccorso) e i costi per il territorio, senza includere il valore della Specialistica, ad un primo livello di confronto, in nessuno dei due macro-ambiti.

L'Azienda con il livello più elevato di spesa per il territorio è l'Azienda 5, con il 51% dei costi; quella con il livello meno elevato è l'Azienda 6, con il 37%.

La variabilità tra Aziende diventa ancora più rilevante qualora si includa all'interno della spesa territoriale anche la spesa per la Specialistica ambulatoriale: l'Azienda con la quota di costo più elevata è l'Azienda 5, con il 61%, mentre quella con la quota meno elevata è l'Azienda 11, con il 49% dei costi.

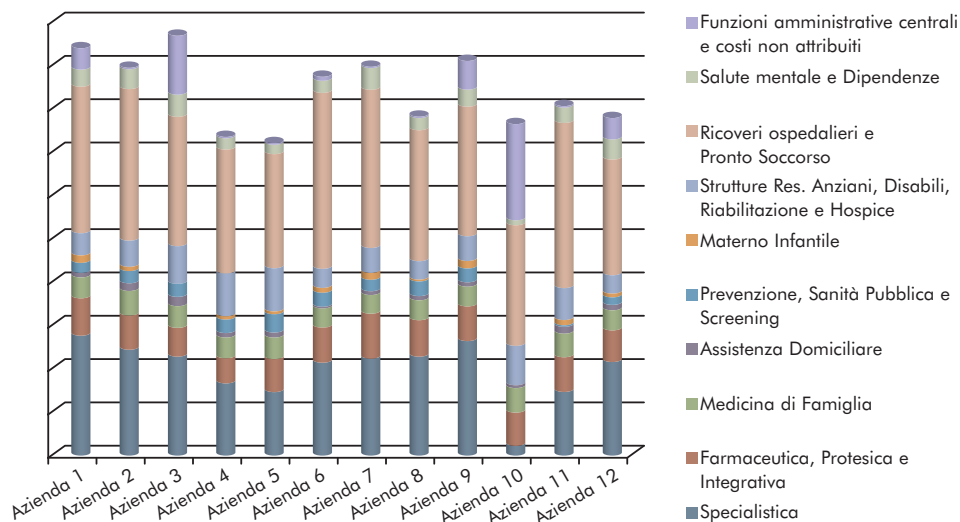
Il grafico 2.2.8 propone un confronto analogo a quello mostrato nel grafico precedente, con la differenza che si tratta di costi pesati per la struttura demografica dei residenti. Nello specifico, sulla base delle tabelle di pesatura indicate dal Ministero, gli ambiti di costo soggetti a pesatura sono i Ricoveri ospedalieri, la Specialistica e la Farmaceutica.

Il valore per i Ricoveri ospedalieri si mantiene sostanzialmente analogo, di gran lunga il più rilevante percentualmente in termini di costo sul complesso della struttura dei costi.

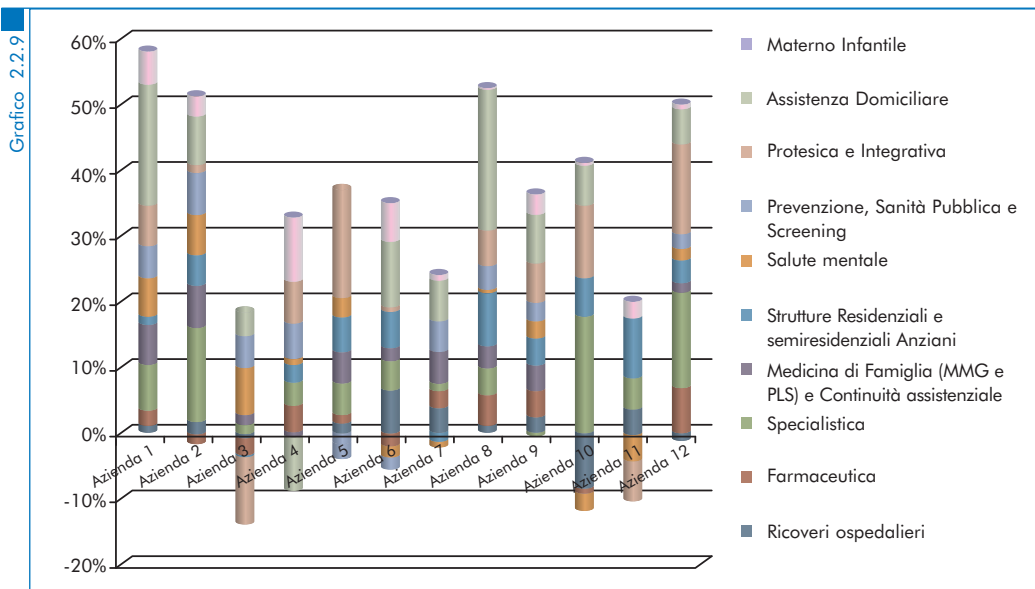
Si ridimensiona in parte il valore della Farmaceutica, mentre diventa significativamente più rilevante il valore della Specialistica, che diventa il secondo valore in termini di costo in tutte le Aziende.

Costi pesati per residente suddivisi per ambito assistenziale

Grafico 2.2.8



Variazioni % medie annue per ambiti assistenziali di spesa non pesati



Si analizzano ora le variazioni annue percentuali di spesa dei singoli ambiti assistenziali delle dodici Aziende (grafico 2.2.9). La maggior parte di queste presenta aumenti di spesa di dimensioni variabili, per tutti gli ambiti assistenziali, senza contemperare ambiti in cui il valore delle risorse monetarie mostri un decremento medio annuo all'interno del periodo considerato (2003-2006).

Alcune Aziende, invece, si differenziano da quelle appena descritte, evidenziando ambiti in cui la spesa diminuisce nel periodo considerato: l'Azienda 3 presenta una riduzione di spesa della Farmaceutica e un significativo decremento nel livello di spesa della Protesica e Integrativa. L'Azienda 4 presenta una considerevole riduzione della spesa per l'Assistenza Domiciliare.

L'Azienda 10 mostra una riduzione significativa della spesa per Ricoveri ospedalieri e Salute mentale.

L'Azienda 11, invece, si caratterizza per una congiunta riduzione della spesa per Protesica e Integrativa e per la Salute mentale.

Le tabelle 2.2.10 e 2.2.11 mostrano alcuni indicatori significativi relativi rispettivamente all'Assistenza ospedaliera e all'Assistenza territoriale.

Con riferimento agli indicatori di attività principali per l'Assistenza ospedaliera, è significativa la variabilità tra le Aziende per il numero dei codici bianchi per il Pronto Soccorso: si passa dai 12 codici bianchi ogni 1.000 residenti dell'Azienda 13 ai 221 dell'Azienda 12.

Con riferimento alla percentuale di posti letto gestiti dal privato accreditato, i valori passano dal 2% dell'Azienda 11 al 58% dell'Azienda 3.

Infine vi sono livelli di variabilità molto elevati, anche con riferimento alle dimissioni ad alto

Alcuni indicatori sull'assistenza ospedaliera

Tabella 2.2.10

Alcuni indicatori sulla assistenza ospedaliera	Az1	Az2	Az3	Az4	Az5	Az6	Az7	Az8	Az9	Az10	Az11	Az12	Az13
Codici bianchi per 1.000 residenti	133	29	2	137	58	-	60	163	37	38	103	221	12
% posti letto privato accreditato	23%	10%	58%	-	18%	-	24%	31%	10%	-	2%	19%	-
Tasso ospedalizzazione	185	212	164	142	154	214	284	180	197	248	237	179	-
Dimissioni ad alto rischio di inappropriatazza (51 DRG LEA) per 1.000 ab. non pesati	11	23	14	15	21	42	23	5	46	12	-	26	23

Alcuni indicatori sull'assistenza territoriale

Tabella 2.2.11

Alcuni indicatori sulla assistenza territoriale	Az1	Az2	Az3	Az4	Az5	Az6	Az7	Az8	Az9	Az10	Az11	Az12	Az13
Quoziente mortalità infantile (non alla nascita)	-	-	-	0,26%	0,27%	-	-	0,30%	0,18%	-	0,55%	0%	-
% prenotazioni territoriali passate da CUP (prenotato/erogato)	73%	35%	55%	-	-	20%	-	83%	0%	100%	12%	42%	55%
Liste di attesa: percentuale di inclusi entro 30 giorni TAC del capo	68%	33%	90%	-	100%	80%	-	100%	100%	-	-	34%	85%
Liste di attesa: percentuale di inclusi entro 60 giorni visita oculistica	53%	29%	62%	-	100%	15%	-	90%	87%	-	-	66%	90%

rischio di inappropriatazza, dove si passa dalle 5 ogni 1.000 abitanti dell'Azienda 8 alle 46 dell'Azienda 9.

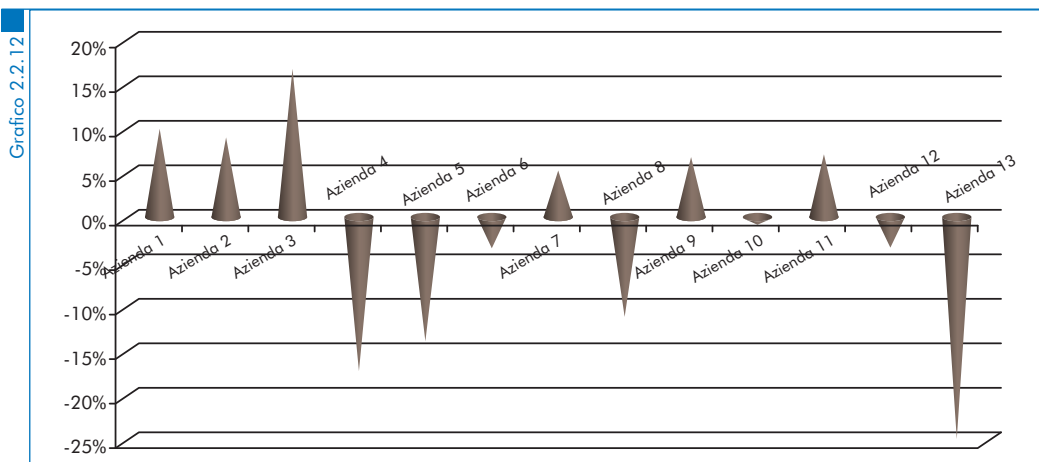
Volgendo l'analisi agli indicatori dell'assistenza territoriale, è da sottolineare innanzi tutto il grande divario tra Aziende dotate di CUP, in grado di prenotare prestazioni territoriali, e Aziende che non utilizzano tale strumento.

