



# CONVEGNO REGIONALE C.A.R.D. VENETO

*Padova 5 aprile 2013*

## LA TANGIBILE PRESENZA DEI DISTRETTI NELLE AZIENDE SANITARIE QUALE PRIORITA' PER LA MESSA A SISTEMA DEI CONTESTI DI CURA ED ASSISTENZA DEL TERRITORIO

*Valerio Alberti*

*Presidente Nazionale FIASO*

# LABORATORIO FIASO

“GOVERNO DEL TERRITORIO DELLE AZIENDE SANITARIE”

***TEMA STRATEGICO***

***4 fasi dal 2007***

**MODELLO DI FUNZIONAMENTO DEI LABORATORI FIASO**

**ESPERIENZE METODOLOGIA**

**ELABORAZIONE**

**REPORT**

# REPORT

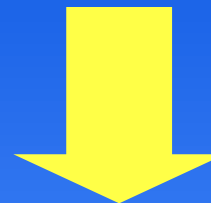
**-1 “UN MODELLO PER IL GOVERNO DEL TERRITORIO DELLE AZIENDE SANITARIE”**

**-2 “MISURARE E VALUTARE L’INTEGRAZIONE PROFESSIONALE E LA CONTINUITA’ DELLE CURE”**

**- 3 “IL PROCESSO DI BUDGET E IL SUO IMPATTO SUL COMPORTAMENTO DEI DIRIGENTI TERRITORIALI”**

**- 4 “PDTA STANDARD PER PATOLOGIE CRONICHE” ...  
in corso.....**

# REPORT



**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



**Risultati dal  
Laboratorio di Ricerca**

**Misurare e valutare  
l'integrazione professionale  
e la continuità delle cure**



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

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

ABOUPHARMA

**Risultati dal Laboratorio FIASO**

**Governo del Territorio**

**Il processo di budget e il suo  
impatto sul comportamento  
dei dirigenti territoriali**



Università Commerciale  
Luigi Bocconi

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

ABOUPHARMA

**Risultati dal  
Laboratorio  
FIASO**

**PDTA Standard  
per patologie  
croniche**

**In uscita entro  
fine 2013**

# Un modello per il governo del territorio delle aziende sanitarie

## 1<sup>a</sup> fase

- ✓ **Modificazione della composizione della spesa sanitaria**
- ✓ **Ribaltamento peso specifico dell'orientamento strategico sull'attività assistenziale**
- ✓ **Insufficiente orientamento al cittadino e alla cronicità**



# Governo clinico ed economico del territorio

1<sup>a</sup> fase

**Ha esplorato :**

- ✓ **Mappa dei Servizi Territoriali**
- ✓ **Impiego di risorse**
- ✓ **Indicatori di attività**
- ✓ **Relazione tra le principali variabili**

# Evidenze emerse :

## 1<sup>a</sup> fase

- ✓ Irriducibile diversità delle Aziende
- ✓ Vasi comunicanti Ospedale-territorio
- ✓ Notevole diversità del peso delle strutture intermedie
- ✓ Relazione positiva tra MMGG in gruppo e ADI ↑ 65aa
- ✓ Relazione positiva tra maggior spesa per strutture intermedie e minor tasso di ospedalizzazione

1<sup>a</sup> fase

# Riflessioni ulteriori dei focus groups

**Ruolo della Specialistica**

**Chi la deve  
governare ??**

**Risposta alla cronicità**

**Quale mix tra cure  
primarie-ADI e strutture  
intermedie ??**



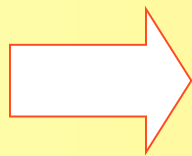
# Misurare e valutare l'integrazione professionale e la continuità delle cure

## 2<sup>a</sup> fase

### Obiettivi

- ✓ Misurare il legame tra le caratteristiche dell'organizzazione aziendale e il livello di integrazione delle cure tra i professionisti
- ✓ Misurare il livello di efficacia raggiunto nell'integrazione delle cure
- ✓ Rilevare la percezione dei pazienti della continuità delle cure

**Patologie  
indagate :**



***Diabete con danno d'organo  
Insuff. respiratoria grave con BPCO  
Oncologici terminali in ADO o ADI***

# Evidenze emerse :

## 2a fase

- ✓ **Livello medio di integrazione soddisfacente: medio alto per diabete e BPCO, alto per oncologia**
- ✓ **Diversa intensità di scambio tra Specialisti, MMGG, Infermieri e scarso l'uso di sistemi informativi comuni**
- ✓ **La variabile macro-organizzativa non sembra correlata al livello di integrazione dei professionisti**
- ✓ **I driver più importanti sembrano essere :**
  - **gravità della condizione clinica**
  - **orientamento culturale verso l'integrazione**
- ✓ **Il grado di percezione della continuità assistenziale da parte dei pazienti è correlato alla qualità relazionale e alla accessibilità del servizio piuttosto che alla effettiva integrazione dei professionisti**

# Il processo di budget e il suo impatto sul comportamento dei dirigenti territoriali

## 3<sup>a</sup> fase

### OBIETTIVI

- ✓ Descrivere ed analizzare i sistemi di programmazione e controllo e specificamente il processo di budget
- ✓ Confrontare gli obiettivi delle uuoo territoriali contenuti nelle schede di budget con il percepito dei Responsabili e di altri quadri di tali uuoo
- ✓ Valutare l'impatto del processo di budget su alcune dimensioni individuali e organizzative