Un altro indicatore interessante riguarda le liste d'attesa, e nello specifico la percentuale di inclusi entro 30 e 60 giorni per due esempi di tipologie di prestazioni: la TAC del capo e la visita oculistica. Se per la TAC del capo entro 30 giorni si passa dal 33% di inclusi dell'Azienda 2 al 100% delle Aziende 5, 8 e 9, per la visita oculistica entro 60 giorni si mantengono variabilità simili se non più elevate, con percentuali di inclusi in tale tempo di attesa che passano dal 15% dell'Azienda 6 al 100% dell'Azienda 5.

Il grafico 2.2.12 approfondisce il tema della variabilità tra le Aziende, presentando una visione di sintesi focalizzata sulla presentazione degli scostamenti percentuali dei costi per residente di ognuna delle 13 Aziende rispetto al valore medio del campione.

Le Aziende, in merito a tale indicatore di confronto, possono essere accorpate in tre

Variazioni dei costi per residente rispetto alla media



gruppi:

- Aziende con costi significativamente superiori alla media, con variazioni percentuali che si attestano sul 5% (Aziende 7, 9, 11), sull'8-10% (Aziende 1 e 2) con un picco del 15% (Azienda 3);
- Aziende con valori allineati alla media (Aziende 6, 10, 12);
- Aziende con valori di costo inferiori alla media (Aziende 4, 5, 8, 13), con percentuali di scostamento variabili dal 10% (Azienda 8) a quasi il 25% (Azienda 13).

2.3 RIFLESSIONI STRATEGICHE RELATIVE A POSSIBILI RELAZIONI TRA LE VARIABILI E IPOTESI DI SCENARI FUTURI

Dopo aver presentato i dati principali relativi alle evidenze in termini di livelli di costo e di attività delle Aziende del campione, si tenta ora di mettere in relazione tra loro alcune delle principali variabili, con l'obiettivo non già di stabilire correlazioni statisticamente significative tra le suddette variabili (obiettivo di per sé impossibile considerato il numero limitato di rilevazioni), bensì di indurre e stimolare il ragionamento su alcune riflessioni strategiche potenzialmente connesse alla comprensione delle dinamiche della sanità territoriale di oggi e di domani.

Nello specifico, la mole di dati raccolta e analizzata consente di focalizzarsi su otto riflessioni strategiche chiave:

1. L'irriducibile diversità delle Aziende, come variabile imprescindibile della comprensione della definizione, da parte delle Aziende, dei servizi per ogni ambito assistenziale del territorio.
2. La relazione tra ospedale e territorio: la teoria dei "vasi comunicanti".
3. Riflessioni sulla Specialistica: mix di erogatori e relazione con indicatori di appropriatezza.

4. Tipologia di gestione dell'ospedale e relazione con costi complessivi.
5. Il territorio: composizione della spesa.
6. L'associazionismo dei MMG: relazioni con indicatori di attività e di appropriatezza.
7. Il ruolo delle strutture intermedie: relazioni con indicatori di appropriatezza.
8. Possibili scenari futuri delle cure territoriali.

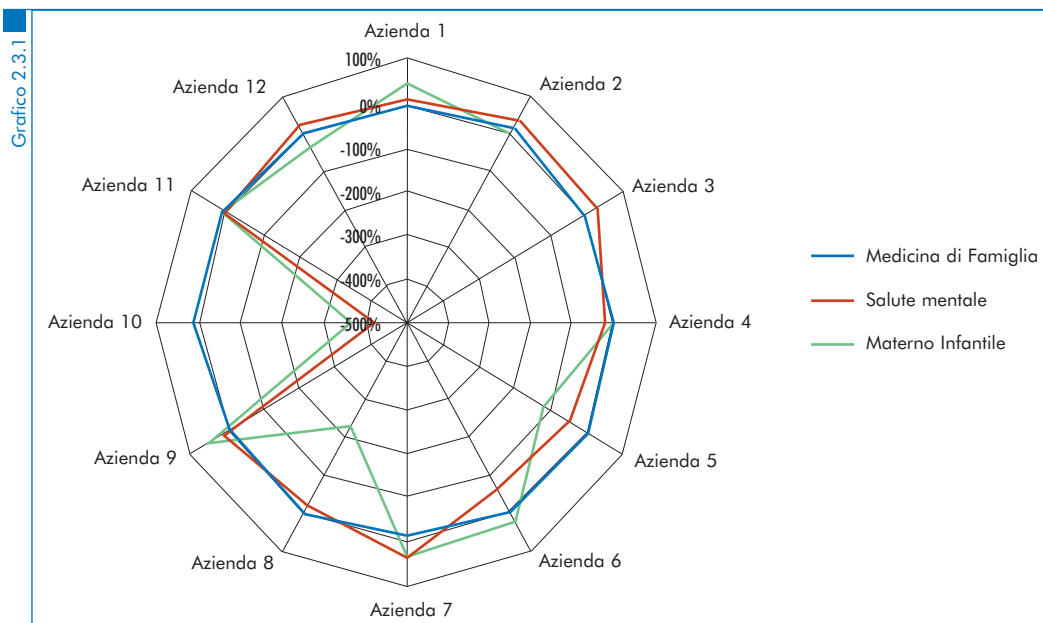
2.3.1 L'irriducibile diversità delle Aziende

Il grafico 2.3.1 e la tabella 2.3.2 mostrano, a partire dai dati raccolti, alcune evidenze significative in relazione alla diversità implicita nella cultura e nell'organizzazione delle 13 Aziende, sulla base della seguente riflessione: per quanto le Aziende utilizzino gli stessi nomi per identificare gli ambiti assistenziali, agli stessi nomi corrispondono attività e servizi spesso ampiamente differenti, dimostrando perciò che i perimetri di attività e di servizi dei diversi ambiti tra le Aziende sono fortemente disomogenei.

Il grafico 2.3.1 mostra la variabilità rispetto alla media dei costi per residente delle Aziende per 3 ambiti assistenziali: Medicina di Famiglia, Salute mentale e Materno Infantile.

Il grafico conduce alla seguente considerazione: se per la Medicina di Famiglia, dove la quantità e la tipologia di servizi offerti sono le medesime per tutte le realtà aziendali, la variabilità tra i costi delle Aziende è ridotta, essa invece diventa molto più ampia per gli ambiti della Salute mentale e del Materno Infantile. Le Aziende perciò, danno agli ambiti gli stessi nomi, ma a tali nomi non corrispondono le stesse tipologie o quantità di servizi offerti.

Variabilità rispetto alla media dei costi per residente delle Aziende per 3 ambiti assistenziali



Variabilità di alcuni indicatori di attività relativi a 3 differenti ambiti assistenziali

Tabella 2.3.2

Indicatore	Az1	Az2	Az3	Az4	Az5	Az6	Az7	Az8	Az9	Az10	Az11	Az12	Az13
Numero accessi strutture territoriali Materno Infantile per 1.000 ab.	432	53	30	222	175	111	253	37	78	104	341	250	-
Numero accessi totali Salute mentale per 1.000 ab.	466	275	237	84	101	-	244	43	311	-	192	380	28
Numero prestazioni ambulatoriali Dipendenze per 1.000 ab.	16	462	-	33	657	-	549	33	265	-	542	1.132	-

La tabella 2.3.2 considera alcuni indicatori di attività in cui le eterogeneità tra le Aziende si manifestano con assoluta chiarezza: il numero di accessi alle strutture territoriali del Materno Infantile, il numero di accessi totali ai servizi di Salute mentale e il numero delle prestazioni ambulatoriali per le Dipendenze ogni 1.000 abitanti.

L'osservazione dell'ampia variabilità dei valori delle diverse Aziende per tali indicatori rafforza quanto precedentemente espresso: per quanto le Aziende utilizzino gli stessi nomi per identificare gli ambiti, agli stessi nomi corrispondono attività e servizi ampiamente differenti, dimostrando perciò da un lato che i perimetri di attività e di servizi dei diversi ambiti tra le Aziende sono fortemente eterogenei, dall'altro che agli stessi nomi spesso non corrispondono gli stessi servizi.

2.3.2 La relazione tra ospedale e territorio: la teoria dei "vasi comunicanti"

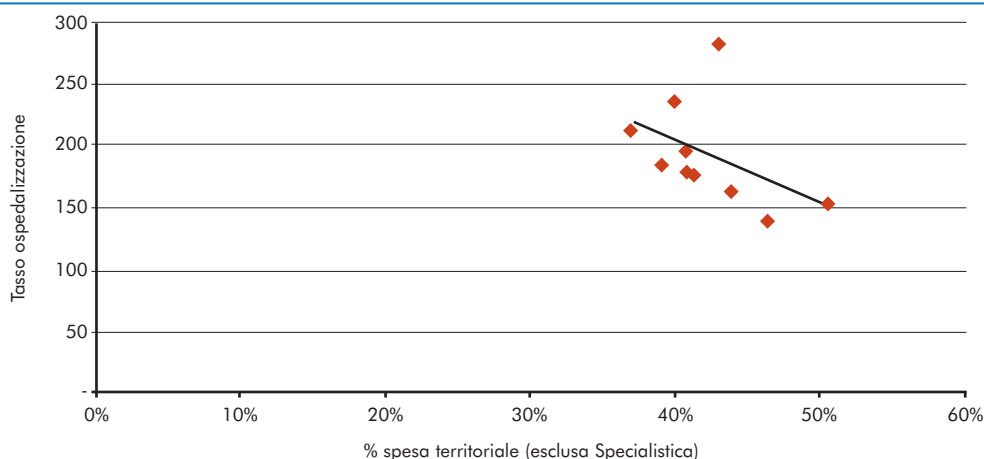
Lo studio delle relazioni tra ospedale e territorio, e lo sforzo interpretativo della cosiddetta teoria dei "vasi comunicanti", sono al centro della maggior parte degli studi di politica e management sanitario. Si sono sviluppate al riguardo diverse correnti di pensiero: alcuni ritengono che, manovrando i livelli di spesa o di attività di uno solo dei due macro-ambiti, anche l'altro automaticamente risenta degli effetti indiretti della decisione presa, come se ospedale e territorio fossero due vasi fra loro perfettamente comunicanti e interrelati. Altri, invece, propendono a pensare che i due ambiti abbiano sì delle strette relazioni, ma non caratterizzate da livelli di automatismo tali da consentire, manovrando una leva, di ingenerare effetti diretti nell'altro macro-ambito.

Con i dati a disposizione, si propongono ora alcune relazioni di variabili, con l'obiettivo di stimolare ulteriori riflessioni su tali interessanti tematiche.

Il grafico 2.3.3 mostra la relazione tra percentuale di spesa territoriale e tasso di ospedalizzazione: all'aumentare della quota di spesa territoriale (la Specialistica non è inclusa in questo grafico), il tasso di ospedalizzazione diminuisce. Pur in presenza di un numero ridotto di osservazioni, tale grafico sembra supportare la presenza di una relazione tra i due macro-ambiti.

Relazione tra % spesa territoriale (esclusa Specialistica) e tasso di ospedalizzazione

Grafico 2.3.3

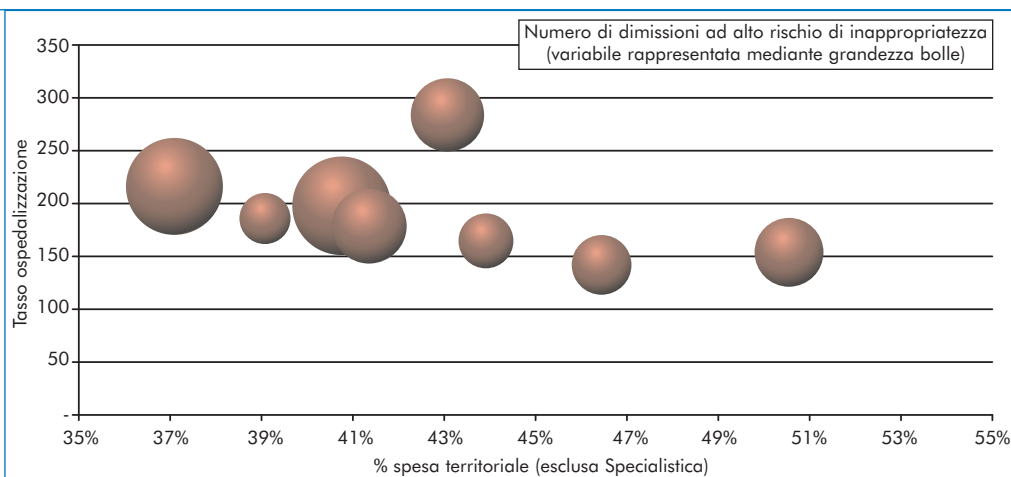


La percentuale di spesa territoriale esclusa Specialistica (asse orizzontale) è confrontata ora con due variabili connesse all'attività ospedaliera, in un grafico a bolle a tre dimensioni di analisi (grafico 2.3.4): il tasso di ospedalizzazione (asse verticale) e il numero di dimissioni ad alto rischio di inappropriatelyzza (grandezza delle bolle). A livelli bassi di spesa territoriale corrisponde un tasso di ospedalizzazione tendenzialmente più elevato e un numero maggiore di dimissioni inappropriate (bolle più grandi a sinistra): il confronto tra le tre variabili sembra supportare la teoria dei "vasi comunicanti".

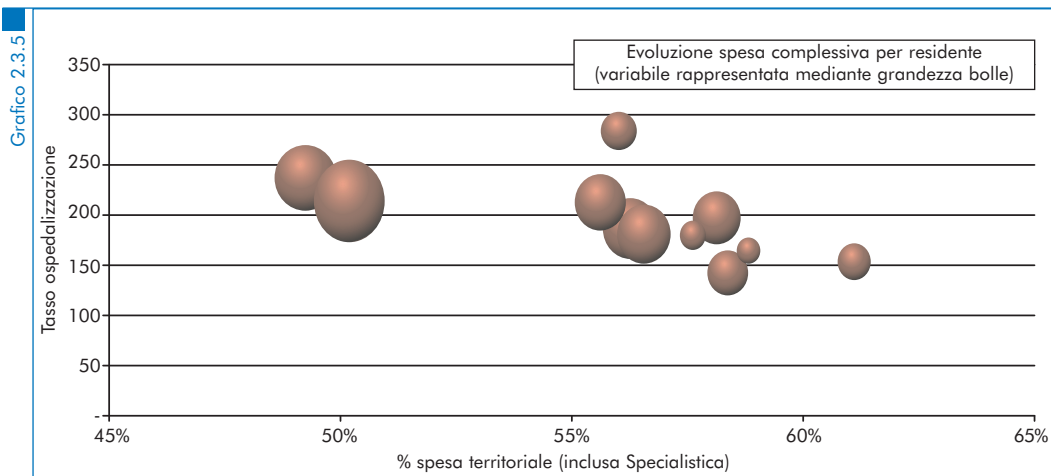
Si propone ora un terzo confronto (grafico 2.3.5), tra quota di spesa territoriale (inclusa questa volta la Specialistica ambulatoriale, sull'asse X), il tasso di ospedalizzazione

Relazione tra % spesa territoriale (esclusa Specialistica), tasso di ospedalizzazione e dimissioni ad alto rischio di inappropriatelyzza

Grafico 2.3.4



Relazione tra % spesa territoriale (inclusa Specialistica), tasso di ospedalizzazione ed evoluzione della spesa complessiva per residente



(asse Y) e l'evoluzione negli anni presi in analisi (2003-2006) della spesa complessiva di ciascuna ASL per residente (grandezza delle bolle). Il grafico sembra supportare l'evidenza secondo cui, allo spostamento di risorse verso il Territorio, corrispondano una progressiva riduzione del tasso di ospedalizzazione e un minor aumento della spesa complessiva.

2.3.3 Riflessioni sulla Specialistica: mix di erogatori e relazione con indicatori di appropriatezza

La Specialistica ambulatoriale è l'ambito di assistenza, tra quelli più rilevanti in termini di costo, caratterizzato dal maggior livello di aumento di costi, nonché maggiormente influenzato dalla diffusione delle innovazioni tecnologiche: si rende perciò oggetto privilegiato di apposite riflessioni strategiche.

Il grafico 2.3.6 presenta un confronto tra le 12 Aziende focalizzato sulla scomposizione del costo della Specialistica per mix di erogatori:

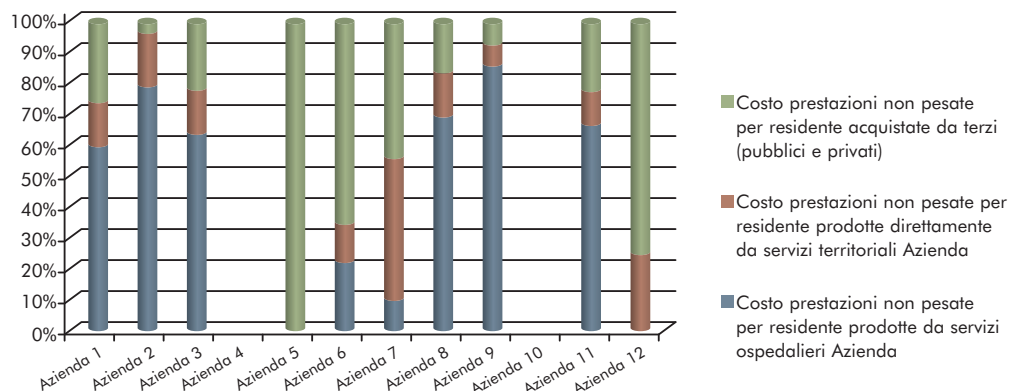
- prestazioni prodotte direttamente dai servizi territoriali dell'Azienda;
- prestazioni prodotte dai servizi ospedalieri gestiti direttamente dall'Azienda;
- prestazioni acquistate da terzi, siano essi pubblici o privati.

Le Aziende presentano mix differenti relativi alle tipologie di erogatori delle prestazioni specialistiche, e in particolare possono essere clusterizzate in tre gruppi:

- alcune Aziende hanno una percentuale prevalente di produzione interna ospedaliera (Aziende 1, 2, 3, 8, 9, 11);
- altre invece hanno la totalità o una netta prevalenza di acquisto da terzi (Aziende 5, 6, 12);
- altre ancora un mix di produzione interna e acquisto da terzi (Azienda 7).