***Su 4 unità organizzative :***

***cure primarie/ anziani/ dip. salute mentale/ dip.prevenzione***

- ✓ **Ritardi significativi nella tempistica del processo**
- ✓ **Carente concordanza sulla rilevanza degli obiettivi tra direzione-responsabili uuo-operatori equip**
- ✓ **Eccesso di obiettivi non adeguatamente prioritizzati e partecipati**
- ✓ **Forte orientamento al controllo dei fattori produttivi legati alla produzione diretta**
- ✓ **Contestuale debolezza nella funzione di committenza (centri di servizio – privato sociale e accreditato – ambito socio – sanitario)**
- ✓ **Carenza di sistemi informativi a supporto della programmazione territoriale**

# Riflessioni dei focus groups

## 3<sup>a</sup> fase

- ✓ **Rilevante l'allineamento della tempistica per una piena responsabilizzazione**
- ✓ **Aumentare l'intensità gestionale verso i professionisti per aumentare l'aderenza agli obiettivi e modularli meglio**
- ✓ **Sviluppare la funzione di committenza uscendo dal consueto perimetro aziendale**
- ✓ **Strutturare e sviluppare sistemi informativi territoriali a supporto della individuazione e valutazione degli obiettivi aziendali**

# Ulteriori riflessioni dei focus group

## 3a fase

- ✓ maggiore complessità gestionale della funzione di programmazione e controllo a livello territoriale
- ✓ risultati dipendono spesso dall'interdipendenza tra più servizi/soggetti
- ✓ si sviluppano nuovi soggetti come centri di responsabilità con caratteristiche strutturate multiprofessionali: case della salute- utap-med. di gruppo integrate
- ✓ queste ultime due condizioni richiedono una evoluzione rispetto al tradizionale approccio di budget

# Ulteriori riflessioni dei focus group

## 3a fase

- ✓ **il sistema di programmazione e controllo :**
  - **contribuisce fortemente alla costruzione e alla percezione della unitarietà aziendale**
  - **è una leva fondamentale per favorire l'integrazione organizzativa e professionale rispetto alle nuove sfide**

**ma**

**manca al territorio una chiara identificazione e standardizzazione dei prodotti correlata ad un sistema di “tariffe” condivise**

**4<sup>a</sup> fase**

**in corso**

## **OBIETTIVI**

- ✓ **Individuare il PDTA per alcune patologie croniche territoriali attraverso la rilevazione dei consumi associati ai pazienti affetti da tali patologie**
- ✓ **Valorizzare il PDTA medio per ciascuna patologia**
- ✓ **Analizzare il percorso rispetto alla rete di offerta e verificare l'esistenza di una correlazione tra costi dei percorsi e ambito di cura**
- ✓ **Confrontare i percorsi reali con le evidenze scientifiche attraverso uno *steering committee* di professionisti per evidenziare scostamenti ed individuare possibili aree di miglioramento**



# Considerazioni generali

**Accessibilità alle  
cure**

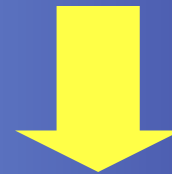
**Elevato costo  
tecnologie  
innovative**

**Riduzione  
finanziamenti SSN**

**Presa in carico  
cronicità  
pluripatologica**

**Prevenzione**

**Promozione della  
salute**



**Livello di Comunità**

# Considerazioni generali

**Chronic care model**

**Costruzione di PDTA**

**Continuità Ospedale- territorio**

**Integrazione socio-sanitaria**

**Strutturazione dei piani di  
promozione della salute**

# Considerazioni generali

## ASPETTI CARATTERIZZANTI L'ASSISTENZA TERRITORIALE

- Molteplicità di interlocutori : Dipendenti, Convenzionati , terzo settore, comuni, ospedali
- Elevate interdipendenze organizzative
- Elevati livelli di co-responsabilità
- La qualità della singola prestazione non garantisce il risultato che è legato invece all'intero percorso di cura

# Considerazioni generali

- **valore della microprogettazione dei processi clinici piuttosto che del modello di macrostruttura**
- **limitata strutturazione dei servizi**
- **limitata strutturazione dei sistemi informativi territoriali**

# Considerazioni generali

- **necessario operare su più versanti**
- **aumentare la strutturazione del sistema territoriale**
- **rinforzare il ruolo e le caratteristiche di autonomia e responsabilità dei responsabili e dirigenti delle attività distrettuali**



- **Progettare e strutturare percorsi di assistenza**
- **Implementare e aggiornare strumenti di management**
- **Strutturare il sistema informativo territoriale**
- **Strutturare il sistema delle relazioni con i diversi interlocutori**



- **Definire le responsabilità e ambiti di intervento**

**regia e governance distrettuale**

# Considerazioni generali

- **accompagnare le nuove sfide con una formazione che coinvolga tutte le figure che operano in ambito distrettuale**
- **valorizzare nei processi formativi la capacità di lavorare con i professionisti e gestire interdipendenze**



# CONVEGNO REGIONALE C.A.R.D. VENETO

*Padova 5 aprile 2013*

**Grazie per l'attenzione!!!**

***Valerio Alberti***

***Presidente Nazionale FIASO***