Scomposizione del costo della Specialistica per mix di erogatori

Grafico 2.3.6

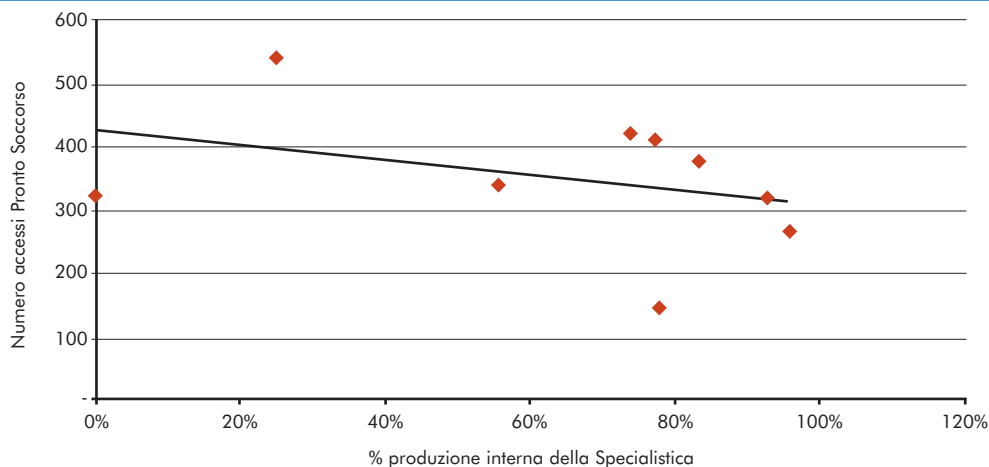


Per completezza di lettura e di interpretazione di tale grafico, bisogna specificare che contesti ambientali e istituzionali esogeni alle decisioni aziendali (come le diversità dei sistemi regionali) influenzano in maniera determinante il risultato atteso di tale grafico: se un'Azienda, infatti, si colloca in un contesto regionale in cui la ASL non gestisce servizi diretti territoriali o ospedalieri (è il caso dell'Azienda 5), ha come risultato atteso del grafico la globalità delle sue prestazioni acquistate da terzi soggetti, siano essi pubblici o privati.

Il grafico 2.3.7 analizza la possibile esistenza di una relazione tra attività Specialistica e utilizzo del Pronto Soccorso. Il grafico mostra la presenza di una relazione (seppur debole) tra quota di produzione interna di prestazioni della Specialistica e numero di accessi al Pronto Soccorso: all'aumentare della produzione, diminuisce l'utilizzo del Pronto Soccorso.

Relazione tra quota di produzione interna della Specialistica e indicatori di appropriatezza

Grafico 2.3.7



2.3.4 Tipologia di gestione dell'ospedale e relazione con costi complessivi

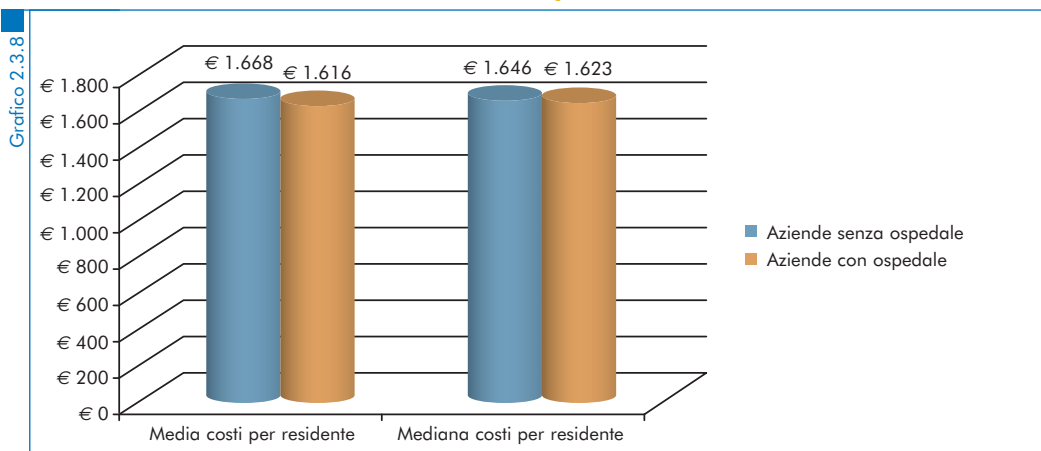
In questa sezione si propone una riflessione sul possibile legame tra tipologia di gestione dell'ospedale e costi complessivi della ASL per residente.

Il grafico 2.3.8 mette a confronto il livello dei costi complessivi delle Aziende che hanno e non hanno in gestione diretta l'ospedale, confrontando i valori della media e della mediana. Premesso che il numero di osservazioni è troppo limitato per poter condurre a possibili interpretazioni del risultato del grafico, questo sembra evidenziare che, pur in presenza di differenziali limitati di spesa (circa 60 euro per residente), le Aziende che hanno gestione diretta delle strutture ospedaliere della loro area territoriale di riferimento presentano anche livelli medi di costo complessivo per residente lievemente inferiori rispetto a quelli delle Aziende che non gestiscono direttamente l'ospedale. Tale evidenza trova conferma prendendo a riferimento sia la media dei costi per residente che la mediana.

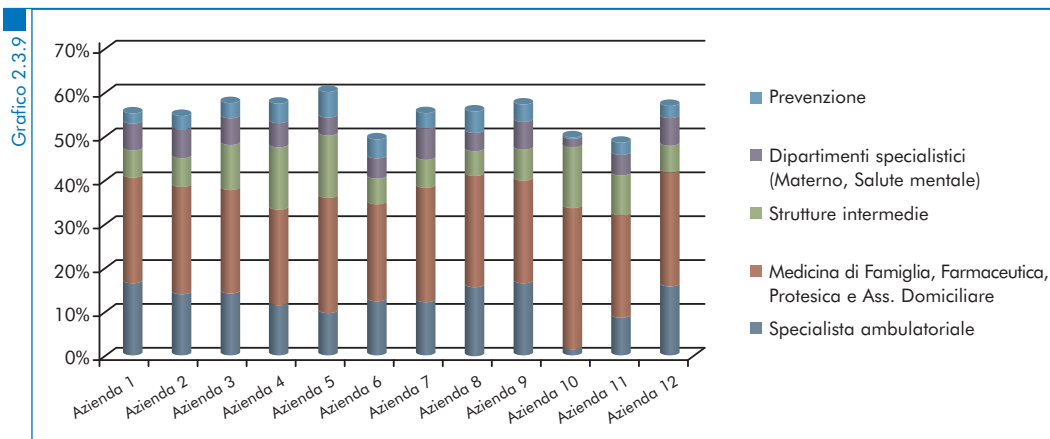
2.3.5 Il territorio: composizione della spesa

Il grafico 2.3.9 scompone la spesa per il territorio in ambiti assistenziali, mostrando le differenze tra Aziende per ammontare complessivo della spesa e per composizione degli ambiti. Ad oggi, come evidenziato dalle differenze tra le colonne, il livello di variabilità tra le Aziende è elevato: se la Medicina di Famiglia rappresenta la porzione più rilevante di spesa territoriale (e abbastanza omogenea nelle diverse realtà aziendali), è invece molto differenziato il peso delle strutture intermedie (strutture residenziali, strutture per disabili, strutture per la riabilitazione) e dei dipartimenti specialistici, presenti in maniera rilevante in alcune Aziende, e in maniera più marginale in altre.

Relazione tra gestione diretta degli ospedali e livello dei costi per residente



Composizione del livello di spesa territoriale



2.3.6 L'associazionismo dei MMG: relazioni con indicatori di attività e di appropriatezza

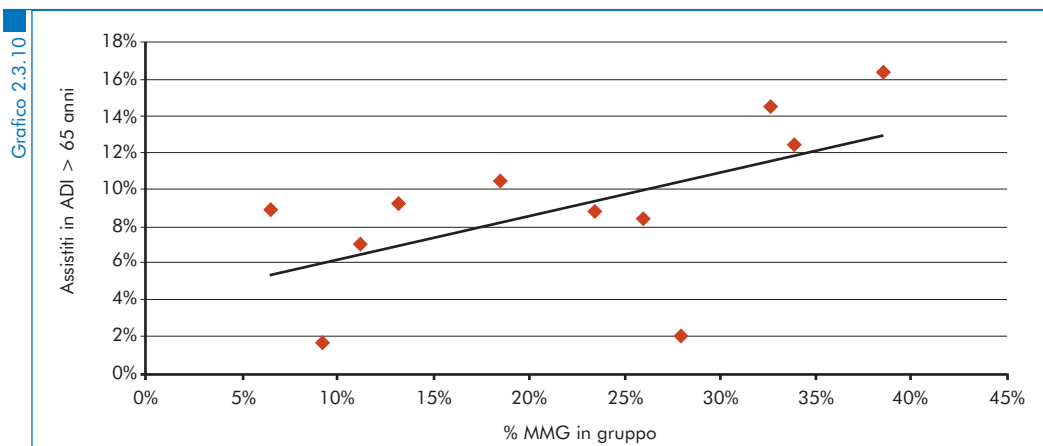
Un tema rilevante di discussione, relativo alla Medicina di Famiglia, è quello dell'associazionismo dei Medici di Medicina Generale. Si relazionano ora alcune variabili, tentando di ipotizzare l'esistenza di possibili legami con indicatori di attività e di appropriatezza.

Il grafico 2.3.10 mette in relazione la percentuale dei MMG in gruppo con un indicatore di attività, il numero di assistiti in ADI con età maggiore di 65 anni.

La relazione tra le due variabili appare positiva: all'aumentare della percentuale di MMG in gruppo, infatti, aumenta il numero di assistiti anziani in ADI.

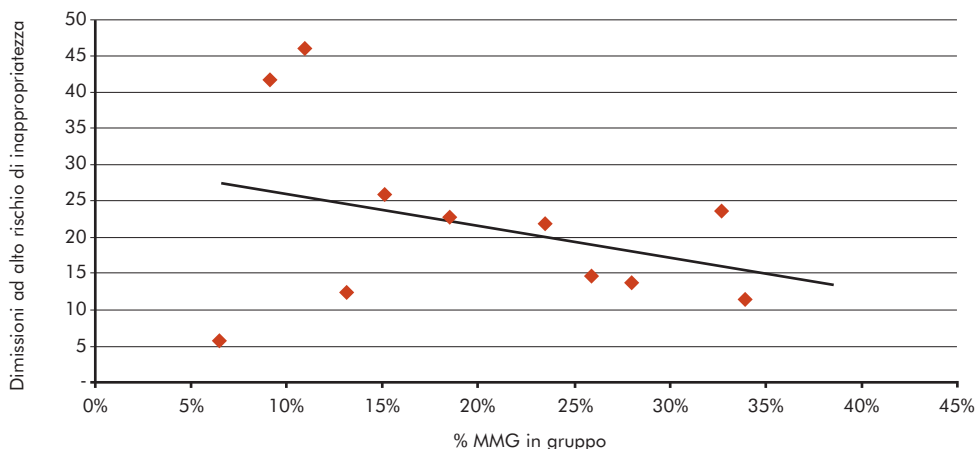
E' interessante sottolineare come la relazione non è supportata prendendo in considerazione la totalità delle forme di medicina in associazione (che comprendono anche MMG in rete e in associazione).

Relazione tra % MMG in gruppo e % assistiti in ADI >65 anni



Relazione tra % MMG in gruppo e dimissioni ad alto rischio di inappropriatezza

Grafico 2.3.11



Il grafico 2.3.11 compara la percentuale dei MMG in gruppo con un indicatore di appropriatezza, ossia il numero di dimissioni ad alto rischio di inappropriatezza.

Il grafico evidenzia come, all'aumentare della percentuale di MMG in gruppo, diminuiscono anche le dimissioni ad alto rischio di inappropriatezza, suggerendo un possibile contributo in termini di appropriatezza di tale forma di associazionismo.

Come per il precedente grafico, la relazione non è supportata prendendo in considerazione la totalità delle forme di medicina in associazione.

2.3.7 Il ruolo delle strutture intermedie: relazioni con indicatori di appropriatezza

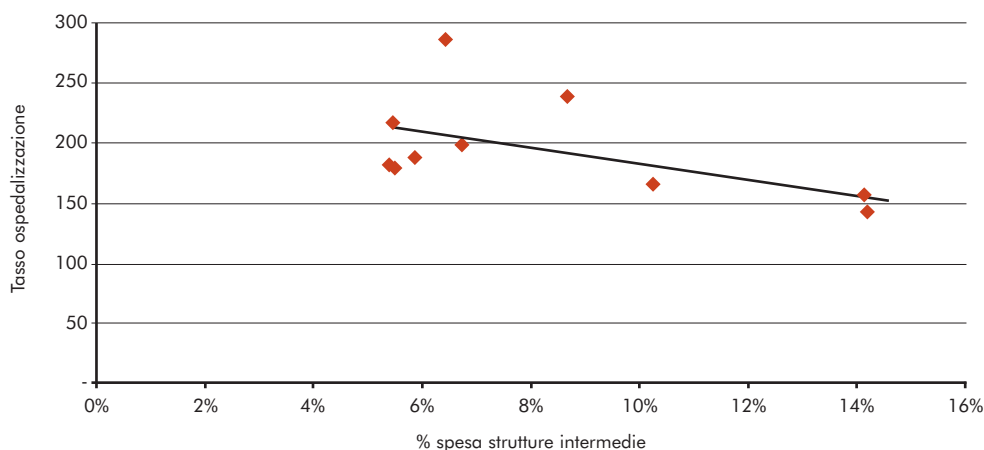
Si analizza ora il ruolo delle strutture intermedie, valutando l'eventuale presenza di relazioni tra la loro diffusione e indicatori di appropriatezza.

Il grafico 2.3.12 mostra la relazione tra spesa per le strutture intermedie e il tasso di ospedalizzazione: il grafico suggerisce come, all'aumentare della percentuale di spesa per il consumato dei residenti dedicata a strutture intermedie diminuisca il tasso di ospedalizzazione.

Il grafico 2.3.13 dedicato alle strutture intermedie, mette in relazione la spesa per tali strutture con il numero di dimissioni ad alto tasso di inappropriatezza: all'aumentare della percentuale di spesa per il consumato dei residenti dedicata a tali strutture, sembra diminuire il numero di dimissioni ad alto rischio di inappropriatezza. Anche questo grafico, come il precedente, sembra indicare uno stimolo positivo indotto dalle strutture intermedie verso l'appropriatezza.

Relazione tra livello di spesa per strutture intermedie e tasso di ospedalizzazione

Grafico 2.3.12



2.3.8 Possibili scenari futuri delle cure territoriali

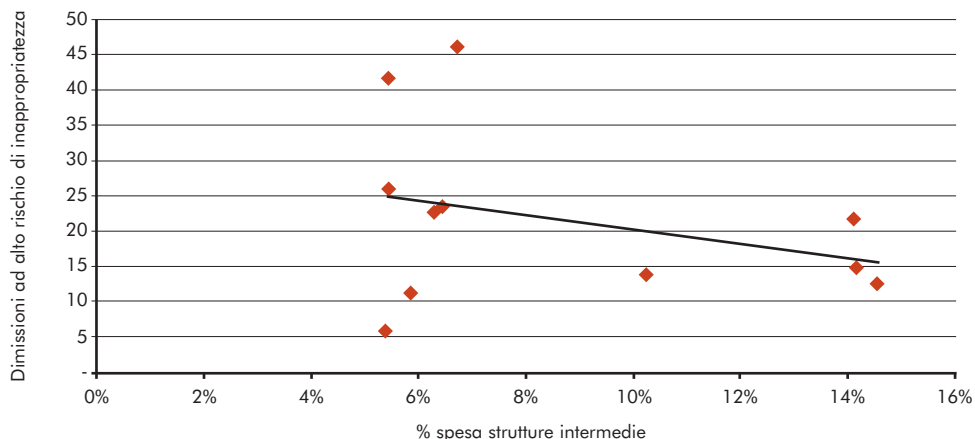
Dopo aver mostrato le principali riflessioni sulla base delle variabili analizzate dai dati raccolti, si tenta ora di ricondurre a sintesi tali analisi, attraverso la definizione di possibili scenari dei servizi territoriali.

Un primo ragionamento è focalizzato sull'individuazione di alcuni filoni logici fondamentali che risultano evidenti dallo studio delle dinamiche del territorio.

L'analisi delle variabili che emergono dall'analisi degli indicatori sugli ambiti di attività

Relazione tra livello di spesa per strutture intermedie e dimissioni ad alto rischio di inappropriatazza

Grafico 2.3.13



territoriali, in particolare, sembra mostrare la presenza di due filoni logici principali:

- un primo cluster logico lega la cura delle acuzie ai servizi dedicati alla Specialistica e al Pronto Soccorso;
- un secondo cluster logico lega la Cronicità all'Assistenza Domiciliare, alle Strutture intermedie, ai ricoveri in medicina e ai ricoveri a rischio di inappropriatelyzza.

Una seconda considerazione conduce invece a riflessioni strategiche sull'evoluzione del ruolo della Specialistica ambulatoriale, ambito di assistenza già oggi estremamente rilevante per alcune sue caratteristiche:

- la quota di spesa che rappresenta sul totale dei costi per residente (12%), fa di tale ambito un vero e proprio ago della bilancia per stabilire il primato in termini di risorse dell'ospedale e del territorio, a seconda di quale dei due ambiti si scelga di attribuirle;
- il forte aumento di spesa negli ultimi anni, con variazioni annue del 6%;
- il forte legame con le innovazioni tecnologiche.

Nel prossimo futuro il ruolo della Specialistica diventerà ancora più centrale, in virtù della sua relazione significativa con:

- la riduzione delle liste di attesa;
- la riduzione dell'accesso inappropriato al Pronto Soccorso;
- lo sviluppo dell'ospedale del futuro, in cui le innovazioni tecnologiche renderanno il ruolo della Specialistica sempre più rilevante.

Alla luce di tali criticità, ragionando sui possibili scenari futuri, chi governerà la Specialistica?

Il territorio o l'ospedale?

La risposta a tale domanda influirà senza dubbio in maniera determinante sullo stesso futuro delle scelte strategiche connesse al territorio.

Una terza riflessione è invece focalizzata sul futuro della cura della cronicità.

Si individuano nello specifico tre scenari possibili:

- ruolo crescente delle Strutture intermedie, capaci di gestire in maniera integrata la cronicità in relazione alla specifica categoria di utente;
- ruolo centrale delle Cure Primarie, con gestione diretta dell'ADI;
- mix delle due precedenti ipotesi con bilanciamento tra ruolo delle cure intermedie e delle cure primarie.

APPENDICE 2
LE TABELLE DI CONFRONTO DEL CAMPIONE PER SINGOLO AMBITO
ASSISTENZIALE

Livello 1: Struttura della popolazione

STRUTTURA DELLA POPOLAZIONE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero residenti	α1	283.202	389.033	222.622	13	1%	1%	2%	12
Residenti anni 0-1	α2	4.298	3.994	1.840	13	2%	2%	1%	12
Residenti anni 1-4	α3	9.704	12.577	8.285	13	1%	2%	1%	12
Residenti anni 5- 7	α4	8.267	9.890	5.183	13	2%	2%	2%	12
Residenti anni 8-14	α5	16.015	21.822	12.024	13	1%	1%	1%	12
Residenti anni 15-24	α6	25.339	33.726	17.886	13	0%	0%	1%	12
Residenti anni 25-44	α7	88.945	117.345	68.725	13	0%	0%	2%	12
Residenti anni 45-64	α8	75.886	102.706	59.997	13	0%	1%	2%	12
Residenti anni 65-74	α9	39.658	45.056	26.261	13	1%	2%	2%	12
Residenti anni 75-89	α10	32.431	37.981	24.363	13	2%	2%	3%	12
Residenti oltre 90 anni	α12	3.696	4.202	3.109	13	3%	3%	4%	11

Livello 1: Costi calcolati "dall'alto" non pesati e pesati

COSTI CALCOLATI "DALL'ALTO" NON PESATI PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Totale costi della produzione (Costi gestione ordinaria da modello CE) per residente	a15	€ 1.513	€ 1.524	€ 166	12	3%	2%	2%	12
Valore mobilità passiva per residente	a101	€ 266	€ 299	€ 141	10	1%	2%	5%	9
Valore mobilità attiva per residente	a102	€ 93	€ 123	€ 88	9	1%	0%	5%	9
Altri costi servizi sanitari per residenti fuori dal bilancio Azienda per residente	a103	€ -	€ 2	€ 3	11	-22%	-22%	-	1
Totale costi per residente calcolati "dall'alto"	a104	€ 1.700	€ 1.682	€ 177	12	3%	3%	2%	12

COSTI CALCOLATI "DALL'ALTO" PESATI PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Totale costi della produzione (Costi gestione ordinaria da modello CE) per residente	a15	€ 1.385	€ 1.390	€ 134	12	2%	2%	2%	12
Valore mobilità passiva per residente	a101	€ 248	€ 271	€ 119	10	1%	2%	4%	9
Valore mobilità attiva per residente	a102	€ 84	€ 111	€ 76	9	1%	0%	5%	9
Altri costi servizi sanitari per residenti fuori dal bilancio Azienda per residente	a103	€ -	€ 1	€ 3	11	-22%	-22%	-	1
Totale costi per residente calcolati "dall'alto"	a104	€ 1.555	€ 1.533	€ 137	12	3%	2%	2%	12

Livello 2: Costi non pesati

COSTI NON PESATI PER RESIDENTE SENZA RIPARTIZIONE TRA GLI AMBITI ASSISTENZIALI DEI COSTI NON ATTRIBUITI									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Ricoveri ospedalieri	u1	€ 658	€ 653	€ 89	12	1%	2%	5%	12
Farmaceutica	c1	€ 248	€ 255	€ 37	12	2%	2%	4%	12
Specialistica	b1	€ 231	€ 209	€ 76	12	5%	7%	6%	12
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	efg101	€ 93	€ 96	€ 9	12	3%	3%	3%	10
Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	m1	€ 69	€ 72	€ 39	12	4%	4%	5%	12
Salute mentale	s1	€ 59	€ 56	€ 22	12	2%	2%	3%	12
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	ir101	€ 63	€ 59	€ 14	11	3%	3%	3%	10
Pronto Soccorso	q1	€ 48	€ 47	€ 26	12	4%	6%	8%	11
Riabilitazione e Lungodegenza	p1	€ 19	€ 25	€ 27	12	2%	9%	20%	11
Disabili	n1	€ 24	€ 32	€ 24	12	5%	9%	14%	12
Protesica e Integrativa	d1	€ 26	€ 25	€ 11	12	5%	4%	7%	12
Assistenza Domiciliare	h26	€ 21	€ 22	€ 11	11	6%	7%	8%	11
Materno Infantile	l1	€ 18	€ 17	€ 11	12	3%	3%	4%	11
Dipendenze	t1	€ 14	€ 15	€ 4	12	3%	17%	53%	12
Hospice	o1	€ 2	€ 3	€ 3	11	4%	6%	5%	6
Funzioni amministrative centrali	a106	€ 15	€ 96	€ 92	10	1%	5%	14%	5
Totale costi per residente calcolati "dal basso" come somma degli ambiti assistenziali	a107	€ 1.700	€ 1.682	€ 171	12	3%	3%	2%	10

Livello 2: Costi non pesati

COSTI NON PESATI PER RESIDENTE PER AMBITO ASSISTENZIALE COMPENSIVI DI COSTI PER FUNZIONI CENTRALI ED EVENTUALI COSTI NON ATTRIBUITI									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Ricoveri ospedalieri	u1	€ 724	€ 697	€ 96	12	1%	1%	4%	12
Farmaceutica	c1	€ 285	€ 273	€ 44	12	2%	2%	3%	12
Specialistica	b1	€ 231	€ 220	€ 82	12	5%	6%	6%	12
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	efg101	€ 98	€ 103	€ 17	12	3%	3%	2%	10
Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	m1	€ 72	€ 77	€ 41	12	4%	4%	3%	12
Salute mentale	s1	€ 62	€ 59	€ 24	12	1%	2%	4%	12
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	ir101	€ 62	€ 56	€ 23	12	4%	3%	3%	10
Pronto Soccorso	q1	€ 50	€ 49	€ 25	12	3%	5%	8%	11
Riabilitazione e Lungodegenza	p1	€ 19	€ 28	€ 33	12	2%	5%	22%	12
Disabili	n1	€ 25	€ 35	€ 30	12	5%	9%	12%	12
Protesica e Integrativa	d1	€ 28	€ 27	€ 11	12	6%	4%	8%	12
Assistenza Domiciliare	h26	€ 21	€ 22	€ 14	12	6%	7%	8%	11
Materno Infantile	l1	€ 18	€ 18	€ 12	12	3%	3%	3%	11
Dipendenze	t1	€ 15	€ 16	€ 5	12	3%	18%	56%	12
Hospice	o1	€ 2	€ 3	€ 3	12	3%	4%	6%	6
Totale costi per residente calcolati "dal basso"	a107	€ 1.700	€ 1.682	€ 177	12	3%	3%	1%	10

Livello 2: Costi pesati

COSTI PESATI PER RESIDENTE SENZA RIPARTIZIONE TRA GLI AMBITI ASSISTENZIALI DEI COSTI NON ATTRIBUITI					
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte
Ricoveri ospedalieri	u1	€ 583	€ 598	€ 80	12
Farmaceutica	c1	€ 135	€ 134	€ 17	12
Specialistica	b1	€ 437	€ 394	€ 139	12
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	efg101	€ 93	€ 96	€ 9	12
Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	m1	€ 69	€ 72	€ 39	12
Salute mentale	s1	€ 59	€ 56	€ 22	12
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	ir101	€ 61	€ 54	€ 22	12
Pronto Soccorso	q1	€ 48	€ 47	€ 26	12
Riabilitazione e Lungodegenza	p1	€ 19	€ 25	€ 27	12
Disabili	n1	€ 24	€ 32	€ 24	12
Protesica e Integrativa	d1	€ 26	€ 25	€ 11	12
Assistenza Domiciliare	h26	€ 20	€ 20	€ 12	12
Materno Infantile	l1	€ 18	€ 17	€ 11	12
Dipendenze	t1	€ 14	€ 15	€ 4	12
Hospice	o1	€ 2	€ 3	€ 3	12
Funzioni amministrative centrali	a106	€ 21	€ 101	€ 145	11

Livello 2: Costi pesati

COSTI PESATI PER RESIDENTE PER AMBITO ASSISTENZIALE COMPENSIVI DI COSTI FUNZIONI CENTRALI ED EVENTUALI COSTI NON ATTRIBUITI					
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte
Ricoveri ospedalieri	u1	€ 636	€ 621	€ 85	12
Farmaceutica	c1	€ 141	€ 139	€ 16	12
Specialistica	b1	€ 446	€ 412	€ 152	12
Medicina di Famiglia (MMG e PLS) e Continuità assistenziale	efg101	€ 98	€ 99	€ 9	12
Strutture Residenziali e semiresidenziali Anziani	m1	€ 72	€ 76	€ 42	12
Salute mentale	s1	€ 62	€ 58	€ 24	12
Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening	ir101	€ 63	€ 56	€ 15	11
Pronto Soccorso	q1	€ 49	€ 48	€ 25	12
Riabilitazione e Lungodegenza	p1	€ 19	€ 26	€ 27	12
Disabili	n1	€ 25	€ 33	€ 24	12
Protesica e Integrativa	d1	€ 28	€ 26	€ 11	12
Assistenza Domiciliare	h26	€ 22	€ 23	€ 13	11
Materno Infantile	l1	€ 18	€ 18	€ 12	12
Dipendenze	t1	€ 15	€ 16	€ 5	12
Hospice	o1	€ 2	€ 3	€ 3	12

Livello 3: Scomposizione costi per la Specialistica non pesati e pesati

SCOMPOSIZIONE COSTI SPECIALISTICA NON PESATI PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Costo prestazioni non pesate per residente prodotte da servizi ospedalieri Azienda	b101	€ 158	€ 141	€ 77	8	0%	4%	8%	6
Costo prestazioni non pesate per residente prodotte direttamente da servizi territoriali Azienda	b102	€ 34	€ 42	€ 26	9	0%	4%	11%	7
Costo prestazioni non pesate per residente acquistate da terzi (pubblici e privati)	b103	€ 67	€ 82	€ 59	10	5%	7%	5%	7
Totale costi Specialistica non pesati per residente al netto dell'attribuzione di costi per funzioni amministrative centrali	-	€ 231	€ 209	€ 76	12	-	-	-	-

SCOMPOSIZIONE COSTI SPECIALISTICA PESATI PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Costo prestazioni pesate per residente prodotte da servizi ospedalieri Azienda	b101	€ 240	€ 209	€ 166	10	0%	4%	8%	6
Costo prestazioni pesate per residente prodotte direttamente da servizi territoriali Azienda	b102	€ 63	€ 72	€ 54	10	0%	4%	11%	7
Costo prestazioni pesate per residente acquistate da terzi (pubblici e privati)	b103	€ 124	€ 155	€ 112	10	4%	6%	5%	7
Totale costi Specialistica pesati per residente al netto dell'attribuzione di costi per funzioni amministrative centrali	-	€ 437	€ 394	€ 139	12	-	-	-	-

Livello 3: Valore mobilità attiva e passiva non pesata e pesata per la Specialistica

VALORE MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA NON PESATA PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Valore mobilità passiva non pesata per residente	b104	€ 77	€ 80	€ 54	7	6%	8%	7%	7
Valore mobilità attiva non pesata per residente	b105	€ 8	€ 8	€ 3	9	4%	3%	12%	8

VALORE MOBILITA' ATTIVA E PASSIVA PESATA PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Valore mobilità passiva pesata per residente	b104	€ 144	€ 148	€ 96	7	6%	8%	7%	7
Valore mobilità attiva pesata per residente	b105	€ 15	€ 15	€ 6	9	4%	3%	12%	8

Livello 3: Numero complessivo prestazioni non pesate e pesate della Specialistica

SCOMPOSIZIONE NUMERO PRESTAZIONI SPECIALISTICA									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero complessivo prestazioni laboratorio (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori) non pesati per 1.000 ab.	b106	9.240	9.503	3.439	10	6%	3%	11%	7
Numero complessivo prestazioni diagnostica per immagini (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori) non pesati per 1.000 ab.	b107	644	852	538	10	3%	1%	9%	7
Numero complessivo prestazioni specialistica ambulatoriale (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori) non pesati per 1.000 ab.	b108	2.823	5.861	5.649	11	6%	4%	12%	7
Numero complessivo prestazioni laboratorio (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori) pesati per 1.000 ab.	b106	18.141	17.882	5.951	10	6%	2%	11%	7
Numero complessivo prestazioni diagnostica per immagini (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori) pesati per 1.000 ab.	b107	1.232	1.597	950	10	2%	0%	9%	7
Numero complessivo prestazioni specialistica ambulatoriale (presidi ospedalieri, strutture territoriali Azienda, altri fornitori) pesati per 1.000 ab.	b108	5.334	11.036	10.561	11	6%	4%	12%	7

Livello 3: Medicina di Famiglia

MEDICINA DI FAMIGLIA									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero MMG per 1.000 ab.	e12	0,82	0,81	0,07	13	-1%	-1%	1%	12
% assistiti da MMG in gruppo	e9	18%	21%	10%	13	40%	51%	55%	11
% assistiti da MMG in rete	e10	16%	20%	13%	13	38%	58%	76%	10
% assistiti da MMG in associazione	e11	19%	24%	13%	13	-10%	-10%	11%	12
Monte ore settimanale di apertura degli studi degli MMG per 1.000 ab.	e19	11	10	3	13	5%	5%	4%	8
Numero PLS per 1.000 ab. 0-14 anni	f11	1,01	0,95	0,17	13	0%	1%	3%	12
% assistiti da PLS in gruppo	f8	7%	8%	9%	13	0%	8%	25%	5
% assistiti da PLS in rete	f9	0%	1%	2%	13	-	-	-	0
% assistiti da PLS in associazione	f10	34%	33%	15%	13	6%	70%	135%	11
Monte ore settimanale di apertura degli studi dei PLS per 1.000 ab. 0-14 anni	f12	13	14	4	13	2%	2%	5%	8
Numero settimanale di ore del servizio di Continuità assistenziale per 1.000 ab.	g3	5	6	4	13	0%	0%	2%	12
Numero di accessi al servizio di Continuità assistenziale per 1.000 ab.	g4	37	56	57	12	2%	5%	9%	11
Numero di visite domiciliari del servizio di Continuità assistenziale per 1.000 ab.	g6	31	45	44	12	-5%	-6%	5%	11

Livello 3: Assistenza Domiciliare, Materno Infantile e Strutture Residenziali e semiresidenziali per Anziani

ASSISTENZA DOMICILIARE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
% assistiti su popolazione	h1	2%	3%	2%	12	5%	5%	7%	12
% assistiti su popolazione >65 anni	h2	9%	10%	7%	12	4%	4%	7%	12
Numero accessi annui totali per 1.000 ab.	h18	494	494	295	13	7%	5%	4%	11

MATERNO INFANTILE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero accessi strutture territoriali (es. consultori) per 1.000 ab.	l15	143	174	128	12	6%	6%	12%	12
Numero prese in carico annuali per 1.000 ab.	l16	26	33	31	12	2%	10%	23%	9

STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI ANZIANI									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Giornate in strutture residenziali per 1.000 ab. >65 anni	m14	5.063	5.423	4.519	13	2%	0%	13%	11
Giornate in strutture semiresidenziali per 1.000 ab. >65 anni	m15	214	396	482	13	10%	18%	27%	9
Giornate in ospedali di comunità per 1.000 ab. >65 anni	m16	-	4	9	12	13%	13%	14%	2
Tasso di istituzionalizzazione >75 anni	m17	0%	4%	6%	13	0%	2%	4%	7

Livello 3: Disabili, Riabilitazione e Lungodegenza, Pronto Soccorso

DISABILI									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero di giornate in strutture residenziali per 1.000 ab.	n7	113	115	82	12	-2%	-1%	6%	9
Numero di giornate in strutture semiresidenziali per 1.000 ab.	n101	93	97	82	11	5%	6%	5%	8

RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero di giornate in strutture semiresidenziali per 1.000 ab.	p6	0	21	35	11	-1%	13%	30%	5
Numero di ricoveri in strutture di riabilitazione per 1.000 ab.	p7	3	24	47	12	0%	-6%	20%	7

PRONTO SOCCORSO									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero di accessi per 1.000 residenti	q9	334	313	131	12	1%	1%	2%	9
Codici bianchi per 1.000 residenti	q10	59	83	68	12	-4%	20%	66%	9
Codici bianchi per 1.000 residenti >65 anni	q13	49	58	34	9	10%	30%	68%	6
Codici bianchi per 1.000 residenti >75 anni	q14	52	58	33	9	6%	29%	66%	6
Codici bianchi per 1.000 residenti >90 anni	q15	43	40	22	8	-1%	19%	52%	6

Livello 3: Prevenzione, Sanità Pubblica e Screening, Salute mentale e Dipendenze

PREVENZIONE, SANITA' PUBBLICA E SCREENING									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Tasso copertura vaccinazione obbligatoria dei bambini	r3	97%	86%	29%	13	0%	0%	1%	10
Numero di visite per indennità di accompagnamento per 1.000 ab.	r7	9	13	10	12	3%	6%	8%	9

SALUTE MENTALE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero di visite ambulatoriali per 1.000 ab.	s16	56	109	124	13	4%	8%	13%	11
Numero di visite a domicilio per 1.000 ab.	s17	13	28	40	13	4%	4%	6%	8
Numero di ricoveri tipo TSO per 1.000 ab.	s18	0,19	0,31	0,50	13	-9%	-6%	17%	12
Numero di prese in carico dipartimento per 1.000 ab.	s23	11	9	6	13	4%	3%	3%	10
Numero di accessi totali CSM per 1.000 ab.	s25	192	182	152	13	8%	15%	28%	11

DIPENDENZE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero di giornate in strutture residenziali dell'Azienda o convenzionate per 1.000 ab.	t3	61	65	29	13	-1%	1%	8%	11

Livello 3: Valore mobilità attiva e passiva non pesata e pesata per ricoveri ospedalieri

VALORE MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA NON PESATA PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Valore complessivo mobilità passiva non pesata per ab.	u101	€ 289	€ 346	€ 181	8	0%	0%	3%	7
Valore complessivo mobilità attiva non pesata per ab.	u102	€ 47	€ 46	€ 24	9	-2%	1%	10%	8

VALORE MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA PESATA PER RESIDENTE									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Valore complessivo mobilità passiva pesata per ab.	u101	€ 259	€ 312	€ 158	8	0%	0%	3%	7
Valore complessivo mobilità attiva pesata per ab.	u102	€ 45	€ 43	€ 24	9	-2%	1%	10%	8

Livello 3: Ricoveri ospedalieri

ATTIVITÀ RICOVERI OSPEDALIERI									
Indicatore	Codice	Mediana 2006	Media 2006	Deviazione standard	Numero risposte	Mediana var annua	Media var annua	Deviazione standard	Numero risposte
Numero di dimissioni in degenza ordinaria dei residenti da ospedali ASL 1.000 ab. non pesati	u103	66	67	30	9	-3%	-3%	3%	6
Numero di dimissioni in degenza ordinaria dei residenti da altre strutture pubbliche e private per 1.000 ab. non pesati	u104	79	88	50	11	-1%	-1%	1%	7
Numero di dimissioni in day hospital dei residenti da ospedali ASL per 1.000 ab. non pesati	u105	23	23	15	10	-2%	-2%	8%	6
Numero di dimissioni in day hospital da altre strutture pubbliche e private per 1.000 ab. non pesati	u106	24	38	29	10	2%	-1%	7%	7
Numero di dimissioni ad alto rischio di inappropriatazza (51 DRG LEA) per 1.000 ab. non pesati	u16	21	20	13	13	-5%	-6%	5%	11
Numero di dimissioni in degenza ordinaria dei residenti da ospedali ASL per 1.000 ab. pesati	u103	61	55	31	10	-3%	-3%	3%	6
Numero di dimissioni in degenza ordinaria dei residenti da altre strutture pubbliche e private per 1.000 ab. pesati	u104	71	80	45	11	-1%	-1%	1%	7
Numero di dimissioni in day hospital dei residenti da ospedali ASL per 1.000 ab. pesati	u105	22	22	14	10	-2%	-2%	8%	6
Numero di dimissioni in day hospital da altre strutture pubbliche e private per 1.000 ab. pesati	u106	24	35	28	10	2%	-1%	7%	7
Numero di dimissioni ad alto rischio di inappropriatazza (51 DRG LEA) per 1.000 ab. pesati	u16	20	19	12	13	-6%	-6%	5%	11
Degenza media per DRG medici	u17	8	8	2	13	0%	-1%	5%	11

CONCLUSIONI

Giovanni Monchiero

I risultati di questa prima fase di ricerca consegnano, per la prima volta in Italia, una panoramica dettagliata e articolata sulle attività svolte dalle Aziende Sanitarie sul territorio. Rispetto agli obiettivi affidati al Laboratorio FIASO e alla luce dei risultati esposti nei precedenti capitoli, è possibile elaborare riflessioni e considerazioni conclusive.

In termini di processo, questa ricerca ha assicurato due importanti risultati. E' stata identificata una comune metrica per la rilevazione delle attività territoriali, valida per undici differenti sistemi regionali, e tredici Aziende eterogenee in quanto a numerosità della popolazione e contesto ambientale di riferimento (ASL con o senza ospedali a gestione diretta, ASL metropolitane e ASL provinciali). Scopo dichiarato del Laboratorio era realizzare un modello che potesse garantire una rilevazione affidabile e condivisa e costituire, successivamente, una valida proposta per tutte le Aziende sanitarie associate alla FIASO. Dopo un notevole sforzo organizzativo e metodologico da parte dei partecipanti, e sotto il coordinamento scientifico del Cergas-Università Bocconi di Milano, il risultato è stato ottenuto.

Valore aggiunto del Laboratorio è stato, poi, il rafforzamento della relazione tra dirigenti e operatori delle Aziende partecipanti, mediante il confronto e l'approfondimento delle rispettive realtà ed esperienze territoriali.

Il modello proposto ha consentito anche di elaborare una descrizione puntuale delle attività assistenziali delle Aziende sanitarie ad un livello di attendibilità atto a confermare o confutare tesi ricorrenti in materia di servizi sul territorio.

Le politiche sanitarie ipotizzano, ad esempio, una stretta correlazione – principio dei “vasi comunicanti” (cfr. cap. 2) – tra le risorse impiegate nel territorio e quelle dedicate all'attività ospedaliera. L'esistenza di una relazione diretta viene confermata dalle elaborazioni dei dati delle 13 Aziende del Laboratorio come si desume dal rapporto tra tasso di ospedalizzazione e aumento della spesa territoriale. Negli ultimi anni, l'ospedale si è “svuotato”, mentre sono aumentate le risorse destinate al territorio, con una forte crescita dei servizi territoriali.

L'incremento delle attività del territorio ha conseguito il consolidamento di un'identità, pur con notevoli differenze interaziendali in quanto a modelli organizzativi, tipologia (talvolta denominazione!) e quantità di servizi offerti. Gli operatori del territorio hanno assunto la consapevolezza di rivestire un ruolo centrale all'interno degli attuali processi assistenziali – e, in prospettiva, di quelli futuri – e si sentono, oggi, protagonisti del cambiamento organizzativo e delle sfide di innovazione della nuova *mission* territoriale.

Questa trasformazione emerge anche da altri dati. Gli ambiti assistenziali che hanno registrato i maggiori tassi di variazione annua tra il 2003 e il 2006 in termini di risorse aziendali investite (mediamente aumentate del 3%) sono stati i servizi definiti come ter-

ritoriali dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In particolare, la specialistica ambulatoriale – che costituisce per le ASL la terza voce di spesa dopo ricoveri e farmaceutica – è cresciuta del 6%, ma hanno fatto registrare significativi aumenti anche servizi di minore impatto sul bilancio aziendale come le dipendenze (+ 18%), l'assistenza domiciliare (+ 7%), le strutture intermedie per anziani (+ 4%), disabili (+ 9%) e per la riabilitazione e lungodegenza (+5%).

Quanto la trasformazione in atto sia stata governata piuttosto che subita dalle Aziende sanitarie è, peraltro, interrogativo che richiede ulteriori considerazioni. Non deve essere, infatti, ignorato l'impatto di alcune politiche sanitarie – l'applicazione dei ticket di pronto soccorso o la legislazione sulle liste di attesa – sulle capacità di governo e sull'efficienza dei processi all'interno delle Aziende sanitarie.

La rigida applicazione delle politiche di contenimento delle liste di attesa – ad esempio – ha costretto le Aziende sanitarie ad aumentare l'offerta di servizi di specialistica, incoraggiando, di fatto, il consumismo sanitario ed ottenendo l'effetto collaterale di ridurre, seppur lievemente, il numero di accessi al pronto soccorso. Si può comunque osservare come lo strutturale e consolidato aumento del tasso di innovazione tecnologica, collegato all'offerta diagnostica e alla pratica clinica, candidi i costi di questo ambito di attività ad una continua crescita.

Anche i risultati sulla relazione tra spesa territoriale, tasso di ospedalizzazione e dimissioni ad alto rischio di inappropriately suggeriscono che solamente incisive politiche di governo aziendale riescono a conseguire risultati coerenti con gli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. La debole relazione positiva rilevata tra numero degli MMG in gruppo e aumento dell'offerta di Assistenza Domiciliare Integrata, e parallela diminuzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriately, conferma che tale fenomeno è governabile anche agendo direttamente all'interno dei Presidi ospedalieri.

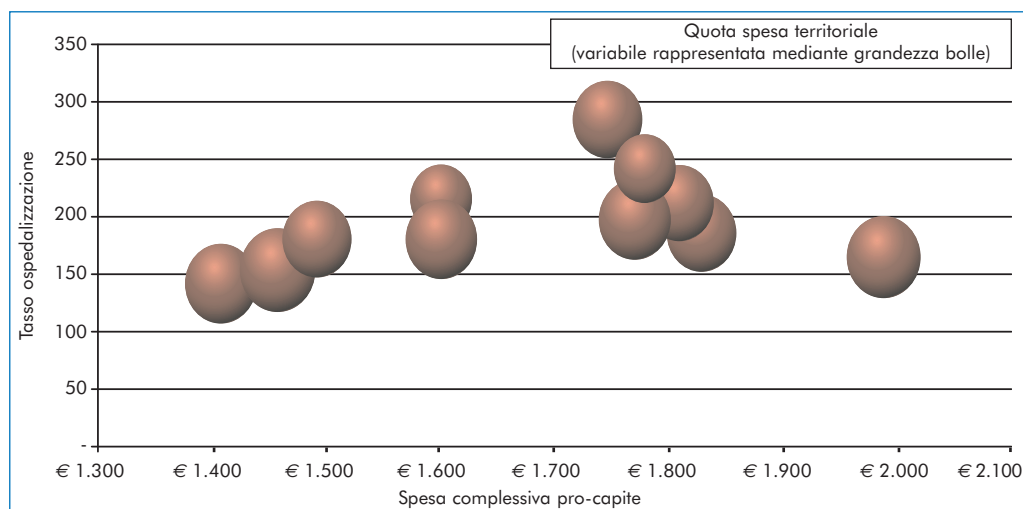
Altro aspetto approfondito dalla ricerca investe la relazione tra capacità di governo aziendale e livello di produzione diretta: le ASL che producono in proprio la maggior parte dei ricoveri hanno costi complessivi pro-capite inferiori alle altre. Dato inatteso, se si considera che le prestazioni prodotte a costi aziendali risultano, di norma, più onerose di quelle acquistate a tariffa. Se ne può desumere che l'Azienda esprima una capacità di governo tanto più elevata quanto maggiore è il suo impegno nella produzione sanitaria. Le conoscenze acquisite nell'esercitare programmazione e controllo, vengano, evidentemente, applicate anche in ambito di committenza e acquisto da terzi di servizi assistenziali.

Unica eccezione da segnalare è il caso dell'Azienda della Regione Lombardia. Caratterizzata da assenza di produzione diretta e da esclusiva pratica della *mission* di committenza, riesce ad esprimere una forte capacità di governo con spesa aziendale pro-capite inferiore sia alla media del campione che a quella nazionale.

Dalla ricerca emerge, poi, un'autentica sorpresa. Nel grafico seguente (a tre dimensio-

ni di analisi) sono messi in correlazione spesa pro-capite complessiva dell'Azienda (ascissa), tasso di ospedalizzazione (ordinata), quota spesa territoriale (grandezza bolle) e, come si vede, non pare emergere alcuna tendenza.

Relazione tra spesa complessiva pro-capite, tasso ospedalizzazione e quota spesa territoriale



Tassi di ospedalizzazione nettamente superiori alla media e al fabbisogno programmato non sono sufficienti a raggiungere il primato nei costi, mentre Aziende che presentano spesa territoriale ed ospedalizzazione piuttosto simili hanno un costo pro-capite molto diverso. Appare evidente che la capacità di perseguire l'efficienza è influenzata più dal management interno e dai contesti sociali, politici e culturali in cui opera l'Azienda, che non dalle politiche sanitarie attuate.

Tutte le riflessioni sin qui esposte fanno considerare ancora non propriamente governati alcuni processi aziendali innescati sul territorio da elementi esogeni, e non correlati con la diminuzione del tasso di ospedalizzazione.

Il travaso di risorse dall'ospedale al territorio deve coincidere con un cambiamento di orientamento e investimento strategico aziendale verso lo sviluppo di appropriati strumenti gestionali da affidare ai soggetti deputati al governo del territorio e alla realizzazione delle attività assistenziali.

Opera sul territorio un'enorme risorsa professionale non adeguatamente utilizzata – i MMG e i PLS – i cui rapporti con i professionisti delle ASL (ospedalieri e territoriali) sono spesso improntati a reciproca indifferenza se non ad aperta ostilità. Eppure sarebbero deputati ad esercitare il governo dei percorsi diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali dei propri assistiti. Fare riemergere tale competenza e ricostruire l'alleanza fra liberi professionisti convenzionati e servizi territoriali delle ASL rappresenta una neces-

sità assoluta, al fine di completare il cammino che ancora ci separa dal governo pieno di tutti i processi assistenziali garantiti dai LEA.

Per quanto attiene, infine, agli strumenti di governo, il modello di benchmark proposto alle Associate FIASO, rappresenta un significativo contributo. E può costituire una decisiva spinta verso una più capillare diffusione, all'interno delle Aziende sanitarie, di una efficace cultura gestionale che programma e realizza politiche aziendali coerenti con le finalità istituzionali e con le linee di indirizzo nazionali e regionali.

FIASO

**Pubblicazione realizzata con un
unrestricted educational grant**



We Innovate Healthcare